



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'Hôpital
Promotion 2006

**Optimisation de l'organisation et du
management des services d'accueil dans le
contexte T2A : l'exemple du CHI de
Fréjus/Saint Raphaël**

Lise GUIBERT

Remerciements

Je les adresse à l'ensemble de l'équipe de direction du CHI de Fréjus/St Raphaël, pour leur disponibilité, et tout particulièrement à Jean-François Hernandez, mon maître de stage ; je remercie également M. Philippe Coignard, le chef d'établissement, pour mon intégration dans son équipe et ses conseils avisés.

Je tiens également à remercier l'ensemble des personnes, internes et externes au CHI, qui m'ont accordé des entretiens et ont accepté de contribuer à cette réflexion.

Je remercie Mme Marielle Pfeiffer, directeur d'hôpital adjoint, pour avoir accepté d'être mon encadrant mémoire, et pour son appui dans ce projet.

Enfin, je remercie l'ensemble des agents du Bureau des admissions du CHI de Fréjus/St Raphaël, pour leur participation et leur motivation au projet.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 LA MISE EN ŒUVRE OPERATIONNELLE DE LA T2A : ENJEUX ET IMPACT SUR LES SERVICES D'ACCUEIL ET DE GESTION ADMINISTRATIVE DU PATIENT 4	
1.1 ENJEUX FINANCIERS, ORGANISATIONNELS ET TECHNIQUES POSES AUX EPS PAR LE NOUVEAU MODE DE FINANCEMENT.....	4
1.1.1 <i>La mise en œuvre de la T2A dans les EPS : objectifs, enjeux généraux et défis à relever par les centres hospitaliers.....</i>	4
1.1.2 <i>Les enjeux liés à la garantie du niveau de ressources budgétaires et financières des établissements.....</i>	9
1.2 DIAGNOSTIC DE LA SITUATION AU CHI DE FREJUS/SAINT-RAPHAËL : UNE VOLONTE FORTE ET PARTAGEE D'OPTIMISER L'ORGANISATION.....	16
1.2.1 <i>La fin de l'exercice 2005 et l'élaboration du budget 2006 : la confrontation concrète aux conséquences de la T2A sur la DAFC et les services de facturation</i>	16
1.2.2 <i>Acteurs et description de la chaîne de facturation au CHI de Fréjus/St Raphaël... 20</i>	
2 ENJEUX ET PROPOSITIONS AU NIVEAU STRUCTUREL ET DES INSTANCES DE PILOTAGE.....	29
2.1 UN RAPPROCHEMENT DAFC/DSIO/DIM IMPERATIF AU REGARD DES NOUVELLES MODALITES DE FACTURATION.....	29
2.1.1 <i>Nécessité accrue d'une continuité entre le circuit de la facturation et le circuit de la production des séjours.....</i>	29
2.1.2 <i>Construction d'outils modernes pour un pilotage efficient dans un contexte T2A..</i>	38
2.1.3 <i>La garantie de la trésorerie des hôpitaux grâce au chantier de la télétransmission</i>	40
2.2 PROPOSITIONS DE REORGANISATION AU NIVEAU MANAGERIAL: POUR UN PILOTAGE COHERENT ET EFFECTIF DE LA CHAINE DE FACTURATION.....	44
2.2.1 <i>Un pilotage « naissant » au CHI de Fréjus/St Raphaël.....</i>	44
2.2.2 <i>Propositions de refonte de l'organigramme de la DAFC et mise en place d'instances de pilotage.....</i>	47
2.3 DECLOISONNEMENT DE L'HOPITAL ET CONCLUSION DE PARTENARIATS AVEC LA TRESORERIE ET LA CPAM DU VAR.....	54
2.3.1 <i>Communication et suivi du recouvrement des recettes avec la Trésorerie.....</i>	54
2.3.2 <i>Relations avec le financeur assurance-maladie : un partenariat indispensable pour les deux acteurs.....</i>	59

3 ENJEUX ET PROPOSITIONS DE REORGANISATION DES SERVICES D'ACCUEIL ET DES METHODES DE TRAVAIL DES AGENTS.....	62
3.1 NOUVEAU ROLE STRATEGIQUE DU BDE DANS LE CONTEXTE T2A ET OBJECTIFS A ATTEINDRE DU PROJET	62
3.1.1 <i>De la dotation globale à la T2A: rôle stratégique du bureau des admissions à divers titres.....</i>	62
3.1.2 <i>Organisation de travail en place et objectifs visés</i>	64
3.2 METHODOLOGIE ET DEROULEMENT DU PROJET	66
3.2.1 <i>Un préalable : l'observation d'expériences extérieures</i>	66
3.2.2 <i>L'association des agents au projet : le choix des thématiques de travail et les difficultés méthodologiques rencontrées.....</i>	68
3.3 ACTIONS PROPOSEES POUR L'OPTIMISATION DE LA CHAINE DE FACTURATION A STRUCTURE CONSTANTE.....	71
3.3.1 <i>Premier axe de propositions : les actions pour organiser le circuit du patient.....</i>	71
3.3.2 <i>Deuxième axe de propositions : l'amélioration du recouvrement.....</i>	72
3.3.3 <i>Troisième axe de propositions : la valorisation des agents.....</i>	74
3.4 MISE EN PLACE DU TRAVAIL PAR PORTEFEUILLE COMME AXE DE RESPONSABILISATION DES AGENTS.....	75
3.4.1 <i>Intérêt théorique et résultats escomptés de la mise en place du « travail par portefeuille ».....</i>	76
3.4.2 <i>Proposition de mise en place au CHI de Fréjus/St Raphaël : l'expérimentation aux Consultations externes.....</i>	77
3.5 REALISME DE LA DECONCENTRATION DES AGENTS DES ADMISSIONS ET PERTINENCE DE LEUR INTEGRATION DANS LES FUTURS POLES	78
3.5.1 <i>Intérêt théorique et résultats escomptés de l'hypothèse de « décentralisation » des services d'admission.....</i>	78
3.5.2 <i>La démarche au CHI : l'expérimentation sur un service pilote : le service d'infectiologie</i>	79
3.5.3 <i>Conditions de la généralisation de la déconcentration et pertinence de l'intégration des services d'admission dans les futurs pôles.....</i>	80
CONCLUSION.....	85
BIBLIOGRAPHIE.....	87
LISTE DES ANNEXES.....	I

Liste des sigles utilisés

ALD : Affections de longue durée
AME : Aide médicale d'Etat
AM/AMO : Assurance maladie/obligatoire
ANV : Admissions en non valeur
ARH : Agence régionale d'hospitalisation
ASP : Avis des sommes à payer
B2 : norme de télétransmission
BDE : Bureau des entrées
BFR : Besoin en fond de roulement
CAF : Capacité d'autofinancement
CAH : Comptabilité analytique hospitalière
CCAM : Classification commune des actes médicaux
CIV : Cellule d'identito-vigilance
CMA : Complications ou morbidités associées
CMU : Couverture maladie universelle
CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CRUQ : Commission des Relations avec les usagers et de la qualité
DAC : Dotation annuelle complémentaire
DAF : Dotation annuelle de fonctionnement
DAFC : Direction des affaires financières et de la clientèle
DAGT : Direction des affaires générales et des travaux
DGCP : Direction générale de la comptabilité publique
DGF : Dotation globale de financement
DIM : Département d'information médicale
DMI : Dispositifs médicaux implantables
DRH : Direction des ressources humaines
DRV : Dossier Résumé de venues
DSIO : Direction du système d'information et d'organisation
EDH : Elève directeur d'hôpital
EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPRD : Etat prévisionnel des recettes et des dépenses
EPS : Etablissement public de santé
ETP : Equivalents Temps plein

FICOM : Fichier commun de structure
FR : Fond de roulement
GHM : Groupe homogène de malades
GHS : Groupe homogène de séjours
GIP CPS : Groupement d'intérêt public Carte professionnels de santé
GIP SV : Groupement d'intérêt public Sésame Vitale
GMSIH : Groupement d'intérêt public chargé de Moderniser le système d'information hospitalier
HAD : Hospitalisation à domicile
HAS : Haute autorité de santé
HDJ : Hospitalisation de jour
IOA : Infirmière d'orientation et d'accueil
IPP : Identifiant permanent du patient
ISA : Indice synthétique d'activité
MCO : Médecine chirurgie obstétrique
MEAH : Mission d'expertise et d'audit hospitalière
MEF : Mise en facturation
MIGAC : Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
NGAP : Nomenclature générale des actes professionnels
ONDAM : Objectif national des dépenses d'assurance maladie
PEA : Poste d'encaissement avancé
PGFP : Plan global de financement pluriannuel
PMSI : Programme médicalisé du système d'information
RMA : Réunion médico-administrative
RSA : Résumé de séjour anonyme
RSFA : Résumé de séjour facturable anonyme
RSS : Résumé de séjour standardisé
SIH : Système d'information hospitalier
SSR : Soins de suite et de réadaptation
T2A : Tarification à l'activité
TCCM : Tableau coût case-mix
TG : Trésorerie générale
TM : Ticket modérateur
TP : Trésorerie principale
VAP : Valorisation de l'activité en psychiatrie

INTRODUCTION

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a substitué au régime de financement par dotation globale des hôpitaux (fondé sur un financement des structures et une régulation sous forme d'autorisation limitative des dépenses) un mode de financement basé sur une allocation de ressources liée à la nature et au volume des activités réellement réalisées, et une régulation par les recettes versées par l'assurance maladie. Ce nouveau mode de financement des établissements de santé, dénommé « Tarification à l'activité » (T2A), a bousculé les habitudes et les certitudes des acteurs du monde hospitalier.

Depuis, la T2A a nécessité l'adaptation du cadre budgétaire des établissements, et a imposé une vision « évolutive et prospective » des recettes et des dépenses : à partir du 1^{er} janvier 2006, l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) constitue le nouveau cadre budgétaire et comptable. Au-delà de l'acte de prévision et d'autorisation budgétaire qu'il représente, l'EPRD comporte la particularité de fonctionner sur la base de crédits évaluatifs, en dépenses comme en recettes, mode de fonctionnement adapté à l'un des principes de la T2A qui est d'introduire une incertitude sur la part des recettes basée sur l'évolution de l'activité. Ainsi, si la réforme a des conséquences sur les organisations médicales et les modes de fonctionnement des professionnels de santé qui doivent évoluer et s'adapter, ses enjeux budgétaires et financiers nécessitent une prise en compte rapide.

En effet, les premiers enseignements que l'on peut tirer dans ce domaine montrent d'une part, que l'impact budgétaire de la réforme est immédiat et important, et d'autre part que la modernisation des outils disponibles en matière de gestion budgétaire et financière représente un enjeu considérable.

Il semblerait cependant que de ce point de vue, les établissements de santé aient rencontré rapidement de nombreuses et profondes difficultés dans la mise en œuvre « pratique » de la réforme. Si l'on a coutume de parler de « montée en charge progressive » de la T2A, atteignant en 2007 50% de la part du budget financé par l'activité, ce n'est que tardivement que les établissements ont réalisé que la garantie de leur trésorerie ainsi que le recouvrement optimal de leurs recettes présentait un enjeu stratégique incontournable.

En garantissant environ 80 % des recettes des établissements sous la forme d'une DGF versée par douzième (chaque mois) à des dates précises, l'ancien mode de financement avait contribué à donner à la facturation et à la gestion de la trésorerie un intérêt marginal. La réforme leur redonne une justification entière.

En effet, indépendamment de la facturation de quelques prestations au titre des activités subsidiaires (vente de médicaments, vente de services et de fournitures, etc...), l'activité

hospitalière ne générerait de besoins de facturation que pour les sommes restant dues par les patients ayant fréquenté l'établissement. L'ensemble de ces produits ne représentait en moyenne qu'entre 5% et 6% de la totalité des recettes budgétaires des établissements de santé. Avec la T2A, si l'on écarte certains types de recettes telles que les dotations au titre de la Dotation Annuelle Complémentaire (dont le niveau a vocation à diminuer et à disparaître au terme de la réforme), de la Dotation Annuelle de Financement, des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation et des forfaits, on peut dire qu'à terme (schématiquement), tous les produits liés à l'activité devront être facturés à l'assurance maladie, aux organismes d'assurance maladie complémentaire, et aux malades. Cette évolution met en évidence la nécessité de préparer pour 2008 (facturation au fil de l'eau pour les consultations externes) puis 2009 (concernant les séjours) la facturation individuelle directe à l'assurance maladie. Les établissements doivent donc assigner aux services de facturation les principaux objectifs suivants : assurer la qualité des factures ; parvenir à une exhaustivité des prestations facturables ; parvenir à une rapidité d'émission, une efficacité du recouvrement des créances, une réactivité accrue. La gestion des flux financiers prend donc désormais tout son sens, d'autant plus que les flux de recettes sont désormais de la responsabilité de tous les acteurs. De plus, un certain nombre d'éléments liés au nouveau mode de financement pèsent sur les flux financiers, et notamment les flux de recettes :

- la variation et l'évolution des activités médicales
- la variation des délais de production et de validation des données de l'activité médicale nécessaires aujourd'hui au versement des dotations liées à l'activité, et demain à la facturation directe des séjours à l'assurance maladie
- l'évolution annuelle, voire infra-annuelle, des tarifs des prestations (Groupes Homogène de Séjour)
- la suppression du mécanisme de neutralisation budgétaire et financière des plus-values provenant des produits de l'activité à la charge des malades (ex-recettes du groupe 2).

Face à cela, les établissements doivent donc repenser entièrement leur organisation actuelle. Le CHI de Fréjus/St Raphaël a ainsi décidé d'entamer une réflexion sur ce thème, après un certain nombre d'actions engagées en 2004 et 2005 : formations à la Classification Commune des Actes Médicaux (médecins, agents de l'accueil et de la facturation), formations à la T2A (uniquement pour les agents de l'accueil et de la facturation), changement de logiciel de gestion administrative du patient (mars 2005), création d'une cellule recettes « expérimentale » concernant les consultations externes ; expérimentation de l'encaissement aux urgences...

Comme beaucoup d'établissements, le CHI rencontre diverses difficultés dans l'application concrète de la réforme : codage très partiel des actes CCAM, ni exhaustif, ni

en temps réel ; cela concerne également la codification et la hiérarchisation des diagnostics ; démotivation des équipes chargées de la création/saisie des dossiers administratifs patients au bureau des entrées face à la multitude et à la complexité des réformes à mettre en place (CCAM, facturation au cours de l'eau, parcours des soins, B2...) ; une clôture extrêmement difficile pour l'exercice 2005 (clôture qui n'a eu lieu que mi-avril 2006), liée à des problèmes informatiques du fait du nouveau logiciel mis en place depuis mars 2005 ; des taux de recouvrement inquiétants (mai 2006 : - 8,11% comparé à 2005 concernant les prises en charges sur hospitalisés et consultants, - 21,09% des montants recouverts) ; enfin, comme de nombreux établissements, un EPRD voté en déficit (- 1,3M€) mais un apport au fond de roulement de 700 000€.

Ayant réalisé le manque de préparation aux réformes actuelles, le CHI a exprimé la volonté d'une remise en cause de son fonctionnement et de ses organisations. Dans ce cadre, le projet consistait à repenser entièrement l'organisation du « Bureau des entrées » (hospitalisations), des consultations externes, et de la gestion administrative des Urgences, en se concentrant sur les solutions organisationnelles et managériales pouvant être adoptées par des services dont l'intérêt stratégique a longtemps été sous-estimé. A partir de la réalisation d'un diagnostic de l'organisation du travail propre à chacun des services, de l'analyse des procédures en place (formelles et informelles), des besoins en formation à satisfaire, des interactions et les relations de ces services avec le reste de l'hôpital (soignants et médecins), l'objectif était donc le suivant : proposer des pistes d'amélioration adaptées aux réformes à mettre en place mais aussi au contexte du CHI, afin d'optimiser le recouvrement des recettes, et d'être en phase avec l'ensemble des enjeux et changements qu'implique ce bouleversement du mode de financement des hôpitaux.

Dès lors, le fil directeur de cette réflexion a été le suivant : comment, dans le cadre d'une démarche projet, cherchant à impliquer le plus possible les agents, repenser entièrement leur mode d'organisation du travail, en les faisant à la fois adhérer à la conduite du changement, et les sensibiliser à l'intérêt pour l'hôpital de s'adapter à une réforme complexe eu égard aux remises en cause à opérer ? Quels leviers actionner (managériaux, organisationnels) pour rendre le changement satisfaisant et efficace ? Quel mode de communication adopter pour faire adhérer l'ensemble du personnel hospitalier à un changement en apparence circonscrit à ces trois services, mais en fait transversal et ayant des implications sur l'organisation de chacun (médecins, secrétariats médicaux, soignants) ? Il s'est donc agi dans un premier temps d'analyser l'ensemble des enjeux posés aujourd'hui au CHI, afin de comprendre en quoi son organisation actuelle n'était pas adaptée (Première partie) ; ce n'est qu'ensuite qu'ont pu être formulées, à partir de l'observation du système actuel mais aussi d'expériences extérieures, des propositions d'action managériales (Deuxième partie), et organisationnelles (Troisième partie).

1 LA MISE EN ŒUVRE OPERATIONNELLE DE LA T2A : ENJEUX ET IMPACT SUR LES SERVICES D'ACCUEIL ET DE GESTION ADMINISTRATIVE DU PATIENT

La réforme de la Tarification à l'activité constitue un véritable défi, à de nombreux égards, pour les établissements de santé. Si cette réforme s'inscrit pourtant dans la continuité d'autres réformes hospitalières adoptées par le passé (notamment l'instauration du PMSI et du point ISA), ses exigences techniques et ses effets rapides et visibles sur la gestion concrète des établissements sont assez déconcertantes pour le manager hospitalier, qui doit désormais organiser, manager et anticiper afin de mettre en place les adaptations nécessaires.

Après avoir posé les principes de la réforme et retracé les enjeux corollaires posés aux EPS, il s'agira d'analyser et de poser un diagnostic sur la situation du CHI de Fréjus/St Raphaël, indispensable pour l'élaboration des hypothèses d'action du projet.

1.1 Enjeux financiers, organisationnels et techniques posés aux EPS par le nouveau mode de financement

Face à cette réforme extrêmement ambitieuse, l'erreur commise par un nombre important de centres hospitaliers a été de se focaliser sur l'impact financier de la T2A, sans en anticiper forcément tous les enjeux à la fois techniques mais aussi organisationnels et managériaux. C'est pourtant bien la raison pour laquelle cette réforme s'inscrit dès l'origine dans le cadre du programme « Hôpital 2007 », avec la réforme de la nouvelle gouvernance.

1.1.1 La mise en œuvre de la T2A dans les EPS : objectifs, enjeux généraux et défis à relever par les centres hospitaliers

Avant de dresser un bilan de l'ensemble des enjeux posés aux EPS par la T2A, il apparaît utile d'en rappeler les principes essentiels, ainsi que le calendrier prévisionnel de déploiement.

A) Objectifs, portée et calendrier prévisionnel de déploiement de la réforme :

a) *Objectifs initiaux de la réforme et champ d'application :*

La loi de financement de la Sécurité sociale n°2002-1487 du 20 décembre 2002 pour 2003 fait de la réforme de la tarification à l'activité des établissements de santé un levier essentiel de modernisation de l'offre hospitalière, à travers le « Plan Hôpital 2007 ». La mise en place du financement à l'activité vise à rendre équitable et transparent le mode de financement des établissements de santé appartenant aux secteurs public et privé,

afin de faciliter les coopérations entre ces deux secteurs de tarification. En effet, le mode de financement des établissements de santé en vigueur jusqu'en 2003, le «budget global », en déconnectant les moyens budgétaires des établissements de leur activité et de leur évolution, a été à l'origine d'effets pervers, notamment en matière d'offre et de qualité des soins (caractère non optimal de l'allocation des ressources entre établissements ; frein à la recherche de la performance, de la qualité, de l'efficacité, à l'amélioration des organisations ; frein à la diffusion de certaines innovations diagnostiques et thérapeutiques, faute de financements suffisants).

Ainsi, les objectifs principaux de la réforme du financement sont au nombre de trois :

- médicaliser le financement, c'est à dire lier les ressources des établissements à la nature et au volume de leurs activités produites avec, au terme de la réforme, une égalité de traitement des structures publiques et privées ;
- responsabiliser les établissements de santé (directeurs, médecins, gestionnaires), qui deviennent progressivement des acteurs de l'activité et des ressources de leurs structures. Ils sont incités à s'adapter, avec à la clé une meilleure reconnaissance de la productivité et de la créativité ;
- développer les outils de pilotage médico-économique (gestion financière, contrôle de gestion, développement de la comptabilité analytique, outils d'évaluation, etc...) permettant plus de transparence et autorisant à terme les comparaisons entre structures.

En résumé, la tarification à l'activité vise nettement l'optimisation de l'utilisation des ressources des établissements et une incitation à la productivité.

La réforme concerne tous les établissements publics et privés titulaires d'autorisations de médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO) et odontologie. Si ces établissements disposent également d'autorisations pour des lits ou places de SSR ou de psychiatrie¹, seule la partie MCO de leur activité est concernée. La tarification à l'activité s'applique à toutes les activités de soins MCO, quelles que soient leurs modalités : hospitalisation avec ou sans hébergement, hospitalisation à domicile depuis 2005, consultations et soins externes.

b) Les nouvelles modalités de financement et le calendrier de la réforme :

Le système de financement à l'activité est un système mixte, reposant à la fois sur une facturation à l'activité sur la base d'un tarif de prestation d'hospitalisation par séjour, et sur une dotation pour les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

¹ En attendant la valorisation du PMSI SSR, et la mise en œuvre du PMSI psychiatrie avec la VAP (valorisation de l'activité en psychiatrie).

La facturation à l'activité prend en compte des tarifs par séjour (GHS), des tarifs par prestation² (urgences autorisées, prélèvements d'organes, l'hospitalisation à domicile, le traitement de l'insuffisance rénale chronique, les consultations et soins externes) et des paiements supplémentaires³ (médicaments et Dispositifs Médicaux Implantables). Au total, la réforme de la tarification à l'activité met donc en œuvre cinq grandes modalités de financement des établissements de santé, cinq grandes catégories de recettes: paiement au tarif par séjour (GHS), paiement au tarif par prestations (consultations et actes externes, urgences), paiement en sus des molécules onéreuses et de certains dispositifs médicaux implantables, forfaits annuels et versement d'une enveloppe de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation.

Les tarifs des nouvelles prestations déterminées par la tarification à l'activité (GHS, urgences, prélèvements, suppléments journaliers) sont arrêtés au niveau national. Une montée en charge progressive de la T2A étant prévue, à titre transitoire, une partie des ressources des établissements leur est accordée sous la forme d'une allocation forfaitaire. Cette partie, appelée « dotation annuelle complémentaire » (DAC) ira en diminuant jusqu'à une échéance fixée par la loi à 2012. Pour 2004, la part financée à l'activité étant de 10%, la DAC représentait 90% des dépenses MCO (hors MIGAC, forfaits et dépenses de médicaments et DMI) couvertes par l'ancienne dotation globale. La part financée à l'activité a été fixée à 25% en 2005, 35% en 2006 et devrait stagner à 50% en 2007 et 2008.

La première source de financement des établissements proviendra du paiement des prestations d'activité réalisées. L'activité est mesurée grâce à la répartition des cas traités dans des groupes homogènes de séjours (GHS), auxquels correspond un tarif. Les GHS sont issus de la classification en Groupe homogène de malades (GHM), avec certains aménagements (facturation de suppléments journaliers) pour tenir compte d'une éventuelle hétérogénéité ou pour prévoir la rémunération d'activités mal prises en compte par la classification (réanimation, séjours extrêmes longs ou soins palliatifs par exemple). Toutes les adaptations nécessaires ne pouvant être mises en place sur un seul exercice, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 prévoyait par conséquent une mise en œuvre progressive, avec trois étapes successives :

² Conformément aux dispositions de l'article L. 162-22-8 du Code de la sécurité sociale et de son décret d'application du 22 mars 2005, certaines activités non décrites par les GHS sont financées sur la base de tarifs de prestations spécifiques, complétés, le cas échéant, par un forfait annuel.

³ Les médicaments, tout comme les DMI ont vocation à être inclus dans le tarif des GHS ; mais certains médicaments et DMI, à la fois très onéreux et dont la prescription est variable, risquent d'introduire une hétérogénéité au sein d'un même GHS, de sorte qu'ils soient financés à 100%.

- la première, opérée en 2004, était basée sur la mise en place d'un dispositif transitoire qui maintenait le cadre budgétaire et comptable existant. En revanche, les budgets étaient déterminés et ajustés selon les modalités d'application de la réforme, en prenant en compte l'activité mesurée par le PMSI. Cette régularisation s'est opérée par décisions modificatives en cours d'année.
- La deuxième étape, initialement prévue en 2005, mais qui en fait s'est déroulée en 2006 a vu la mise en place d'une nouvelle procédure budgétaire, impliquant une réforme du régime budgétaire et comptable des établissements (EPRD). Les éléments d'activité ainsi que les données relatives à la consommation de médicaments et dispositifs médicaux ont été adressés trimestriellement aux Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH), qui les ont valorisés et notifiés à la caisse-pivot d'assurance maladie pour paiement ;
- Enfin, la troisième étape, prévue initialement pour 2006 (puis récemment reportée d'une année par l'ordonnance du 1^{er} septembre 2005), plus technique, permettra aux établissements de facturer directement à l'assurance maladie, sans passer par les ARH.⁴

Les EPS se trouvent donc aujourd'hui à un moment critique du passage à la T2A, et dont le résultat marquera largement le bilan de réussite ou d'échec de la réforme, puisque tous se trouvent à cheval entre la deuxième et troisième phase, c'est à dire les phases de mise en œuvre pratique et technique de la T2A. Mais préalablement à cela, une analyse de l'impact stratégique doit être opérée par les établissements, qui va déterminer les enjeux et projets organisationnels et de fonctionnement à adopter.

B) Conséquences, enjeux généraux et défis à relever pour les EPS:

De façon générale, on observe déjà que la T2A tend à privilégier les actions qui permettent :

- de développer l'activité, préférentiellement sur les créneaux où sont observées d'importantes fuites de patients.⁵ L'établissement, dans son analyse stratégique, doit donc s'attacher à correctement évaluer sa zone d'attractivité, et déterminer quelles sont ses parts de marché dans chacune des disciplines médico-chirurgicales pour connaître ses points forts et les secteurs où des marges de progression existent ; il doit d'ailleurs effectuer ce travail dans le cadre de la

⁴ Ordonnance 2005-1112 du 1/09/2005 et en particulier son titre IV : « dispositions relatives à la facturation des établissements de santé ».

⁵ R. CASH, « La tarification à l'activité : deuxième année de mise en œuvre », *Les Cahiers hospitaliers*, p.12, Juin 2006.

négociation de ses objectifs quantifiés avec l'ARH. Au CHI de Fréjus/Saint-Raphaël, ce travail a été effectué par le chef d'établissement, préalablement à l'élaboration du nouveau projet d'établissement couvrant la période 2005-2009.

- De maîtriser les durées de séjour, et ce par différents moyens possibles : premièrement en développant les filières d'aval : soins de suite, rééducation, hospitalisation à domicile afin d'utiliser les structures de court séjour uniquement pendant la période où cela est nécessaire et de déléguer à ces structures d'aval la partie du séjour succédant à la phase aiguë. Deuxièmement, en procédant à des mesures de réorganisation interne, des circuits, des modalités d'admission, des procédures d'examen complémentaires (ex : temps d'attente d'un examen de scanner), afin d'éviter aux patients des séjours prolongés non justifiés dans les structures de court séjour.
- De développer les prises en charge ambulatoires, qui permettent une valorisation de l'activité avantageuse et font l'économie des coûts de séjours plus longs.
- Enfin, dans la perspective de la contractualisation, d'identifier de manière précise les missions d'intérêt général développées par l'établissement afin de les voir valoriser correctement.

Si l'on cite l'expérience américaine lors de la mise en place du programme Medicare dans les années 80, les faits observés sont: une baisse importante des durées moyennes de séjour passant globalement de dix jours à six jours, ainsi qu'un déport d'activité en faveur des filières d'aval.

D'autres types de conséquences plus négatives sont également anticipés ; on sait du fait de la logique du paiement forfaitaire en théorie économique et des observations réalisées dans les pays qui ont déjà adopté ce système, que des risques existent, auxquels le dispositif par certains aspects, tente de pallier :

- risque de sélection des patients : soit a priori (refus de développer des activités présumées déficitaires, telle la prise en charge des personnes âgées ou des personnes précaires) soit a posteriori, en procédant à un transfert du patient dans une autre structure. Le risque porte donc essentiellement sur les cas les plus sévères, et c'est pourquoi le modèle T2A à la Française prévoit un certain nombre de dispositions afin de valoriser correctement ces prises en charges lourdes : suppléments pour journées extrêmes, pour passage en réanimation, survalorisation des séjours de soins palliatifs par exemple.
 - Risque de segmentation des séjours : à partir du moment où un GHS est facturé à chaque séjour, chaque fois que l'on peut transformer un séjour en deux séjours de
-

plus courte durée, l'établissement peut alors facturer 2 GHS au lieu d'un. Il en est de même si le séjour est segmenté de façon non justifiée entre deux établissements (en dehors des cas où un partage des tâches entre établissements est justifié ; on est alors dans le cas de prestations inter-établissements prévues par le modèle T2A).

- Risque sur la qualité des soins : la logique de paiement forfaitaire peut inciter, en théorie, le prestataire à « en faire le moins possible » dans le cadre du forfait et à externaliser sur d'autres acteurs certaines prestations ou à simplement éviter de réaliser des prestations non strictement nécessaires. On peut penser ici à la réalisation de certains examens complémentaires. C'est aussi dans cette logique que les durées de séjour peuvent se réduire de façon trop massive.
- Frein à la diffusion des innovations : le paiement forfaitaire ne permet pas non plus de prendre en considération l'émergence de nouvelles techniques si elles s'avèrent plus coûteuses que les anciennes. Cependant, cette problématique est la même dans tous les systèmes tarifaires et il faut dans tous les cas savoir se doter d'un outil de veille pour rapidement identifier les innovations importantes, les évaluer et accélérer leur prise en compte dans les outils de tarification. Il est néanmoins à noter que la T2A, du moins dans sa phase de montée en charge progressive, ne favorise pas le choix stratégique d'un établissement de développer de nouvelles activités.

Ainsi, la mise en œuvre de la T2A va avoir un effet très sensible sur la stratégie, et donc sur le fonctionnement et l'organisation actuels des établissements de santé. Qu'il s'agisse du système d'information hospitalier, du développement du contrôle de gestion et de la comptabilité analytique afin de prévoir l'évolution de l'activité et des recettes, qu'il s'agisse de la gestion financière et budgétaire à moderniser, et enfin du management interne à repenser, avec parallèlement la réforme de la gouvernance hospitalière, les enjeux sont nombreux et conduisent les établissements à repenser entièrement leur organisation.

1.1.2 Les enjeux liés à la garantie du niveau de ressources budgétaires et financières des établissements

L'attention est portée ici sur trois enjeux particuliers posés aux EPS, et plus particulièrement aux directions des finances, dont la prise de conscience, dans le cas du CHI, a abouti à l'impulsion de la réorganisation de la chaîne de facturation.

A) L'enjeu de la production des données médicales :

En mettant en lien l'allocation de ressources à l'activité des établissements, la réforme donne à la production des données médicales une importance nouvelle. De l'exhaustivité, de la qualité, et de la rapidité de production et de transmission de ces informations va

dépendre le niveau de ressources budgétaires et financières et la garantie de la trésorerie des établissements. L'adaptation et la performance du SIH deviennent essentielles.

Si l'exercice 2004 a été une année de prise de conscience et d'adaptation des décideurs hospitaliers, la montée en charge de la réforme en 2005, 2006, et bientôt 2007 qui porte à 50% la part des ressources liées à l'activité, fait de la qualité générale de la production des données un impératif. A partir de là, les informations concernant l'activité médicale doivent revêtir les caractéristiques suivantes :

- Exhaustivité quantitative : toute activité manquante, non recensée, va pénaliser immédiatement les établissements en matière budgétaire.
- Dans des délais de plus en plus brefs : si, avant la réforme, le délai de transmission des données médicales était de 6 mois, il est passé à 3 mois en 2004, et à 30 jours en 2005, et devrait tendre à une transmission « au fil de l'eau » à partir de 2007 et 2008. Le principe suivant a ainsi été posé : « transmission rapide = validation et fixation rapides des dotations liées à l'activité = versement rapide par les caisses pivot = impact sur la trésorerie. »⁶
- Exhaustivité qualitative : les premiers résultats de la mise en œuvre de la T2A et la vague de contrôles externes menés par les médecins-contrôleurs de la sécurité sociale en application du 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, ont mis en évidence des erreurs et lacunes importantes sur la qualité du codage des séjours, qu'il s'agisse du codage des diagnostics (principaux et associés) dans le cadre de la CIM 10 ou du codage des actes dans le cadre de la NGAP et de la CCAM. Mais c'est surtout le constat fréquent d'absence totale de codage des Comorbidités associées (CMA) qui est alarmant pour les EPS.

Sur ce point, il est indispensable de faire remarquer l'enjeu important représenté par la CCAM : entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004 pour sa version « codante » et le 1^{er} juillet 2005 pour sa version « tarifante », la CCAM est à la fois un outil de description de l'activité et un outil de tarification. Ainsi, si le remplacement des anciennes nomenclatures par la CCAM pour la valorisation des activités médicales des établissements dans le cadre de la mise en œuvre de la T2A, n'aura, à case mix équivalent, qu'un impact négligeable en terme d'allocation de ressources, sa mise en œuvre représente un enjeu important dans la mesure où elle contribue à la formation et à l'orientation des GHM, et donc directement au niveau de la valorisation des activités des établissements et in fine à leur niveau de ressources budgétaires.

⁶ 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.

Les EPS disposent d'un certain nombre d'outils de production de l'activité qui sont en train d'évoluer : logiciel de classification des séjours (fonction groupage et production des RSS/RSA) ; la classification des GHM qui évolue régulièrement afin de prendre en compte les disparités de coûts, de durée de séjour, de l'innovation technologique et des modifications de pratiques et de prises en charge ; pour le calcul des suppléments journaliers, le fichier qui permet la production des RSA (GENRSA) doit contenir les informations nécessaires à la valorisation des suppléments de réanimation, soins intensifs et surveillance continue ; le fichier FICHSUP permet la saisie des données complémentaires aux séjours, et nécessaires à la valorisation de l'activité.

La transmission des données médico-économiques nécessaires à la valorisation et au calcul de la part des ressources liées à l'activité utilise une plate-forme informatique appelée « e-PMSI ». C'est un outil sécurisé utilisant Internet. Il est destiné à permettre la validation et la transmission des informations par les établissements et à calculer les éléments de la T2A tels que la dotation liée à l'activité (séjours, médicaments et DMI...). Cet outil héberge également les applications MAT2A (synthèse de l'activité) et DATIM et permet un retour d'information en temps réel, dans un cadre transparent.

Créée par le décret n°2000-1282 du 26 décembre 2000, l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation accueille, dans une première étape, la Mission PMSI de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, le Centre de Traitement de l'Information du PMSI (CTIP) et le Pôle d'Expertise et de Référence National des Nomenclatures de Santé (PERNNS). Il s'agit d'un établissement public à caractère administratif, placé sous la tutelle des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Cofinancé par l'Etat et l'Assurance Maladie (article 4 de la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002), sa création participe de l'objectif d'une plus grande coopération entre les acteurs de la santé, objectif qui a prévalu à la création des agences régionales de l'hospitalisation.

B) L'analyse prospective pluriannuelle de l'activité : l'EPRD

a) *Principes et contenu de l'EPRD*

Afin de faire face à cet ensemble d'enjeux posés aux établissements par la réforme du financement, ceux-ci doivent se doter d'un outil leur permettant d'anticiper les recettes futures, grâce au recours à une analyse prospective pluriannuelle de l'activité. Les ordonnances n°2005-406 du 2 mai 2005 et n°2005-1112 du 1^{er} septembre 2005 ont introduit la réforme du régime budgétaire et comptable des EPS. L'un des principaux éléments de cette réforme reposant sur l'application du décret n°2005-1474 du 30

novembre 2005 relatif à l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements de santé.⁷

Cette nécessaire adaptation du cadre budgétaire à travers la présentation d'un EPRD, en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2006, permet de présenter des recettes évaluatives, et parallèlement un niveau de dépenses ouvert au regard des prévisions de recettes. Il est important de rappeler qu'en 2005 un dispositif transitoire avait été prévu.

L'EPRD est composé de quatre éléments : un compte de résultat prévisionnel principal qui décrit les prévisions annuelles des produits et des charges de fonctionnement permettant de dégager le résultat prévisionnel de l'exercice ; un tableau de financement prévisionnel qui détaille les modalités de financement des investissements ; un tableau de passage du résultat prévisionnel à la capacité d'autofinancement (CAF) prévisionnelle qui fait le lien entre les deux éléments pré-cités ; un tableau de détermination du fonds de roulement et sa variation prévisionnelle, qui constitue la ligne d'équilibre global du budget. Enfin, l'EPRD est annexé de deux nouveaux éléments : le tableau prévisionnel des effectifs rémunérés, qui remplace le tableau des emplois permanents, et qui implique que la valorisation des effectifs des personnels médicaux et non médicaux inscrits à ce tableau corresponde aux dépenses prévisionnelles figurant dans le titre I de chaque compte de résultat prévisionnel de l'EPRD ; d'autre part, le plan global de financement pluriannuel (PGFP) des investissements qui doit retracer les opérations d'investissement prévisionnelles sur une durée minimale de 5 ans et déterminer les charges prévisionnelles résultant de la réalisation de ces opérations, ainsi que leurs modalités de financement, tant en investissement qu'en exploitation.

b) Conséquences et portée de la réforme budgétaire pour les EPS : impact du nouveau régime des produits de l'activité hospitalière, de la notion de crédits évaluatifs et de la nécessaire garantie de la trésorerie et maîtrise du BFR :

La mise en œuvre de la réforme budgétaire et comptable, dont l'EPRD est le principal outil, appelle la vigilance des gestionnaires hospitaliers sur trois enjeux particuliers :

Le nouveau régime des produits de l'activité hospitalière (ex-recettes du groupe 2) :

si les tarifs servant de base au calcul de la participation des assurés demeurent, la principale disposition nouvelle concerne le traitement des plus-values et moins-values de recettes de groupe 2. En effet, si la compensation de la plus-value ou de la moins-value de ces recettes enregistrées par les établissements en 2004 est maintenue, à partir de

⁷ PELJAK D., L'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD), *Les Études Hospitalières*, mars 2006.

2005 ce mécanisme est supprimé. Par conséquent, la disparition de ce dispositif, qui dans la logique de la dotation globale était destiné à déconnecter les moyens budgétaires des établissements de l'évolution de leur activité, rend de fait opposable aux établissements les résultats annuels de cette catégorie de recettes. Les principales conséquences sont les suivantes :

- La nécessité de prévoir au budget (EPRD) un niveau de recettes de cette catégorie le plus proche de la réalité et le plus sincère possible.
- La facturation et le recouvrement de ce type de recettes représentent un enjeu budgétaire et financier (exhaustivité, qualité et rapidité). Le développement du SIH à caractère financier (calcul des prix de journée) et des procédures de facturation et de recouvrement devient important.
- La nécessité en cours ou en fin d'exercice, d'actualiser le niveau de ces recettes inscrites au budget, ainsi que les dépenses.

Les corollaires de la notion et du principe de « crédits évaluatifs » : les montants des crédits inscrits en recettes et en dépenses aux chapitres, et a fortiori aux comptes d'exécution de l'EPRD approuvé sont, sauf exception, évaluatifs, c'est à dire que l'ordonnateur peut engager, liquider et mandater une dépense sur un chapitre ou un compte non doté (ou insuffisamment) à l'EPRD approuvé sous réserve que cette dépense ne bouleverse pas l'économie générale de l'EPRD. Ainsi, à partir de 2006 la gestion des autorisations de recettes devient le principe. Certaines conséquences sont déjà prévisibles :

- La suppression des groupes fonctionnels de dépenses et de recettes et parallèlement la suppression du contrôle par le comptable de la disponibilité des crédits compte par compte.
- La fin de l'encadrement des dépenses des établissements dans la mesure où celles-ci dépendront du niveau de recettes réalisé.
- La fin d'un niveau de dépenses garanti ; les dépenses ne pourront être durablement supérieures aux recettes. Il conviendra d'être vigilant à ce que les dépenses d'investissement ne soient pas la variable d'ajustement (via la CAF) d'un niveau de dépenses de fonctionnement difficilement compressibles (70% des dépenses sont des charges de personnel) face à une insuffisance de recettes de fonctionnement.
- La possibilité de présenter un budget prévisionnel en déficit pour des raisons conjoncturelles ; il peut s'agir d'anticiper un déficit prévisionnel du fait d'une insuffisance conjoncturelle de recettes par rapport aux dépenses courantes prévisionnelles.

L'équilibre par la variation du fonds de roulement : le fonds de roulement, qui représente l'excédent des capitaux permanents sur l'actif immobilisé sert à financer le décalage structurel existant entre les dettes et les créances (y compris les stocks) ; il doit ainsi être rapporté au « besoin en fonds de roulement » (BFR) généré par le fonctionnement courant des établissements, dont la maîtrise devient donc un enjeu essentiel afin de garantir la trésorerie, et afin de limiter le recours à la ligne de trésorerie. La ligne d'équilibre global de l'EPRD est constituée par la variation prévisionnelle du fonds de roulement. Par conséquent, du fait de la dimension financière nouvelle qu'intègre l'EPRD, et notamment l'intégration d'agrégats financiers tels que la CAF, le FR, le BFR et la trésorerie, le calcul de ces agrégats devient incontournable dans le cadre d'une gestion budgétaire et financière courante.

En garantissant jusque là environ 80% des recettes des établissements sous la forme d'une DGF versée par douzième (chaque mois) à des dates fixes, l'ancien mode de financement avait contribué à donner à la facturation et à la gestion de trésorerie un intérêt marginal ; la réforme de la tarification et par conséquent la réforme budgétaire et comptable leur redonne une justification.

C) La facturation individuelle directe à l'assurance maladie sur le modèle des établissements privés : le levier technique de la T2A :

Indépendamment de la facturation de quelques prestations au titre des activités subsidiaires (vente de médicaments, vente de services et de fournitures, etc...) l'activité hospitalière ne générerait de besoins de facturation que pour la part, certes importante (en particulier les patients payant à 100% pour lesquels les prix de journée sont très importants) restant due par les patients ayant fréquenté l'établissement.

Avec la T2A, ce besoin de facturation devient prépondérant. Cette évolution met en évidence la nécessité de préparer pour 2008 (consultations externes) et 2009 (hospitalisations/séjours)⁸ la facturation directe à l'assurance maladie, et par conséquent la mise en place d'un service de facturation dont les principaux objectifs seront la qualité de la facturation, l'exhaustivité des prestations facturables et la rapidité et l'efficacité du recouvrement des créances.

L'étude du GMSIH propose un modèle cible, permettant de lier les informations issues de la facturation (données administratives) et celles issues du PMSI.⁹ Le modèle cible repose sur la mise en place du Dossier Résumé de Venues (DRV) qui concentre l'ensemble des

⁸ Le calendrier initial fixait à 2006 l'échéance de la facturation directe à l'assurance maladie, mais l'article 8 III de l'ordonnance n°2005-1112 du 1^{er} septembre 2005 a décalé le tout d'une année).

⁹ GMSIH, *Rapport d'étude de l'organisation et du système d'information cibles et des niveaux d'évolution proposés pour la mise en œuvre de la T2A (PMSI et facturation)*, Version 1.0, 2005.

données concernant le patient pour une venue. Le terme «venue » a été jugé plus approprié pour généraliser à la fois les séjours hospitaliers, l'HAD, les consultations ou les urgences. Cela correspond à un regroupement cohérent entre des données administratives et médicales comprenant entre autres les DMI et les médicaments. Les informations requises seulement pour la facturation, comme les coordonnées du patient, les références des mutuelles, sont concentrées et contrôlées par le DRV et transférées directement vers le système de facturation. Le DRV permet donc de réaliser l'ensemble des contrôles de cohérence, qui peuvent être réalisés au «fil de l'eau », c'est à dire chaque fois qu'une information validée est entrée dans le DRV ou modifiée. Les informations du DRV sont ensuite utilisées pour produire le GHS et le GHM. Le GHS et ses compléments, c'est à dire tous les éléments facturables en sus du GHS, sont envoyés vers la base facturable pour produire les factures.

Du DRV sont également produites les informations requises par les ARH, le RSA/RSFA (résumé de sortie anonyme, résumé de sortie facturable anonyme) et les Fichiers supplémentaires (FichSup). La base facturable produit les éléments de facture en fonction du calcul de l'exonération du Ticket Modérateur (TM) et de la répartition de la facture par débiteur.

De plus, les éléments de facture à destination de l'assurance maladie devront contenir les informations requises pour que soient calculés par l'organisme les remboursements tenant compte de la minoration du «forfait 1 euro » et des informations relatives au médecin exécutant et médecin traitant (le dispositif du parcours des soins).

C'est ce modèle cible, en partie, que cette étude a essayé de suivre, en s'attachant à la phase préalable de diagnostic. Les propositions formulées visent à organiser le déroulement des projets successifs. Un phasage et un diagnostic réaliste et précis de la situation se sont révélés indispensables, étant donné la complexité du chantier. La parution de la Circulaire n° DHOS/F1/F4 2006/269 du 19 juin 2006 relative à la suppression du taux de conversion appliqué à la valorisation trimestrielle de l'activité des établissements de santé publics et privés vient encore apporter de la complexité au chantier T2A. Cependant, un éventuel nouveau report de cette phase ne serait pas surprenant. C'est ce que conclue le Groupe de travail de la FHF relatif à la réforme du financement des établissements publics de santé : « *L'objectif de la facturation directe est irréaliste en termes de calendrier, mais également en termes économiques : les investissements humains et informatiques seront très importants.* » Deux solutions sont alors proposées : « *soit en 2006 passer d'une transmission trimestrielle des données PMSI à une transmission mensuelle ; soit en 2007 définir l'exonération du TM pour chaque GHM à partir de la situation propre du patient et maintenir une transmission par l'ARH.* »

En effet, il est important de rappeler que si du côté dépenses il n'y a pas de changement en terme de flux (montant, périodicité), le suivi des flux des recettes nécessitera une

attention particulière, de façon à permettre à l'établissement de faire face de façon prévisionnelle aux pics et aux creux éventuels que les prévisions d'activité, et donc des ressources, feraient apparaître ; la gestion des délais de paiement des dettes et d'encaissement des créances devient primordiale pour la garantie de la trésorerie.

Une fois ce « contexte T2A » rappelé, le diagnostic de la situation au CHI de Fréjus/Saint-Raphaël peut désormais être présenté, afin de comprendre comment ce questionnement de la réorganisation des services participant à la chaîne de facturation s'est dégagé.

1.2 Diagnostic de la situation au CHI de Fréjus/Saint-Raphaël : une volonté forte et partagée d'optimiser l'organisation

Un ensemble de facteurs a entraîné la réflexion sur la nécessaire refonte de la chaîne de facturation : des facteurs liés au contexte national, déjà généralement présentés mais auxquels quelques précisions vont être ici apportées ; mais aussi des facteurs propres au CHI, qui ont convergé vers cette volonté partagée de réorganisation.

1.2.1 La fin de l'exercice 2005 et l'élaboration du budget 2006 : la confrontation concrète aux conséquences de la T2A sur la DAFC et les services de facturation

Comme la plupart des EPS, l'exercice 2005, avec une part financée à l'activité de 25% et l'élaboration de l'EPRD 2006, a déstabilisé les établissements et leur a fait réaliser l'importance des adaptations et aménagements à mettre en place. Par ailleurs, la simultanéité des réformes « techniques » qui accompagnent la T2A (CCAM tarifante, suppression des taux de conversion, parcours des soins, modifications régulières des tarifs applicables) participent à ce « réveil brutal » des EPS, qui se trouvent aujourd'hui dans l'obligation de rendre performant leur SIH et leur organisation de travail afin de recouvrer les recettes permettant la poursuite et le développement de l'activité, et donc l'autorisation de dépenses. Mais d'autres facteurs, propres au CHI ont également conduit au lancement de la réorganisation : le contexte difficile et révélateur de la fin de l'année 2005, et un début d'année 2006 sous l'égide du nouvel EPRD, facteur de modernisation mais aussi de nombreuses exigences pour les EPS.

- A) Une clôture de l'exercice 2005 révélant l'importance des dysfonctionnements à la source :

Les différents défis que les établissements vont devoir relever avec la mise en œuvre concrète de la T2A ont déjà été présentés de manière globale. Cependant, l'année 2005

mérite un développement particulier, du fait de ses nombreuses particularités, liées au contexte national mais aussi interne au CHI.

Au niveau national, il est indispensable de rappeler ici les spécificités de la campagne budgétaire pour 2005 ; à partir de 2005, les dépenses d'assurance maladie couvrant les frais d'hospitalisation sont suivies dans le cadre de cinq dotations : une dotation liée à l'activité qui n'est pas limitative puisqu'elle a vocation à évoluer au gré de l'activité de l'année ; et quatre dotations limitatives qui ne peuvent être révisées que par l'ARH : la DAF (dotation annuelle de fonctionnement pour le SSR et la psychiatrie), la DAC (dotation annuelle complémentaire), une dotation relative aux forfaits annuels (ex : urgences) et une dotation de financement des MIGAC. Par ailleurs, l'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2005 de la disposition mettant fin à la notion de « dépenses encadrées » modifie radicalement les conditions de la campagne en inversant la logique de la construction des budgets, qui doivent désormais reposer sur l'évolution des recettes et non plus sur des autorisations de dépenses.

La méthode utilisée en 2004 a donc été reconduite en 2005 avec toutefois une différence majeure dès lors qu'il s'agit de déterminer des dotations en dépenses « assurance maladie » et non plus en dépenses encadrées. Ainsi, pour établir les bases des nouvelles dotations de recettes arrêtées par l'ARH en « dépenses d'assurance maladie », il a fallu appliquer un taux de conversion¹⁰ sur les bases 2004 calculées en « dépenses encadrées ». On applique ainsi aux dotations 2004 un taux de conversion qui est égal au ratio suivant : Taux de conversion = Recettes de groupe 1/ Recettes de groupe 2.

Le calcul a été réalisé à partir des données des retraitements comptables 2003 ; le taux de prise en charge de l'ensemble des activités a été minoré pour tenir compte de l'évolution des recettes de groupe 2 liée aux modifications de prise en charge intervenues en 2004 (modification de la valeur du forfait journalier et des règles de remboursement liée à la prise en compte d'actes de coefficient supérieur à 50 – K50), et enfin recalé sur le taux national, pour tenir compte d'un dépassement prévisionnel de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie 2004.

Si théoriquement cette opération est neutre budgétairement pour les établissements, l'une des conséquences importantes réside dans le fait que l'octroi de moyens supplémentaires (qu'il s'agisse du financement de l'impact budgétaire de décisions prises par les pouvoirs publics comme l'augmentation des traitements de la fonction publique hospitalière, ou des financements des projets et des objectifs des établissements) sont des autorisations de recettes qui ne financent qu'une partie de la dépense concernée, l'autre partie devant être

¹⁰ Appelé également taux de prise en charge par l'assurance maladie.

financée par les recettes du groupe 2 des établissements (forfaits journaliers et prix de journée essentiellement).

En conclusion, l'année 2005 a été réellement la première année de la mesure de l'impact de la T2A sur les mécanismes financiers et budgétaires des établissements, et le changement a été inégalement préparé par ceux-ci.

Au niveau du CHI, celui-ci a rencontré de nombreuses difficultés durant l'année 2005, qui ont conduit à ce que la clôture n'intervienne que mi-avril 2006 ; cette situation a été largement causée par les difficultés que l'établissement a rencontré depuis la mise en place du nouveau progiciel intégré « Hexagone » en mars 2005 ; l'installation du logiciel a entraîné des « bugs » informatiques qui ont généré énormément de retard dans la facturation et le traitement des rejets et des contentieux, ce qui fait que la facturation et la clôture de l'année 2005 soit intervenue aussi tard. Depuis, le retard se rattrape lentement dans les services ; ainsi, au mois de septembre 2006, la facturation des dossiers de consultations externes pour l'exercice 2006 est réalisée jusqu'au mois de juin, et concernant les hospitalisations, jusqu'à fin mai. Concernant le contentieux, il est à jour pour les hospitalisations, par contre le traitement des réclamations des dossiers des consultations externes accuse un retard conséquent. Enfin, concernant les agents des consultations externes, il est à rappeler qu'ils ont également eu à mettre en place la CCAM tarifante en 2005, ce qui a compliqué leurs tâches. Pour le retard de facturation, et donc de recouvrement des recettes, il a été proposé à la DAFC (direction des finances et de la clientèle), qui a retenu la préconisation, de rattraper dans un premier temps la facturation, et ne traiter les rejets-Hexagone qu'ensuite. Cependant, une meilleure organisation à trouver est indispensable, étant donné que ces rejets devront dans tous les cas être traités avant la fin de l'année 2006.

Une conséquence importante et que ce projet devait considérer, réside dans la « crise psychologique » des agents vis-à-vis d'Hexagone et du SIH en général, une perte de confiance importante dans l'outil qui a pesé sur l'année 2006 ainsi que sur les différentes actions qui ont été mises en place et qui seront détaillées ultérieurement.

B) L'élaboration de l'EPRD : les EPS face aux difficultés de gestion caractéristiques de la fonction publique hospitalière :

La fin de l'année 2005 et le début de l'année 2006 ont donc été extrêmement difficiles pour la DAFC, qui parallèlement à la problématique de la clôture, a dû traiter la question de l'élaboration de l'EPRD que les EPS ont eu pour la première fois à appliquer.

Or l'EPRD, s'il a pour objectif de rendre la réforme de la Tarification à l'activité opérationnelle en ce qui concerne le volet budgétaire, induit un bouleversement de logique pour les EPS à la fois au niveau cognitif et pratique ; le raisonnement est le suivant : puisque c'est désormais le niveau de recettes que l'établissement escompte

réaliser dans l'année qui doit déterminer le niveau des dépenses (notion d'autorisation de recettes et non de dépenses), la prévision des recettes devient indispensable, et le suivi « traditionnel » des dépenses d'un établissement de santé devient désormais incomplet si un suivi organisé des recettes réalisées n'est pas mis en place. C'est pourquoi, et compte tenu du lien instauré par la T2A entre l'activité et les recettes et du caractère évaluatif des crédits, le suivi et l'analyse de l'exécution de l'EPRD doivent être présentés périodiquement au conseil d'administration, et transmis à l'ARH.

C'est ainsi qu'à chaque quadrimestre (fin avril, août et fin décembre) l'ordonnateur doit établir un état comparatif de l'activité, des recettes et des dépenses réalisées par rapport aux prévisions.¹¹

Cet état est élaboré principalement à partir des données transmises par le comptable du Trésor, enrichies des informations dont dispose l'ordonnateur relatives aux dépenses engagées non mandatées et aux recettes attendues dont les titres n'ont pas encore été émis.

La mise en œuvre de l'EPRD et de son suivi quadrimestriel rendent donc la construction d'outils d'analyse dans l'établissement indispensable, voir obligatoire : conformément à l'article L.6113-7 du Code de la santé publique, les établissements de santé publics ou privés, ont l'obligation de procéder à l'analyse de leur activité. « *Dans le respect du secret médical et des droits des malades, ils doivent ainsi mettre en œuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge, en vue d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'activité et des coûts, et de favoriser l'optimisation de l'offre de soins.* »¹²

Pourtant, les EPS sont en retard en matière de construction et d'utilisation des outils, de méthodes modernes. Effectivement, si l'on se penche sur l'histoire de la comptabilité analytique hospitalière (CAH), on constate certes que celle-ci s'est construite sur le modèle des entreprises privées¹³, et qu'elle existe dès 1947, de manière étroitement liée avec la création de la Sécurité Sociale et l'originalité de l'attribution des ressources au service hospitalier par un organisme privé. Cependant, si la comptabilité analytique continue de se développer par la suite jusqu'à acquérir avec la réforme du financement des hôpitaux (prenant en compte la productivité hospitalière grâce au point ISA issu du PMSI et de l'ENC) une nouvelle dimension parachevée par la réforme de la T2A, les

¹¹ Article R. 6145-6 du Code de la santé publique.

¹² PELJAK D., *L'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD)*. Bordeaux. Les Études Hospitalières, mars 2006.

¹³ GROLIER J., PERARD Y., PEYRET Ph., *La comptabilité analytique hospitalière médicalisée*, Editions ENSP, 2002.

établissements restent largement inégaux dans la modernisation de leurs outils d'analyse, ce qui est étroitement lié à l'état de leur SIH.

De ce point de vue donc, l'EPRD et l'injonction du suivi rigoureux et analysé des recettes amène les établissements à mener une réelle réflexion sur ce point.

Au CHI, cette approche est récente, et les méthodes de reporting, d'élaboration de tableaux de bord pour suivre l'activité, ou encore la facturation ou le recouvrement, sont en cours d'élaboration. L'un des objectifs assignés à ce projet consistait également dans l'impulsion et la construction de tels outils. Le seul outil validé et utilisé en la matière au CHI est élaboré par les services du DIM (département d'information médicale), afin de suivre l'activité produite dans l'établissement. Un tableau récapitulatif pour le premier semestre 2006 est joint en annexe, qui présente la valorisation de l'activité d'hospitalisation par services et regroupements de services, avec une comparaison temporelle entre n et n-1. C'est ainsi que nous pouvons constater pour le CHI une situation « mitigée » en termes d'établissement « bénéficiaire » ou « perdant » par rapport à la mise en œuvre de la T2A (et selon les différentes règles appliquées en 2005 et 2006, notamment au regard des tarifs des GHS) : concernant la médecine, le pôle mère-enfant ou la Zone de surveillance de courte durée, l'écart de recettes est négatif entre 2006 et 2005. Par contre, les services de chirurgie, de gériatrie et de réanimation connaissent un écart positif. Au total, l'établissement connaît une augmentation de ses recettes liées à l'activité de + 302 218, 96 € au premier semestre 2006.¹⁴

1.2.2 Acteurs et description de la chaîne de facturation au CHI de Fréjus/St Raphaël

Cette période difficile a donc permis à la DAFIC d'entamer une réflexion sur l'efficacité de son organisation ainsi que de celle de la chaîne de facturation, afin de comprendre quels sont les points « névralgiques » de la chaîne sur lesquels agir en priorité.

A) Le circuit du patient dans les services d'admission au CHI :

a) *Circuit et gestion administrative des patients au Bureau des entrées :*

Concernant les hospitalisations, c'est le Bureau des Entrées qui est en charge de la constitution du dossier administratif des patients. Le Bureau des entrées comporte à la fois un service d'accueil et d'orientation, de renseignement au patient, avec des hôtesses d'accueil, et un service d'enregistrement et de traitement des dossiers patients, géré par des agents administratifs, qui ont pour charge de recueillir les données administratives et de « rendre facturable » le dossier du patient.

¹⁴ Voir annexe 2.

L'agent administratif, mais parfois les hôtesse (selon le planning) procèdent à l'enregistrement du patient et donc à l'ouverture de son dossier administratif, au vu des informations qui lui sont données par le patient : renseignements administratifs, informations sur les débiteurs, situation vis-à-vis d'une mutuelle. La présentation de la carte d'identité, de la carte vitale et de la carte mutuelle sont désormais obligatoires, mais en accord avec les travaux issus de la Cellule Identito-Vigilance, ce sont les données de la carte d'identité qui prévalent, et non celles de la carte vitale, du fait des trop nombreuses erreurs repérées sur celles-ci et ayant un impact sur les examens pouvant être faits au laboratoire ou en radiologie notamment.

Chaque dossier ouvert se voit attribuer un numéro valable rattaché à un IPP (Identifiant permanent du patient : ce numéro est généré à chaque première entrée, et est permanent) toute la durée du séjour et à chaque venue un nouveau dossier doit être ouvert, d'où l'importance des recherches d'antériorité qui sont effectuées.

Les agents administratifs sont en charge de toute la vérification des dossiers, et des recherches pré-facturation à effectuer : recherche d'antériorité, demandes de prise en charge préalables à la facturation auprès des organismes complémentaires, vérifications des droits à la sécurité sociale à partir de la lecture de la carte vitale et de « Feu vert ».

La constitution exhaustive du dossier administratif est primordiale dans le processus de facturation ; le support informatique utilisé est Hexagone¹⁵, et les agents travaillent à partir du module GAP (Gestion administrative du patient). Bien qu'Hexagone soit interfacé avec Axigate (logiciel pour les soignants), les mouvements saisis dans Axigate ne sont pas transférés dans Hexagone ; c'est pourquoi les mouvements sont actuellement saisis dans Hexagone par les soignants pour la plupart des services. Concernant la saisie des actes, ceux-ci sont saisis dans les services, sauf pour la réanimation où ce sont les agents du bureau des entrées qui assurent la saisie des informations codées sur support papier.

Pour éviter l'engorgement du Bureau des entrées, les procédures de pré-admissions sont favorisées et développées. Le patient se présente dans ce cas là dans un premier temps à l'accueil, puis aux boxes selon le service (les boxes sont sectorisés en fonction des services), afin que toutes les informations administratives soient recueillies. Le jour de l'hospitalisation, le patient peut ainsi se rendre directement dans le service concerné. Le jour de la pré-admission, le livret d'accueil lui est fourni.

Dans les cas où les dossiers sont manquants, notamment lorsque le patient est entré par les urgences pendant la nuit ou le week-end, les agents et les hôtesse d'accueil montent dans le service d'hospitalisation ou convoquent la famille au BDE afin de compléter et régulariser la situation.

¹⁵ Le schéma du système d'information du CHI est présenté en page 38.

A la sortie du patient, celui-ci se présente au bureau des entrées pour la clôture du dossier. Lorsque le patient ne se présente pas au Bureau des entrées pour sa sortie, les services clôturent le dossier et préviennent le BDE, mais des oublis persistent. L'encaissement est effectué par une régie.

b) Circuit et gestion administrative du patient aux Consultations externes :

Le service des Consultations externes est physiquement séparé du bureau des entrées. Ce sont des agents administratifs qui gèrent les consultations des spécialités. Le patient doit préalablement à la consultation se rendre impérativement aux guichets des consultations externes pour l'ouverture du dossier ; là encore, chaque dossier ouvert se voit attribuer un numéro et à chaque venue un nouveau dossier doit être ouvert. Les agents demandent systématiquement au patient la présentation de la carte d'identité, de la carte vitale ainsi que la carte mutuelle. En cas d'absence de l'une de ces pièces justificatives, des recherches d'antériorité sont effectuées, et les agents consultent l'outil « Feu Vert » sur minitel. Les agents remettent alors au patient sa fiche de circulation, que celui-ci doit ramener à l'issue de la consultation pour saisie des actes CCAM et règlement éventuel (si TM à payer par le patient). Les actes CCAM sont inscrits sur la fiche de circulation par le médecin ou à défaut par la secrétaire médicale. Les agents procèdent alors à l'encaissement.

Les agents administratifs ont préalablement imprimé en double les fiches de circulation, de sorte qu'à la fin de la journée, ils puissent détecter les patients qui ne sont pas repassés pour l'encaissement ; dans ce cas là l'agent retourne la fiche de circulation au service pour nouvelle saisie des actes CCAM, et envoie une première relance (la facture blanche) ; lorsque les patients n'ont pas de moyens de paiement, les agents envoient également une facture blanche.

Les agents des Consultations externes s'occupent également de la remise des radiologies : effectivement, les actes de radiologie sont saisis directement et en temps réel par les manipulateurs-radios sur le logiciel Xplore ; après interprétation du radiologue, la secrétaire médicale apporte aux consultations externes les radios avec le compte-rendu. Les consultations externes ouvrent chaque dossier sur Hexagone pour vérifier que les actes ont bien été interfacés entre Xplore et Hexagone, puis les classent par mois et par ordre alphabétique; lorsque le patient vient chercher le compte-rendu et la radio, les agents procèdent à l'encaissement.

Concernant les actes de laboratoire, la remise des résultats se fait également par les agents des consultations externes, qui saisissent les actes sur le dossier directement après transfert par le laboratoire des feuilles maladie.

c) *Le circuit du patient aux Urgences :*

Le service administratif des urgences fait volontairement l'objet d'une procédure simplifiée d'enregistrement administratif du patient, étant donné sa spécificité, et du fait qu'il ne procède pas pour l'instant à l'encaissement ; par ailleurs il n'y a pas d'antenne du BDE 24h/24 aux Urgences.

Le premier accueil des patients aux urgences devrait en théorie être pratiqué par l'Infirmière d'Orientation et d'Accueil (IOA), dont les fonctions principales résident dans la priorisation des patients, qui est communément appelé «le tri », le dialogue avec les familles, et l'installation du patient. Dans le cas du CHI, l'IOA oriente dans un certain nombre de cas les patients vers la Maison Médicale de Garde, qui depuis son installation a donné une «bouffée d'oxygène » au service des Urgences, même si celle-ci s'est rapidement constitué une clientèle, et qu'il est par conséquent de plus en plus difficile de renvoyer des patients à la maison médicale de garde. L'IOA dispose géographiquement d'un guichet particulier, mais dans la pratique, l'IOA travaille en binôme avec l'agent administratif, et le glissement de fonction entre l'IOA vers l'agent administratif est fréquent.

Ainsi, l'IOA à l'arrivée de tout patient est sensée remplir une fiche qui renseigne le motif de venue aux urgences, ainsi que les données familiales. Ensuite l'IOA adresse le patient à l'agent administratif qui procède à l'enregistrement du patient. La procédure à partir de là est la même qu'au bureau des entrées et qu'aux consultations externes, sauf que les agents des urgences s'ils procèdent à la lecture de la carte vitale ainsi qu'à des recherches d'antériorité, ne recourent pas du tout à « Feu vert ». Par ailleurs leurs tâches de classement sont limitées, et ne font copie que du strict minimum de pièces justificatives.

Le service des urgences n'a pas acquis aujourd'hui encore de logiciel spécifique, et concernant le codage des actes CCAM¹⁶, c'est une fiche papier qui sert de support. Cette fiche présente en fait un thésaurus simplifié des actes les plus fréquemment rencontrés aux Urgences, et qui a été élaborée conjointement avec le DIM. C'est donc les agents administratifs qui saisissent les actes CCAM. Les agents administratifs s'occupent directement, sans passage préalable par l'IOA, des patients admis par ambulances, pompiers ou SMUR. Ils gèrent également les taxis et les retours à domicile par ambulance ; enfin ils établissent dans la plupart des cas les étiquettes pour l'ensemble des hospitalisations.

¹⁶ Effectivement, le logiciel choisi pour la mise en place du dossier patient, Axigate, ne comporte pas de module « Urgences ».

B) Traitement de la facturation et du contentieux :

C'est le même progiciel intégré, Hexagone, qui est utilisé pour la facturation et le contentieux, dans l'application spécifique Stratège, sur le poste de travail Hexagone « POSTFAC ». Il existe un service de la facturation et du contentieux pour les hospitalisations (Bureau des entrées), et un service propre de facturation et contentieux, dénommé « cellule recettes »¹⁷ en ce qui concerne les consultations externes.

Divers types de contrôles sont effectués au niveau de la facturation :

- pour le Bureau des entrées, les agents procèdent encore à une facturation unitaire et non par lots, afin de pouvoir vérifier la cohérence entre les données informatiques enregistrées et les données du dossier papier ; les agents vérifient ainsi la présence de copies des justificatifs, notamment en ce qui concerne les mutuelles.
- Pour les Consultations externes, qui procède à une facturation par lots, ce premier niveau de contrôle exercé n'est pas mis en place, d'autant qu'il n'y a pas de dossier papier (les agents conservent les copies des attestations AME, CMU et les classent par type de prise en charge, par mois et par ordre alphabétique). Les agents procèdent uniquement au deuxième niveau de contrôle, commun aux deux services, après l'édition des rejets d'Hexagone. Ils les impriment, et traitent les dossiers ; une fois ces dossiers rejetés traités, ils les réintègrent à la M.E.F.¹⁸ Ils isolent également les dossiers présentant des anomalies, c'est à dire ceux qui ne sont pas rejetés car ne constituent pas de facteurs bloquants ; mais les agents sont tout de même tenus de redresser ces dossiers.
- Enfin, les deux services procèdent à un contrôle par type de dossiers, selon le listing des erreurs détectées, avant validation de la M.E.F : les agents vont d'abord extraire les dossiers « P » (payants soit à 100% soit uniquement pour le TM) ; ensuite les « C » (Accidents de travail, Mutuelles, CMU et AME ; pour les dossiers AME ils contrôlent la présence d'attestations) ; les dossiers « A » (Conventions Internationales). En cas de problème ou d'absence d'information ou erronée, les agents recherchent l'information (recherche des justificatifs, téléphone à l'employeur) puis traitent le dossier et le réintègrent à la M.E.F.

Le redressement et le contentieux sont gérés au niveau du même service de facturation par deux agents (un pour le bureau des entrées, et un pour les consultations externes) et se font sur la base de rejets ou réclamations de la part des débiteurs. Le service du contentieux est également en charge de l'accueil de la clientèle pour les réclamations.

¹⁷ C'était un choix de l'ancien DAFC, que nous expliquerons ultérieurement.

¹⁸ Mise en facturation.

C'est également ces deux services de facturation/contentieux qui sont en relation avec les différents débiteurs. Les relations avec la CPAM sont informatisées pour les infos séjours et pour les demandes de prises en charge ; la communication de ces fichiers s'effectue par messagerie, à travers le logiciel Antarès (société ENOVACOM) ; et les émissions papier concernent principalement les patients pour lesquels des factures restent à payer. Il n'y a pas d'émission de facture dans le cadre des relations avec la Sécurité Sociale pour la part d'activité incluse dans le budget global puisque des versements par douzième sont opérés chaque mois.

Concernant les relations avec la Trésorerie Principale (TP de Fréjus), c'est la Trésorerie de Rouen (Trésorerie Générale) qui réceptionne les envois des fichiers H Titre (pour les recettes), H Mandats (pour les dépenses), H Budget (pour le budget, les décisions modificatives et les virements de crédits). Ces envois se font encore actuellement via l'ancien modem Almacom, le CHI étant en attente de l'accord de la Trésorerie Générale de Rouen pour la mise en place de la communication via Antarès. La TG de Rouen traite ces envois et les transmet ensuite à la Trésorerie Principale de Fréjus. L'utilisation du fichier H Retour, qui permettra un meilleur suivi du paiement des recettes est actuellement à l'étude.

Concernant l'encaissement, celui-ci est effectué par le Trésor Public et par les agents dans le cadre d'une régie de recettes : une régie pour le bureau des entrées et aux consultations externes, chaque agent est nommé préposé et peut encaisser. L'encaissement n'est pas mis en place pour les Urgences. Le Trésor Public procède aux relances selon le schéma suivant : relance automatique 90 jours après la demande de prise en charge par une lettre de rappel ; attente ensuite de 30 jours avant le commandement de payer. Les poursuites engagées sont fonction des montants à recouvrer. Les régies encaissent les avances sur hospitalisation, les recettes diverses et les TM des consultations externes. Il y a ensuite un reversement hebdomadaire qui est effectué à la TP.

C) Eléments du circuit à revoir et sur lesquels agir prioritairement : objectifs du projet

Ce n'est qu'après avoir observé et analysé effectivement le circuit de la chaîne de facturation, que l'identification des éléments de la chaîne sur lesquels il convient d'agir de façon prioritaire au regard des enjeux posés par la T2A est possible.

La chaîne de facturation est résumée ici à son sens « strict », c'est à dire que les phases liées au PMSI et à la production des séjours ne sont pas considérées dans un premier temps : effectivement, les EPS ont longtemps dissocié ces deux éléments, qui comme nous le verrons, constituent pourtant aujourd'hui le processus de facturation, dans le cadre de la future facturation directe à l'assurance maladie. Ce volet PMSI sera donc

analysé ultérieurement. De ce fait, la « chaîne de facturation » au sens strict comporte 5 grandes phases :

- l'enregistrement de l'identité du patient et les informations utiles à la facturation
- la gestion du dossier administratif du patient (notamment travail de back office)
- le traitement de la facturation
- l'encaissement (au sens purement «interne » du terme, donc uniquement les régies)
- le traitement du contentieux (redressement, accueil de la clientèle, relations avec les débiteurs et Trésor Public).

Les acteurs entrant en jeu dans le schéma actuel sont les suivants : bureau des entrées, les consultations externes, les urgences, les services de soins, le service social, les services de facturation et contentieux, les débiteurs usuels (CPAM, mutuelles, patients) et le Trésor Public.

Or si l'on se réfère aux travaux du GMSIH¹⁹, mais également d'autres travaux, ainsi qu'à la littérature spécialisée, plusieurs axes d'amélioration doivent être mis en place afin de « coller » le plus possible aux exigences de la T2A, et relèvent de deux ordres : organisationnels et au niveau du système d'information :

- Au niveau organisationnel :
 - le respect des règles du PMSI dans tous les circuits de la facturation (ex : déclenchement de la facturation au moment de la validation du RSS)
 - disposer, au moment de l'admission, des trois identifiants : IPP, numéro d'admission, identifiant de RSS. Pour cela responsabiliser le bureau des entrées par la formation et mise en place de tableaux de bord « qualité », et renforcer le contrôle des dossiers
 - pour les consultations externes et les urgences, améliorer le taux de recouvrement en privilégiant le règlement au comptant (mise en place de régies)
 - mettre à la disposition du service de facturation : un reporting périodique, des informations sur les différents séjours pour faciliter le transfert des dossiers
 - revoir les critères d'autorisations des lits
 - renforcer l'intégration des systèmes
 - optimiser le traitement des factures de prestations extérieures.

- Au niveau du système d'information :
 - améliorer les délais de production en dématérialisant les informations

¹⁹ GMSIH, *Rapport d'étude de l'organisation et du système d'information cibles et des niveaux d'évolution proposés pour la mise en œuvre de la T2A – PMSI et Facturation*, 2005.

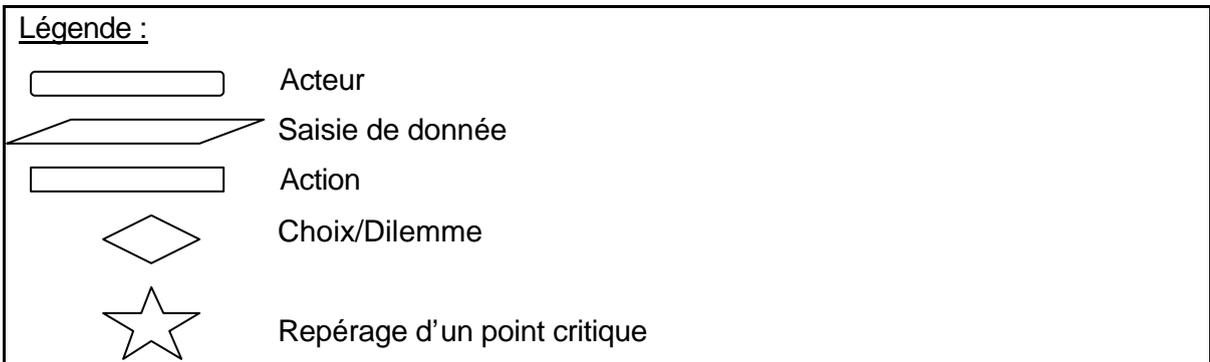
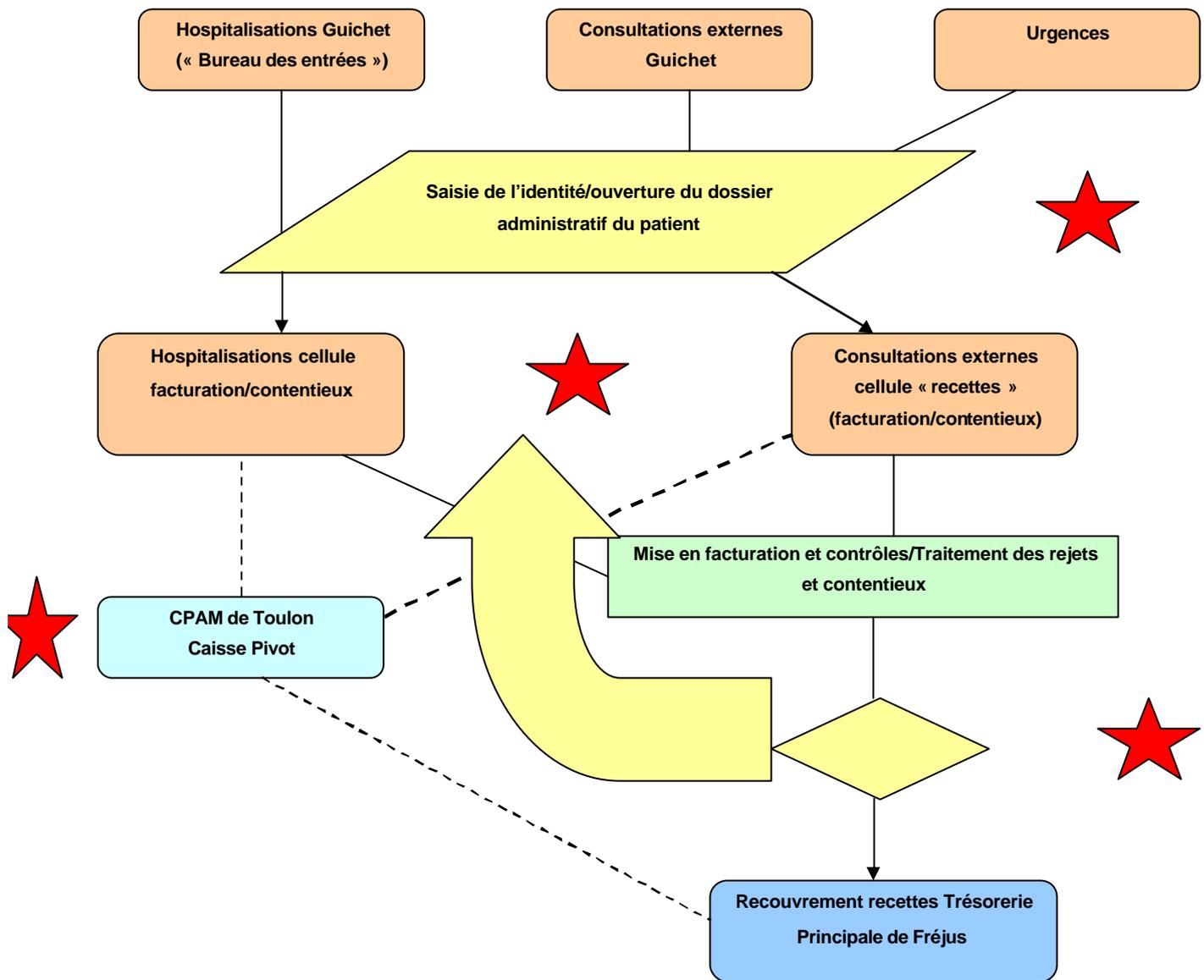
- effectuer du « reporting » périodique aux services (organiser le recueil et la saisie d'informations, mettre en place un système d'information communiquant entre les urgences et les externes)
- sécuriser le partage de l'information (ex : mise en place de nomenclatures partagées et uniques)
- renforcer le respect des règles du PMSI dans le circuit de facturation pour faciliter le repérage d'une hospitalisation dans le SIH (système d'information hospitalier)
- optimiser le traitement de la facturation en réduisant les délais de facturation tout en améliorant la qualité (circuit du patient et facturation au fil de l'eau)
- permettre les transferts de dossiers, notamment pour faciliter la conversion d'un dossier lors du changement de type de prise en charge

Le GMSIH propose ainsi deux schémas cibles du circuit de facturation, l'un pour les hospitalisations, l'autre pour les consultations externes.

A partir de là, mais également à l'issue de l'observation que nous avons menée sur le terrain durant le premier mois de stage, nous avons déterminé trois axes principaux pour mener à bien ce projet :

- la standardisation des règles et des méthodes d'organisation du travail
- l'accueil et l'aménagement du circuit du patient
- l'amélioration de l'encaissement entendu au sens de l'encaissement direct à augmenter, au sens de recouvrement des recettes, et au sens de la facturation au fil de l'eau vers laquelle il faut tendre.

Ont donc préalablement été repérés, sur l'actuel schéma du circuit de facturation, les éléments « dysfonctionnants » ou manquants afin de parvenir à une chaîne de facturation efficace :



2 ENJEUX ET PROPOSITIONS AU NIVEAU STRUCTUREL ET DES INSTANCES DE PILOTAGE

Préalablement à toute proposition «pragmatique » de changement de l'organisation du travail des agents, il est aussi indispensable de revoir la structure, les instances de pilotage afin de soutenir le projet.

Il conviendra de justifier, dans un premier temps, en quoi le rapprochement de la D AFC, de la DSIO et des services du DIM est indispensable à la conduite du projet, avant de proposer les axes d'organisation de ce rapprochement ; enfin, des pistes d'action que le CHI doit impulser afin d'obtenir un appui extérieur auprès de l'assurance maladie et de la Trésorerie, seront envisagées.

2.1 Un rapprochement D AFC/DSIO/DIM impératif au regard des nouvelles modalités de facturation

Ce rapprochement est désormais inévitable, en particulier par rapport à trois problématiques d'actualité: celle de la continuité complète entre le circuit de la chaîne de facturation et le circuit de la production des séjours ; la nécessité de transmission de données, de renseignement d'outils, de tableaux de bord exhaustifs et de qualité pour le pilotage, l'aide à la décision du manager hospitalier ; enfin, la garantie de la trésorerie des hôpitaux grâce à la réussite de la mise en œuvre de la télétransmission.

2.1.1 Nécessité accrue d'une continuité entre le circuit de la facturation et le circuit de la production des séjours

Trois grands axes de réformes et de questionnements actuels justifient ce rapprochement au sein des établissements.

A) Impact des évolutions réglementaires touchant le processus de facturation :

L'une des conséquences du nouveau mode de financement à l'activité est la nécessité pour les acteurs hospitaliers de disposer d'une gestion active/réactive sur leur gestion financière. Par conséquent, si l'exploitation du SIH doit être à la portée de tous les acteurs de l'hôpital, elle revêt une importance haute et stratégique en ce qui concerne les enjeux auxquels doit faire face la D AFC. Comme cela a déjà été avancé, la saisie exhaustive (quantitativement et qualitativement) de l'activité conditionne la valorisation et le paiement des recettes hospitalières. Il semble donc, et cela va s'accroître avec le passage à la facturation directe à l'assurance maladie en 2008 et 2009, que nous entrons dans une phase critique du succès de la réforme de la T2A: la jointure totale entre le circuit de la production des

séjours (codage de l'activité) et celui de la facturation. La chaîne de facturation revêt alors le qualificatif de « processus », selon les différentes définitions données à ce concept :

- « Séquence de phénomènes dynamiques (mouvements, réactions chimiques, activités cellulaires, opérations techniques, actions ou comportements, interactions humaines) menant à des résultats déterminables.
- *Activité(s) (ensemble d'opérations) relative(s) à une fonction éducative ou administrative, pouvant être évaluées en cours de réalisation ou a posteriori, transformant un input en un produit éducatif ou administratif (...) Activité particulière et continue, qui présuppose plusieurs méthodes et implique un certain nombre d'étapes ou d'opérations ».*²⁰

Désormais, la chaîne de facturation englobe ces deux « circuits » auparavant et même encore actuellement dissociés ; c'est d'ailleurs ainsi que la littérature spécialisée la conçoit : « *La mise en place de la T2A comprend plusieurs phases indissociables. Une première étape consiste à finaliser les objectifs de gestion de la structure, afin de mettre en place un système d'information capable d'autoriser la saisie de l'activité de façon exhaustive et dans des délais réduits. Les organisations dans les services producteurs de soins et dans les bureaux d'admission devront être repensées afin d'aboutir à une refonte complète de la chaîne de facturation.* »²¹

La conséquence de cette perception « globale » et transversale de la chaîne de facturation est que sa refonte va passer par des interrogations, des réadaptations sur l'ensemble du processus, et va donc faire travailler ensemble des acteurs qui n'y étaient pas habitués : le DIM et le bureau des entrées. C'est ce à quoi aboutit d'ailleurs une étude²² portant sur les adaptations nécessaires pour un établissement public du fait de la mise en place du bordereau 615 (utilisé dans le privé pour la facturation directe à l'AM ; aujourd'hui bordereau S3404) : ce bordereau, proposé par la CNAMTS, implique le lien indispensable entre les informations médico-économiques et l'aspect financier de la facturation. Cela conduit à des changements majeurs en termes d'organisation de la facturation et de la transmission des données. C'est l'ensemble de la chaîne de facturation soutenue par le SIH, de l'admission du patient à l'envoi des bordereaux aux débiteurs, qui demande à être repensée ; de ce fait, une coopération accrue entre le DIM, le bureau des entrées, la DAFIC, et la DSIO doit se mettre en place afin de mener à bien cette refonte. Cela a d'ailleurs été encore plus mis en avant par la problématique récente

²⁰ www.strategiesetsucces.be/fr/Glossaire/glossaire.asp

²¹ PFEIFFER M., Refondre la chaîne de facturation dans un contexte T2A, *Revue hospitalière de France*, n°508, Janvier-Février 2006, p. 44-50.

²² CAUHAUPE J., Le circuit de la facturation au CHU de Bordeaux : les réadaptations engendrées par la mise en place de la tarification à l'activité, Mémoire ENSP 2004.

de la suppression des taux de conversion, et le contrôle régional externe T2A mené par les médecins-conseils au CHI.

Lors de la visite à la Polyclinique Notre Dame de Draguignan, nous avons pu observer cette continuité totale entre la production des séjours et la chaîne de facturation, indispensable pour un établissement privé. La Polyclinique a d'ailleurs choisi de mettre au centre de la chaîne de facturation le service du PMSI pour réguler la coordination de l'ensemble. La directrice de la clinique juge cette continuité essentielle pour la structure de l'organisation.²³

B) La coopération DAFC/ DIM et le nouveau rôle du DIM : l'exemple du contrôle T2A au CHI de Fréjus/St Raphaël et la problématique de la suppression des taux de conversion :

La mise en œuvre de la T2A, dès 2004, et son volet codage de l'activité, ont amené à une coopération effective entre la DAFC et les services du DIM. Dans la phase actuelle de mise en œuvre technique de la T2A, et la transmission trimestrielle des données d'activité à l'ARH (FICHSUP), cette coopération s'est accrue, aboutissant à un repositionnement de ces deux acteurs. Le rôle du DIM devient prépondérant au titre du recueil des données médico-économiques, mais de plus en plus aussi au titre de la valorisation financière de l'activité hospitalière.

Cette problématique s'est posée avec encore plus d'acuité récemment pour l'ensemble des EPS concernés par la réforme à travers deux éléments : le contrôle de l'activité T2A mené par les médecins-conseils de l'AM, et la circulaire²⁴ concernant la suppression des taux de conversion applicable dès octobre 2006, et portant rétroactivement sur les éléments d'activité de l'année 2006.

a) *Le contrôle régional externe T2A :*

Le décret n°2006-307 du 16 mars 2006 a donné pour mission à la Commission Exécutive de l'ARH d'établir un contrôle régional des établissements soumis à la T2A. Il est ainsi créé une unité de coordination régionale du contrôle externe placée auprès de la commission exécutive. Composée de personnels des caisses d'assurance maladie désignés par la commission exécutive, elle prépare le programme de contrôle régional annuel, coordonne la réalisation des contrôles et rédige le bilan annuel d'exécution du programme. Ces contrôles ont pour objectif affiché l'amélioration de la qualité du codage.

²³ Entretien avec la Directrice de la Polyclinique Notre Dame de Draguignan.

²⁴ CIRCULAIRE N° DHOS/F1/F4 2006/269 du 19 juin 2006 relative à la suppression du taux de conversion appliqué à la valorisation trimestrielle de l'activité des établissements de santé publics et privés désignés aux a), b) et c) de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale

Le décret prévoit notamment la possibilité de sanctions financières en cas de manquement aux règles de facturation²⁵, bien que ces sanctions ne soient pour le moment applicables que pour les éléments de facturation intervenus après le 17 mars 2006. En conséquence, si des manquements aux règles de facturation étaient constatés lors des contrôles sur site faisant suite à ce programme, seuls les indus correspondant pourraient être notifiés et aucune sanction financière supplémentaire ne saurait être appliquée.

Bien que le dispositif ne soit pas totalement opérationnel, et sur l'initiative de la commission exécutive de l'ARH, une dizaine de contrôles T2A ont été réalisés à titre de tests auprès d'établissements volontaires par les médecins conseils des 3 régimes d'assurance maladie. Ces tests se sont déroulés en décembre 2005 et janvier 2006²⁶ et portaient sur les données PMSI 2004. A l'issue de ces tests, un certain nombre de constats peuvent être établis :

- les erreurs dites administratives (âge, date d'entrée et de sortie...) témoignent de dysfonctionnements des SIH. La cohérence entre les informations issues du PMSI et celles provenant des dossiers administratifs ne fait manifestement pas l'objet de contrôles suffisants. Or ces erreurs sont susceptibles d'entraîner des anomalies de facturation considérables, parfois supérieures à plusieurs milliers d'euros. Il peut s'agir par exemple d'une erreur de plusieurs mois sur la date de sortie induisant la valorisation à tort de plusieurs dizaines d'EXH²⁷.
- Les anomalies médicales de codage systématisées sont relativement peu fréquentes. Lorsqu'elles existent, elles demeurent « établissements dépendantes », car liées à des habitudes ou des erreurs de codage « locales ». On peut retrouver par exemple le codage d'un symptôme présent à l'entrée à la place du diagnostic de sortie. Lorsque le diagnostic de sortie est une co-morbidité classante codée en diagnostic associé significatif, le séjour est souvent classé à tort dans un GHM compliqué.
- Sur le plan médical, deux autres types d'anomalies sont extrêmement fréquentes et ont été retrouvés dans la quasi-totalité des établissements

²⁵ Règles en application des dispositions de l'article L.162-22-6 du Code de la Sécurité Sociale.

²⁶ Lettre de l'ARH PACA du 4 avril 2006.

²⁷ Lorsque la durée du séjour est supérieure à la borne haute des durées de séjour du GHM concerné fixée par l'échelle, un supplément journalier « EXH » est pris compte en plus du tarif de base. $EXH_{GHMi} = (\text{Tarif de base}_{GHMi} / DMS_{GHMi}) * 0.75$

contrôlés : une prise en charge en hospitalisation de jour²⁸ (et donc la valorisation en GHS) pour des soins qui, d'après les éléments du dossier médical, relèvent manifestement de soins externes ; la mauvaise qualité, voire l'indigence ou l'absence de dossier médical, rend souvent l'analyse impossible.

Le contrôle externe a eu lieu au CHI le 28 juin 2006, et portait sur 73 RSS (résumés de sortie standardisée) tirés au sort. Il portait au CHI sur trois types d'activité : les séjours de moins de 24h, les atypies relevées dans DATIM, et les séjours ne relevant pas d'une prise en charge par l'assurance maladie. Sur 73 RSS, 13 doivent faire l'objet d'un nouveau calcul de la facture, et deux RSS ont été jugés injustifiés.

L'intérêt de ce contrôle, a été double : d'une part, il a permis au DIM et à l'attaché du BDE de travailler réellement ensemble sur le dossier. Effectivement, concernant les contrôles effectués par le DIM sur l'exhaustivité quantitative et qualitative du codage, celui-ci les opère à partir des atypies relevées par DATIM, mais n'opère pas, faute de temps et moyens, par échantillonnage. D'autre part, il n'a le temps de rapprocher les données PMSI que de manière ponctuelle avec les données issues de la facturation. Le contrôle T2A, avec la vérification systématique des dossiers, médical et administratif, nous a permis de réaliser certains dysfonctionnements, notamment en ce qui concerne la fusion des doublons repérés, qui ne sont pas systématiquement communiqués au logiciel SIM du DIM. Par ailleurs c'est à l'issue de ce contrôle que nous avons travaillé conjointement avec le DIM sur le projet de l'infectiologie (que nous présenterons en troisième partie).

b) La problématique de la suppression du taux de conversion appliqué à la valorisation trimestrielle de l'activité des établissements de santé publics et privés :

Dans l'attente de la mise à niveau des logiciels hospitaliers en vue de la facturation directe à l'assurance maladie, un dispositif transitoire a été mis en place en 2005, que nous avons exposé plus haut, dont les principales caractéristiques sont une facturation globale de l'activité à l'assurance maladie via les ARH, prenant en compte un taux moyen de prise en charge (ou taux de conversion) et le maintien du calcul de la part restant à la charge du patient sur la base du tarif journalier de prestation. Le dispositif transitoire ayant été reconduit, il est nécessaire d'en améliorer les modalités de gestion tout en préparant le dispositif cible de facturation directe à l'assurance maladie intégrant une réforme du ticket modérateur. Ainsi les modifications envisagées consistent à supprimer le taux de conversion et le remplacer par le taux réel de prise en charge de chaque prestation ; et

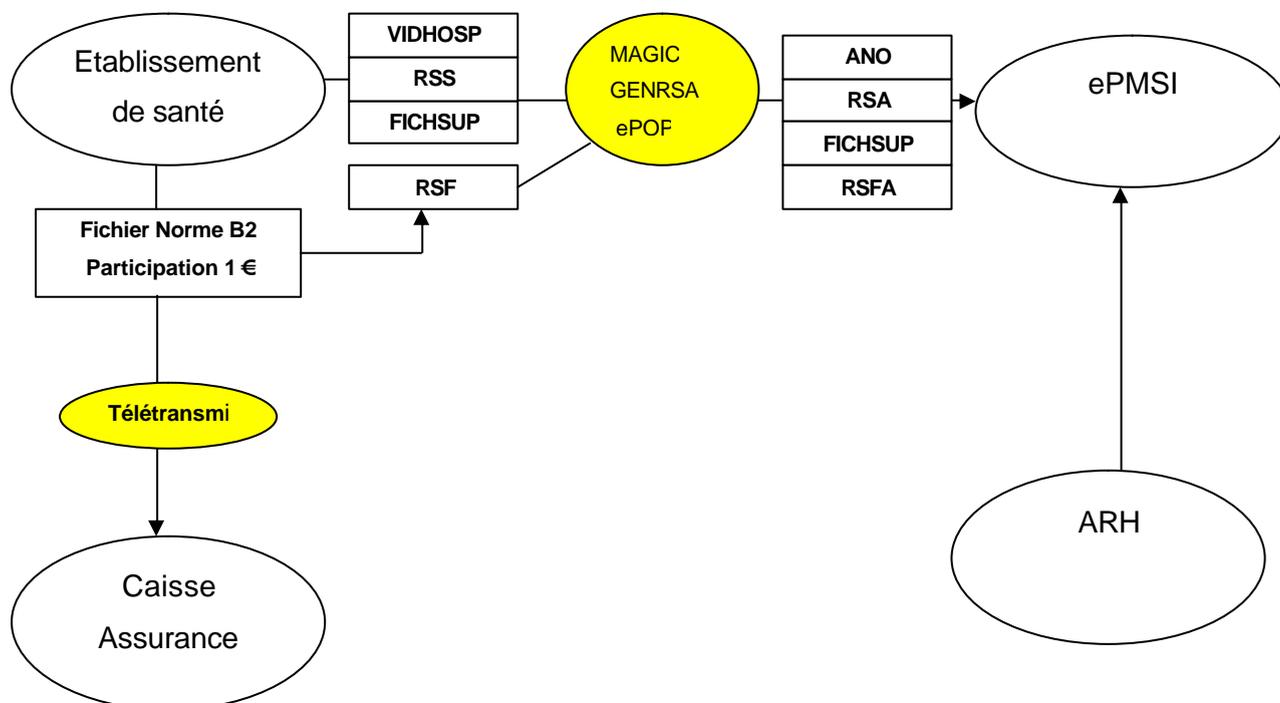
²⁸ Circulaire DHOS-F1/M72A/2006 n°376 du 31 Août 2006 relative aux conditions de facturation d'un GHS pour les prises en charge hospitalières en zone de surveillance de très courte durée ainsi que pour les prises en charge de moins d'une journée.

asseoir les recettes des établissements in fine sur le GHS. C'est l'objectif de la circulaire N° DHOS/F1/F4 2006/269 du 19 juin 2006 : « *appliquer aux données d'activité le taux réel de prise en charge du patient pour chaque acte et consultation externe et pour chaque séjour pour calculer le remboursement de la part assurance maladie, au lieu d'appliquer un taux de conversion uniforme par établissement* ».

Techniquement il s'agit **d'apparier les données médico-économiques avec les données administratives du patient**. Deux voies différentes sont retenues selon qu'il s'agit des séjours ou des actes et consultations externes :

- pour les séjours, cela revient à enrichir les informations médico-économiques sur l'activité issues du PMSI des informations administratives issues du système de facturation des établissements. C'est le fichier VID-HOSP qui doit être enrichi conformément au cahier des charges établi par le ministère.
- Pour les actes et consultations externes, l'obligation faite aux établissements de produire en 2006 des fichiers B2 afin de permettre aux caisses d'assurance maladie de prélever la participation forfaitaire de 1€ auprès des assurés. Ces deux fichiers vont permettre le recueil des informations nécessaires à la suppression du taux de conversion.

Voici présentée schématiquement l'architecture du nouveau dispositif ²⁹:



²⁹ Pour les établissements ne pouvant pas mettre en œuvre le fichier B2, ceux-ci constituent directement le fichier RSF.

Le dispositif transitoire de transmission aux ARH des données trimestrielles à valoriser est maintenu, la facturation directe des actes et consultations externes n'étant pas envisagée avant 2008. Les établissements devront transmettre leur fichier FICH-SUP pendant les trois premiers trimestres, puis transmettre des RSFA (résumés de facturation anonyme) avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2006 lors de la transmission d'octobre 2006.

Ces deux éléments de la réforme T2A montrent bien la coordination indispensable qui doit être établie entre les services du DIM, des Admissions et de la DAFC. Le rôle du DIM prend notamment une dimension prépondérante, comme centralisateur de l'ensemble des données, et se positionne naturellement, au CHI de Fréjus/St Raphaël, comme chef de mission sur l'ensemble de ce type de projets, avec comme acteurs participant au groupe de travail : le responsable des Admissions, la DAFC, et la DSIO, qui dans le cadre de l'adaptation du SIH devient centrale.

C) Rôle stratégique du SIH et problématique des interfaces : positionnement de la DSIO

a) *Description du SIH et notion de serveur d'actes :*

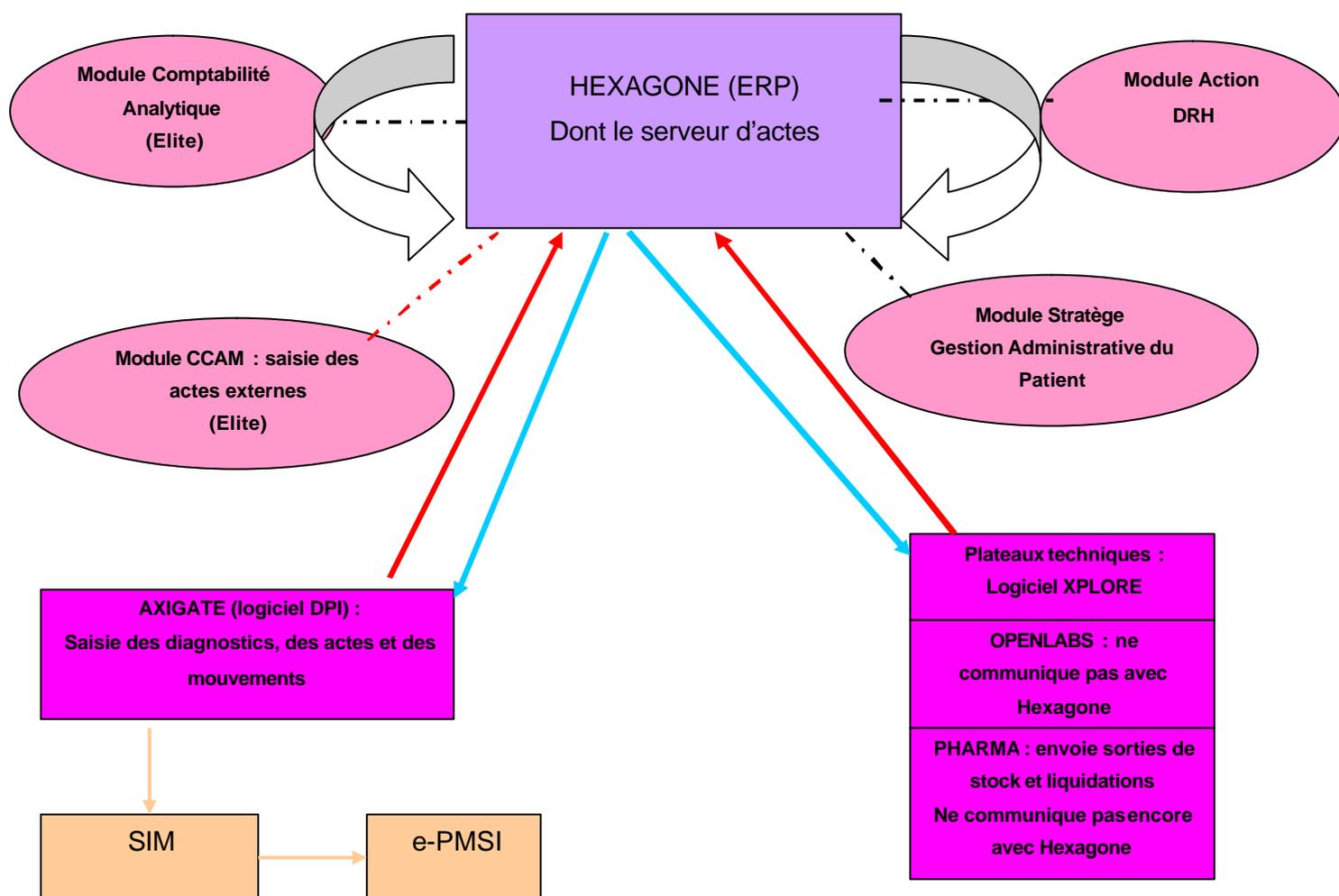
Les circuits d'information des hôpitaux ont longtemps reposé sur deux circuits distincts, cloisonnés, aux acteurs multiples. La gestion administrative des patients commençait au bureau des admissions et se terminait à la facturation après avoir ramassé « au passage » les lettres clés (NGAP). Avec la CCAM et la T2A, les informations médicales et non médicales de séjour sont de plus en plus nombreuses et imbriquées. Le financement des établissements ne dépend plus que d'un seul circuit d'information, médicalisé, intégré, fiabilisé, fonctionnant à flux tendu : le RSS est devenu facturant par son tarif, le GHS. Par conséquent, avec la CCAM et la T2A, le SIH doit assurer l'intégration des différentes applications. Ce système d'information va passer d'une gestion des données par lots à un traitement de l'information en temps réel, au fil de l'eau, pour permettre la facturation individuelle à l'assurance maladie. Dans le même temps, la facture administrative, émise sans délai défini, va laisser la place à une facture médicalisée produite dès la fin d'une hospitalisation ou d'une consultation. Une fonction transverse de contrôle et de facturation doit accompagner le dispositif.

Ainsi cet ensemble d'exigences liées aux réformes appelle à une adaptation nécessaire des SIH en ce sens. Les travaux du GMSIH ont largement exposé la configuration « cible » des SIH pour répondre à ces exigences, et s'appuient notamment sur la notion de serveur d'actes et de collecteur/répartiteur d'actes : le collecteur/répartiteur concentre les actes saisis dans les différentes sources et les répartit avec le contenu qui convient entre les différents composants correspondant aux différentes finalités. Le serveur d'actes refait un deuxième contrôle des actes déversés par le collecteur/répartiteur et va donc permettre la facturation.

Les établissements de santé vont devoir faire évoluer leur système d'information afin qu'il leur permette de faire face aux enjeux économiques, et médicaux, de demain. Du collecteur-répartiteur d'actes au concentrateur des informations médicales et non médicales de venue, le dossier résumé de venue (DRV) sera mis en place.

Au CHI de Fréjus/St Raphaël, ces recommandations ont été appliquées, mais en supprimant le deuxième niveau intermédiaire entre la saisie et le serveur d'actes, c'est à dire que le collecteur d'actes n'a pas été retenu. « Axigate » (logiciel soignant) permet la saisie des diagnostics et des actes, qui sont ensuite basculés vers « Hexagone », un progiciel de gestion intégré, qui contient un serveur d'actes.

Voici, schématiquement présenté, le SIH au CHI : le fléchage rouge décrit les transmissions d'actes CCAM ; le bleu celui des identités et mouvements.



b) La problématique des interfaces et le positionnement de la DSIO :

Par déduction, cette configuration engendre de nombreuses interfaces, qui sont appelées à augmenter prochainement avec l'achèvement de l'informatisation du laboratoire, de la pharmacie, et l'adoption d'un logiciel spécifique pour les urgences. La gestion des interfaces devient alors importante dans un système extrêmement dépendant de la qualité et l'exhaustivité du recueil de l'information. Or cette gestion est difficile pour plusieurs raisons :

- même si dès le premier schéma directeur du système d'information adopté en 1994 la Direction avait compris l'intérêt de ne pas fragmenter le SIH en de multiples logiciels métiers, et d'essayer tant que possible de limiter le nombre d'interfaces, la technicité du monde hospitalier ainsi que le marché des éditeurs actuels, ne permet pas d'atteindre de manière satisfaisante cet objectif.
- Par conséquent la multiplication des interfaces devient essentielle, mais reste source de doublons et d'erreurs. Par ailleurs, la multiplication des éditeurs, malgré un phénomène récent de rachat et de concentration, rend difficiles techniquement ces interfaces.

Par conséquent, le DSIO du CHI souhaite développer un système de « référents-utilisateurs » dans chaque service utilisateur, afin de pouvoir centraliser la demande d'interventions et d'appels à la Hotline de l'éditeur; ces référents auraient pour mission le paramétrage selon leurs critères d'utilisateurs et en relation avec la société en charge du logiciel ; ils sont également en charge de centraliser les demandes de matériel, laquelle demande est ensuite renvoyée à la DSIO.

C'est notamment sur le point du paramétrage que la DAFIC, mais également les autres Directions de l'établissement, divergent du point de vue de la DSIO : pour eux, c'est aux services informatiques d'être en relation avec les sociétés éditeurs de logiciels, et d'effectuer le paramétrage, en présence d'un agent du service utilisateur. Ils craignent que le système du « référent-utilisateur » n'entraîne un glissement de tâches de la part des techniciens informatiques vers les agents utilisateurs, et une difficulté accrue de joindre le service informatique en cas de besoin ou d'urgence.

Cette problématique pose deux pistes de solutions que nous analyserons ultérieurement : la piste de la sectorisation/déconcentration des agents de la DSIO dans les services ; mais elle pose également la question du rattachement de la DSIO à une autre direction, ou à un pôle.

2.1.2 Construction d'outils modernes pour un pilotage efficient dans un contexte T2A

Il est également important « d'organiser la prise de décision », c'est-à-dire de disposer des outils de reporting permettant le pilotage. Et sur ce point également, le découplage des services potentiellement fournisseurs d'information est indispensable.

- A) L'intérêt de tableaux de bord « évolutifs » pour répondre à la logique financière de la T2A :

Les tableaux de bord adaptés à la tarification à l'activité doivent être conçus pour favoriser la réactivité. Traditionnellement les tableaux de bord faisaient apparaître les dépenses. Dans un tableau de bord orienté « T2A », au-delà des dépenses, les recettes doivent être valorisées ; mais un autre élément essentiel doit reposer sur une analyse en termes de coûts, permis par une CAH effective dans l'établissement. Le triptyque dépenses/recettes/coût est désormais essentiel pour le pilotage des établissements.

Au-delà de cela, il est cependant important de faire remarquer que même pour la DAF, si les données financières sont importantes, elles ne doivent pas être les seules données prises en compte dans les tableaux de bord permettant le pilotage. Les nouveaux tableaux de bord doivent rechercher un équilibre en faisant apparaître d'autres axes d'analyse relatifs aux processus, à la qualité ou encore à la gestion des ressources humaines et matérielles. C'est d'ailleurs le constat partagé par la littérature spécialisée sur le sujet qui relève le même paradoxe : « *malgré le contexte de la T2A, une analyse des résultats reposant sur les seuls critères financiers conduit à une impasse. Dès lors, le gestionnaire réactif est amené à imaginer d'autres axes d'analyse et à enrichir ses tableaux de bord avec des éléments qui dépassent le cadre financier.* »³⁰ Effectivement, il semblerait que pour les établissements ayant déjà pratiqué une forme de tarification à l'activité avant l'heure (avec le point ISA pour bâtir des budgets de service comme au CH de Blois), la comparaison simple recettes/dépenses livrait peu d'enseignements. La construction exclusive de TCCM n'apporte pas non plus davantage d'explications, cela permet simplement à l'établissement de s'alerter sur un écart trop important par rapport à ce qui est considéré comme une « moyenne » fortement discutée d'ailleurs, du fait de sa représentativité. Par conséquent, un tableau de bord purement financier ne suffit pas car incomplet, et forcément tourné vers des résultats passés.

³⁰ EXPERT P., Le tableau de bord idéal : arlésienne et phénix, *Revue Hospitalière de France*, n°504, mai-juin 2005, p.48-51.

Enfin, la construction de tableaux de bord ne suffit pas à elle seule au pilotage de l'établissement. Une analyse systématique doit venir compléter le tableau de bord, qui doit servir de support à une rencontre avec les services concernés. Mais avant d'organiser cet échange autour du tableau de bord qui retrace l'activité d'un service ou pôle, son élaboration doit également faire l'objet d'une concertation. En ce qui concerne plus particulièrement les tableaux de bord de suivi de l'activité, ou encore de performance de la chaîne de facturation dont nous avons la charge, plusieurs acteurs étaient indispensables pour leur élaboration : la DAFC, le DIM, le DSIO, le BDE. D'autres acteurs, tels que la cellule qualité ou encore la DRH pourront ensuite être sollicités, mais déjà cette première étape a révélé de multiples dysfonctionnements et lacunes en matière d'organisation et de coordination des acteurs.³¹

B) L'organisation en pôles et la construction de budgets de pôles : la phase d'analyse et d'échange sur les outils de gestion :

Ces tableaux de bord, auxquels doivent participer les différents acteurs pouvant renseigner le SIH, doivent être au cœur de la démarche d'évaluation des résultats des pôles et des services. La nouvelle gouvernance, qui constitue l'un des éléments qui fondent le plan « Hôpital 2007 » a du mal à s'imposer dans les établissements de santé, et c'est aussi le cas au CHI de Fréjus/St Raphaël. Les 85 établissements qui ont été audités par la MEAH pour anticiper la nouvelle gouvernance ont montré des pratiques fort diverses. Dans ce cadre, la T2A, et les outils progressivement pensés par les établissements pour sa mise en place effective et performante, est sensée servir de ressort pour la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance.

Comme le souligne Simon BEAUDRAP, « *la contractualisation interne aux établissements de santé constitue l'aboutissement d'une démarche préalable d'information par le biais d'outils de gestion adaptés.* »³²

C'est ainsi que dans de nombreux établissements, et notamment aux Hospices Civils de Lyon, une telle démarche est déployée. La mise en place de la T2A, et la mise en place effective des pôles d'activité a été l'occasion pour les HCL de réajuster les réflexions sur l'utilisation en gestion interne des données issues du PMSI, dans un double objectif de valorisation en euros des activités des services ou des pôles et de comparaison entre les

³¹ Voir annexes 3 et 4.

³² BEAUDRAP S., *Accompagner la réforme de la tarification par le développement d'outils de gestion de la performance : le cas du CH de Dax*, Mémoire de l'ENSP 2003.

dépenses observées et prévues. Cette réflexion a ainsi abouti au calcul d'un «chiffre d'affaires » par service³³.

Au CH d'Aix³⁴, une démarche similaire est entreprise depuis déjà plusieurs années auprès des services ; une fois par an, le DIM et le contrôleur de gestion se rendent dans chaque service leur présenter leurs résultats : TCCM par service, analyse par la méthodologie des « top GHM » les plus représentatifs, ou rapportant le plus. C'est donc essentiellement la communication et l'échange avec les responsables des services autour de ces outils, et le recueil de leur opinion et réactions, qui assureront un bon pilotage. C'est cette démarche que les acteurs ont essayé d'impulser au CHI.

2.1.3 La garantie de la trésorerie des hôpitaux grâce au chantier de la télétransmission

S'agissant de ce vaste chantier, nous avons déjà fait remarquer son importance au regard à la fois de la fluidité de la facturation et de l'encaissement souhaité à travers la facturation directe individuelle, mais aussi au regard de la problématique de la suppression des taux de conversion, même si la mise en place effective de la B2 n'est pas indispensable, puisque le cahier des charges relatif à la suppression du taux de conversion précise que les établissements ne pouvant pas mettre en œuvre le fichier norme B2 pourront constituer directement le fichier de RSF ; elle est tout de même fortement conseillée pour faciliter la création de RSF.

Là encore, le partenariat DAFC (avec le représentant du BDE) DIM et DSIO est incontournable pour mener à bien ce chantier.³⁵

A) Contenu et déroulement cible de la télétransmission :

Les flux d'information entre les établissements de santé anciennement sous dotation globale et l'assurance maladie obligatoire sont actuellement relativement limités. Ils consistent en :

- L'envoi « d'informations de séjour » (sous forme de bande magnétique jusqu'à peu au CHI, désormais sous forme de fichiers) destinées à permettre à

³³ COURAY-TARGE S., PRADAT E., GANNE C., SELLERET F-X, « Les recettes par service », *Gestions Hospitalières*, novembre 2005, p.695 – 698.

³⁴ Entretien avec la contrôleur de gestion et présentation de la méthode à Hôpital Expo 2006.

³⁵ Nous n'évoquons ici que les acteurs internes à l'établissement ; il va sans dire que le chantier de la B2 implique fortement des acteurs externes indispensables comme l'AM et la DGCP dont nous parlerons ultérieurement.

l'assurance maladie d'effectuer une répartition a posteriori entre les caisses d'affiliation des flux financiers versée par la caisse-pivot.

- La facturation des médicaments dispensés dans le cadre de la rétrocession et celle des soins délivrés aux bénéficiaires de la CMU, aux bénéficiaires de l'AME ou aux assurés migrants.

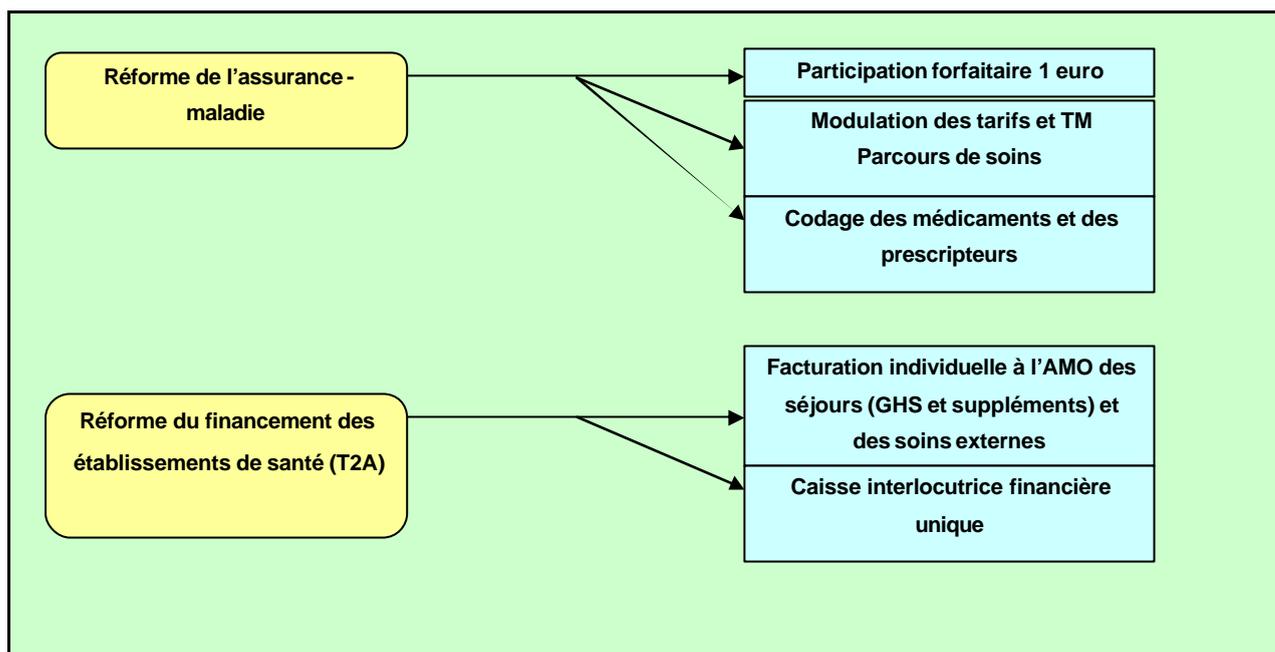
Ces derniers flux ont fait l'objet d'une démarche nationale de dématérialisation sur la base de normes d'échange dites « B-2 Noémie » prévues initialement pour les flux de facturation des cliniques et étendues dans un second temps aux échanges avec les EPS. Cette démarche s'est traduite en 2003 par un protocole d'accord entre la caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS), la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), la direction de la sécurité sociale (DSS) et la direction générale de la comptabilité publique (DGCP) ; une circulaire interministérielle est parue le 28 avril 2003 à ce sujet.

Cependant le résultat est encore largement insuffisant, puisque moins de 50% des établissements publics de santé MCO, (et le CHI en fait partie) sont aujourd'hui en mesure de produire des flux de facturation dématérialisés à destination de la caisse primaire d'assurance maladie (la caisse-pivot) de leur lieu d'implantation.

Or l'application de la loi du 13 août 2004 sur l'assurance maladie (notamment la participation forfaitaire d'un euro) et la perspective de la facturation directe des soins hospitaliers dans le cadre de la tarification à l'activité ont pour préalable la généralisation de la télétransmission et la migration vers une nouvelle infrastructure technique d'échanges par messagerie sécurisée.³⁶

Voici schématiquement représentés les principaux chantiers en cours dans le cadre du projet dématérialisation :

³⁶ Circulaire DH05/E3 n°2005-578 du 27 décembre 2005 relative à la généralisation de la télétransmission vers les caisses d'assurance maladie et l'adaptation des systèmes d'information des établissements de santé mentionnés aux a, b, c de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale aux dispositions portées par la loi du 13 Août 2004 relative à l'assurance maladie.



Source : MAINH

Ce nouveau contexte a amené les partenaires signataires (DHOS, DSS, DGCP, CNAMTS) à faire évoluer le protocole national de télétransmission dont une nouvelle version sera diffusée prochainement.

La facturation directe à l'assurance maladie ayant été à nouveau repoussée à 2008 pour les consultations externes et 2009 pour les séjours, la généralisation de la télétransmission sécurisée doit intervenir en 2006. Le plan de généralisation concerne :

- Pour les établissements déjà en télétransmission avec le régime général, la migration de leurs échanges vers la nouvelle infrastructure de messagerie sécurisée.
- Pour les établissements du champ MCO non télétransmetteurs (le cas du CHI), la mise en œuvre d'une démarche de dématérialisation des échanges par messagerie sécurisée pour la facturation des titres de recettes.
- Pour l'ensemble des établissements la mise à niveau des logiciels de facturation pour supporter les nouvelles réglementations et assurer la remontée des informations « un euro » ; l'alimentation des formats modifiés de la norme d'échange B2 (version 2003 et/ou 2005) vers l'assurance maladie tenant compte du parcours de soins coordonné ; l'alimentation des formats modifiés de la norme d'échange B2 (version 2005 uniquement) vers l'assurance maladie tenant compte du codage des médicaments rétrocedés.

L'analyse des difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre du protocole national actuel de dématérialisation a conduit la DHOS et l'assurance maladie à organiser une démarche obligatoire de tests, dont l'objectif est de prévenir en amont les problèmes techniques de transmission et d'assurer une qualité optimale des flux transmis.

La réunion organisée par la CPAM de Toulon en date 4 mai 2006 et réunissant l'ensemble des établissements du Var, a permis de relancer le projet dématérialisation au CHI de Fréjus/St Raphaël.

B) Organisation d'un groupe de travail au CHI pour la mise en place du projet dématérialisation :

Au CHI de Fréjus/St Raphaël, la télétransmission est reconnue comme une priorité; cependant, malgré différentes réunions entre la Direction et la Trésorerie, aucun groupe de travail opérationnel ne s'est réellement mis en place jusqu'à présent à ce sujet.

Cependant, la clôture difficile de l'exercice 2005 a remis ce sujet à l'ordre du jour, et c'est lors de réunions avec la TP afin de rendre compte des différences entre les deux comptabilités que le trésorier a à nouveau insisté sur l'intérêt pour le recouvrement des recettes et la garantie de la trésorerie de l'établissement, de mettre en place la dématérialisation.

Suite à cela, a eu lieu la réunion organisée par la CPAM de Toulon et réunissant l'ensemble des établissements du Var. Le nouveau calendrier du chantier a été annoncé, avec les nouvelles dates de mise en œuvre de la facturation individuelle directe à l'assurance maladie. Ainsi, le nouveau cahier des charges de la dématérialisation est annoncé pour août 2006 ; cependant aujourd'hui, la société Agfa a prévenu qu'ils ne seraient prêts pour le nouveau format qu'à compter de décembre ; à partir de là sera lancé le chantier dans les établissements, avec priorité à ceux ayant déjà la B2 version février 2004. C'est aux éditeurs donc au préalable, d'obtenir l'homologation. Effectivement, ce contrôle permet l'obtention par l'établissement du certificat qualité (deuxième phase du processus), phase indispensable pour la suite du chantier.

Lors de cette réunion, le CH d'Hyères a d'ailleurs souligné l'importance pour les établissements de santé, et en particulier pour la gestion de la trésorerie, de mettre en place cette dématérialisation avec succès.

Depuis cette réunion, la DAFC, la DSIO et le DIM se sont réunis à ce sujet, afin de suivre l'évolution du projet. Ce groupe de travail a commencé d'ailleurs à réfléchir sur d'autres problématiques proches : le contrôle T2A et la coordination DIM/BDE à ce sujet ; la facturation directe et son organisation ; la suppression des taux de conversion.

Un début de partenariat efficace à travers ce projet moteur de la B2 se met en place, qu'il convient d'organiser pour sa pérennisation.

2.2 Propositions de réorganisation au niveau managérial: pour un pilotage cohérent et effectif de la chaîne de facturation

Après avoir vu les justifications à un partenariat accru entre les acteurs en présence (DAFC, DIM, DSIO, BDE), il convient désormais d'analyser l'organisation actuelle au CHI pour le pilotage et quelles propositions adaptées nous pouvons proposer afin de mener correctement le projet de réorganisation du BDE/EXT/URG.

2.2.1 Un pilotage « naissant » au CHI de Fréjus/St Raphaël

Comme nous l'avons déjà rappelé, le pilotage des EPS, et notamment en matière financière, devient un réel enjeu qui impose une modernisation des outils de gestion/reporting.

Au CHI, des réflexions émergent sur les conditions à réunir pour un pilotage efficace de l'établissement, mais qui restent encore trop liées à la thématique de la nouvelle gouvernance. Par conséquent, le découpage en pôles étant problématique, la question du pilotage stagne.

L'analyse étant circonscrite à l'organisation actuelle de la DAFC en interne (DAFC elle-même et relations avec ses interlocuteurs intra-hospitaliers) et en externe (partenariats avec l'AM et la TP), il conviendra d'étudier dans un premier temps l'organisation générale du pilotage au CHI en matière financière, avant de parler plus précisément de deux acteurs clés en matière de pilotage : l'ingénieur qualité et le contrôleur de gestion.

A) Organisation de la DAFC au CHI :

La Direction des Affaires Financières et de la Clientèle comporte trois grands domaines de compétence³⁷ :

- **les services financiers**, sous l'égide d'un attaché d'administration, et avec la collaboration du contrôleur de gestion ; ces services s'occupent essentiellement des questions budgétaires, de l'élaboration de l'EPRD, du suivi de l'activité et des recettes, du mandatement, et de la mise en place de la CAH.
- **les services de « gestion des patients »**, sous l'égide d'un attaché d'administration également, qui dispose d'un adjoint des cadres pour le volet « bureau des patients » (admissions, consultations externes et régie) et d'un

³⁷ Voir annexe 9.

cadre socio-éducatif pour le service social (MCO, psychiatrie, gérontologie, PASS et planning-familial).

- **les services liés à la clientèle/qualité**, avec une cellule qualité sous l'égide d'un ingénieur en charge de la certification, la CRUQ et la gestion documentaire ; le contentieux - patients est directement géré par le secrétariat du Directeur adjoint.

L'analyse devait porter essentiellement sur le deuxième domaine de compétence de la DAFC et en particulier sur le volet « bureau des patients » ; mais une réflexion sur la chaîne de facturation au sens « processus » du terme, dans un contexte T2A, ne peut pas être traitée sans une réflexion sur le suivi des recettes et son organisation.

De ce dernier point de vue, il s'agissait d'observer la manière dont s'organisait le management de la DAFC, et comment s'organisait le suivi de la facturation, du recouvrement et donc de l'encaissement des recettes, du suivi de l'activité.

A ce propos, plusieurs constats peuvent être posés :

- les services financiers, en charge principalement du suivi des recettes et de l'activité, travaillent de manière relativement conjointe avec les services de « gestion des patients » et avec le DIM. Cependant, il n'y a aucune « formalisation » de ce partenariat entre ces services : et les outils de reporting, en dehors de ceux fournis par les données de la TP, restent ponctuels.
- S'agissant des relations entre les services du DIM et de la DAFC, la mise en place de la T2A a été un moteur, et la DAFC a été à l'origine de l'élaboration du tableau de bord mensuel, effectué par le DIM, et qui retrace les « recettes par service » ; ce tableau de bord a été pensé conjointement avec les services financiers, ainsi qu'avec le contrôleur de gestion.³⁸ Cependant, les rencontres DIM/DAFC pour la phase importante d'analyse de la situation financière, restent circonscrites à la communication de l'outil FICHSUP.
- Les relations entre les services du DIM et les services de gestion du patient-facturation restent sporadiques, mais se développent du fait de la réglementation actuelle : contrôle T2A, suppression des taux de conversion.
- Enfin, l'analyse strictement financière (données d'activité, suivi des recettes, mais aussi suivi des grands équilibres bilantiels) reste circonscrite à deux acteurs : le DAFC et l'attaché d'administration des services financiers. Là encore, l'EPRD et son suivi quadrimestriel ont impulsé une nouvelle

³⁸ Annexe 4.

dynamique au CHI, et surtout une exigence de communication attendue par l'établissement de la part de la DAFC.

En conclusion, le diagnostic que l'on peut poser sur l'organisation du management financier de la DAFC peut être le suivant : les acteurs sont motivés et dynamiques chacun dans leur secteur, et semblent prêts à travailler ensemble. Cependant, le manque de structures d'échange est indéniable, et ce manque freine la réflexion autour d'outils de gestion et de reporting avant leur mise en place effective permettant l'échange et l'impulsion de projets d'ambition.

Par conséquent, afin de construire des outils pertinents et utiles permettant un pilotage effectif de l'établissement, le CHI a fait le choix d'investir des acteurs « transversaux » de cette mission de « fournisseurs d'informations » pour l'ensemble de l'établissement à partir de l'exploitation du SIH : il s'agit de l'ingénieur qualité et du contrôleur de gestion.

B) Les acteurs transversaux en matière d'exploitation de l'information pour l'aide à la décision :

Effectivement, deux acteurs, apparaissant dans l'organigramme de la DAFC et gérés directement par le directeur des finances, mais rattachés théoriquement à la Direction Générale, ont pour mission l'exploitation des données issues du SIH dans un but d'aide à la prise de décision, et donc de pilotage de l'établissement : il s'agit de l'ingénieur qualité et du contrôleur de gestion. Ces deux acteurs fournissent donc l'information aux acteurs/services demandeurs/clients.

L'ingénieur qualité, qui organise la « cellule qualité », constitue principalement une ressource méthodologique aux services demandeurs en matière de gestion de projets.

Dans la même logique, le contrôleur de gestion, recruté en février 2005, a pour mission la mise à disposition des services, donc des futurs pôles et dans la perspective de la contractualisation interne et des budgets par pôle, d'une analyse en termes de recettes/dépenses/coûts pour l'ensemble de l'établissement dans un premier temps, puis pour chaque service/pôle selon l'avancée de la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance dans l'établissement.

En dehors de la difficulté technique rencontrée par ce dernier³⁹, ce choix d'agents « autonomes » transversaux ne semble pas optimal à plusieurs égards en ce qui concerne le CHI :

³⁹ CAH rudimentaire mise en place dans l'établissement face à des projets très ambitieux pour l'année 2006 : participation à la base d'Angers, participation au chantier de la MEAH en matière de CAH ; expérimentation sur le pôle des maladies de l'appareil digestif d'une étude par coûts/recettes/dépenses.

- le fait pour ces acteurs de dépendre théoriquement de la Direction générale les place dans une situation délicate : s'agissant à la fois de l'ingénieur qualité mais surtout du contrôleur de gestion, leur positionnement reste flou pour le reste de l'établissement.
- ce positionnement « autonome », et la technicité de ces domaines, surtout en ce qui concerne le contrôleur de gestion, ne facilitent pas la communication auprès des autres services.
- Enfin, au regard de l'actualité dans ces deux champs de compétences, ces cellules « uni-personnelles » sont largement insuffisantes au regard des objectifs qui leurs sont assignés.

Là encore, des propositions seront formulées afin d'optimiser le travail de ces deux acteurs, en les réintégrant dans une nouvelle organisation.

2.2.2 Propositions de refonte de l'organigramme de la DAFC et mise en place d'instances de pilotage

Face à ces différents constats, trois séries de préconisations peuvent être proposées pour l'optimisation du management des services dépendant ou travaillant étroitement avec la DAFC, avec une gradation décroissante dans l'ambition des projets : ainsi la première série de propositions paraît ambitieuse et exhaustive dans les problèmes qu'elle tente de résoudre, mais irréaliste à l'heure actuelle. La deuxième piste de proposition est réalisable, mais appelle à un fort engagement de la Direction et demande une forte communication auprès des services. Enfin, la troisième piste de préconisations peut être mise en place dès aujourd'hui, et la communication a d'ailleurs déjà commencé autour des différents projets qu'elle recouvre afin que leur mise en œuvre soit effective pour l'année 2007.

- A) Proposition de création d'une « Direction de l'information médicale, de la facturation et du contrôle de gestion » sous l'égide du DIM : pertinence, intérêt et configuration :

Effectivement, cette organisation peut apparaître séduisante, au regard de l'actualité réglementaire liée à la mise en œuvre de la T2A que nous avons déjà exposée, et en particulier par rapport à l'alimentation du nouveau fichier VIDHOSP, sensé apparier les données médico-économiques issues du PMSI et les données administratives issues de la facturation. Elle traduit et répond aux exigences de la nouvelle configuration de la chaîne de facturation dans le contexte T2A, mais elle place clairement et sans ambiguïté le DIM comme responsable du processus de production des séjours jusqu'à leur

facturation, en accord avec le nouveau rôle qu'acquiert celui-ci dans un contexte T2A. C'est d'ailleurs l'organisation qui a été mise en place à la Polyclinique de Notre Dame.

Ainsi, dans l'organigramme actuel présenté en annexe de la DAFC, le DIM récupère sous sa supervision directe le contrôleur de gestion afin de pouvoir organiser un suivi cohérent alliant valorisation de l'activité (recettes) effectué par le DIM et suivi et analyse en termes de coûts. Le volet « gestion des patients » ferait l'objet d'une compétence partagée entre le DIM et la DAFC : la DAFC conserve la gestion administrative du patient, l'organisation des services d'admission, la facturation et le contentieux ; le DIM organise les modalités de contrôle de la facturation et gère l'alimentation du fichier VIDHOSP.⁴⁰

Les trois avantages principaux de cette organisation, au regard des difficultés observées au CHI sont donc les suivants :

- Une organisation qui permet un partenariat clair, objectivé via une gestion de projets interdépendante, et facilité entre le DIM, la DAFC et le contrôle de gestion, permettant l'élaboration de tableaux de bord et une analyse tripartite recettes/dépenses/coûts.
- Une organisation qui pose le partenariat DIM/Bureau des admissions, assurant la bonne gestion du projet facturation directe à l'AM des séjours et consultations.
- Dans le contexte du CHI où l'équipe de direction est assez réduite⁴¹, la DAFC gère un domaine de compétences très vaste, transversal et subissant des réformes complexes. Cette configuration lui permet donc de se concentrer sur l'EPRD et son suivi ainsi que sur l'activité qualitative.

Cependant, cette configuration en actant officiellement le nouveau positionnement indéniable du DIM dans la sphère « administrative » de la gestion de l'hôpital, rend cette proposition irréaliste dans le contexte local : ce nouveau positionnement du DIM peut paraître culturellement pour la communauté médicale et pour lui-même choquant, et stratégiquement pour l'administration et la DAFC non optimal.

Si cette analyse vaut pour le CHI de Fréjus/St Raphaël, d'autres établissements ont néanmoins fait ce choix de placer le DIM à la tête d'une direction ou pôle « DIM/facturation/recettes » : c'est notamment le choix qui a été opéré par le CHU de Bordeaux.⁴² Au CH de St Denis⁴³, le DIM est davantage dans une logique financière que

⁴⁰ Voir annexe 10 : nouvel organigramme proposé.

⁴¹ Directeur général, directeur aux affaires financières et clientèle, direction des affaires générales et des travaux, direction des ressources humaines, direction des services logistiques, direction des services informatiques et de l'organisation, direction des soins.

⁴² CAUHAUPE J., *op.cit.*

le DIM du CHI, puisqu'il indique se retrouver complètement dans une configuration où le DIM a un total droit de regard et surtout de contrôle sur la facturation, sur l'activité et sa valorisation.

Ce n'est cependant pas l'opinion du DIM du CHI de Fréjus/St Raphaël, qui ne se considère pas du tout comme un « administratif »⁴⁴, et qui ajoute que s'il participe effectivement à la chaîne de facturation entendue en termes de processus de production des séjours dans sa globalité, il n'est pas un gestionnaire et ne partage que partiellement une logique financière. Lors de cet entretien, le DIM a d'ailleurs fait part de son opposition à faire partie d'un pôle dans lequel serait partie prenante la D AFC, même s'il reconnaît la logique de cette organisation.

Par conséquent, cette hypothèse séduisante est inopérable au CHI : il conviendra cependant de s'en inspirer au moment du découpage en pôles, et de proposer dans ce cadre là un pôle « production et exploitation du SIH » regroupant le DIM, la DSIO et le contrôle de gestion, configuration à la quelle ces trois acteurs semblaient adhérer pleinement lors des entretiens.

B) Propositions pour le rapprochement entre la D AFC et la DSIO :

Comme nous l'avons déjà expliqué, la T2A et son déploiement actuel entraînent progressivement une évolution des rôles et des fonctions des acteurs, et en particulier de la D AFC, le DIM et le DSIO. La mise en synergie de ces trois services devient indispensable afin de repositionner les fonctions financières et médicales au sein d'une démarche institutionnelle coordonnée.

Dans ce cadre, « *le responsable du système d'information 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.* »⁴⁵ Ainsi dans une configuration où l'ensemble des services dépend fortement de la performance du SIH, la DSIO devient une direction transversale et stratégique.

Si le partenariat DIM/D AFC/DSIO fonctionne relativement bien au CHI, le partenariat DSIO/ Bureau des admissions est beaucoup plus difficile, du fait de l'inégalité de la relation « client/fournisseur » inhérente à ces deux services. De plus, les problèmes techniques liés à la mise en place d'Hexagone aboutissant à une clôture très difficile et

⁴³ Accompagnement d'un auditeur MEAH dans le cadre du chantier « Amélioration du recouvrement des produits hospitaliers ».

⁴⁴ Entretien avec le DIM.

⁴⁵ PFEIFFER M. et MADELMONT F., « Refondre la chaîne de facturation dans un contexte T2A », n°508, janvier-février 2006.

tardive de l'exercice 2005, et le retard dans l'avancement du projet B2, ont cristallisé les oppositions entre ces deux services.

Les services informatiques au CHI étaient auparavant rattachés à la DAGT, et cela jusqu'à il y a peu. Face à la complexité de l'actualité du SIH, le chef d'établissement a décidé en 2004-2005 la création d'une véritable direction sous l'égide de l'ingénieur informatique de l'établissement. De ce fait, la DSIO étant encore en cours de structuration, celle-ci reste encore largement dans une relation de « clients-fournisseurs » vis-à-vis des autres services.

Pourtant, le rapprochement DSIO/ bureau des admissions via la DAFC est indispensable afin d'assurer une configuration du SIH pertinente dans un cadre T2A ; la répartition des tâches serait la suivante : la DAFC édicte les règles de facturation et veille à la coordination des différents acteurs, la DSIO est chargée du dossier de la refonte du SIH dont l'un des axes principaux est l'adaptation aux nouvelles exigences tarifaires ; et le DIM voit s'accroître son rôle d'interface entre les services de soins et la DAFC.

Dans ce cadre, le DSIO a essayé de structurer ses relations avec les autres services par la désignation de référents utilisateurs, sans succès.

Ce contexte spécifique fait donc obstacle à l'hypothèse d'un rattachement de la DSIO à la DAFC, ou même l'intégration de la DSIO à un pôle dirigé par la DAFC. Cependant cette logique de « clients-fournisseurs » a servi de base à la réflexion autour d'une solution alternative. Effectivement, plusieurs services se trouvent dans cette position de « fournisseurs » de services et d'information à l'égard des services cliniques mais également administratifs : il s'agit de la DSIO, mais aussi du DIM, de la Cellule qualité et du contrôleur de gestion (même si celui-ci ne remplit pour l'instant pas cette fonction). Que ce soit en matière d'apport d'information, de maintenance informatique, de formation ou d'aide méthodologique, ces services ont pour point commun d'être transversaux à l'établissement, et d'être en quelque sorte « prestataires de service » vis-à-vis des futurs pôles.

Dans le cadre de la nouvelle gouvernance, ces services fournisseurs pourraient former une « business unit » selon le DSIO, au sens « *d'entité logique qui doit avoir sa propre structure et organisation et dont l'objectif est l'amélioration de la productivité des services auxquelles elle rend des prestations* ». Par conséquent, et en application du principe de « déconcentration »⁴⁶ qui est prôné par la nouvelle gouvernance, le CHI pourrait envisager l'hypothèse d'une déconcentration de la DSIO dans l'ensemble de l'établissement, dans une logique d'implantation dans chaque pôle d'une ligne BDE/RUM-DIM/facturation/agent SIH à l'image des exigences du circuit global de la facturation.

⁴⁶ DHOS, *Présentation de la réforme de la gouvernance hospitalière*, Juillet 2006.

C) Management, organisation et gestion de projet au sein de la DAFC

S'agissant du management particulier de la DAFC, la réorganisation de la chaîne de facturation, au-delà de l'aspect technique, revêt forcément une dimension managériale à organiser. L'implication du chef d'établissement est importante en termes de crédibilité et de communication du projet, car comme nous l'avons déjà évoqué, l'un des enjeux de cette réorganisation est également de « redorer l'image du BDE »,⁴⁷ auprès de l'ensemble des services.

Cependant en amont, il est important qu'au-delà des changements « techniques » et touchant les agents opérationnels, soient organisées des « cellules techniques » d'analyse et d'expertise au sein de la DAFC, afin de suivre au mieux les champs de compétence de celle-ci : la création de deux « cellules techniques » et d'une « cellule de pilotage » interne à la DAFC est donc proposée⁴⁸.

a) *La cellule recettes :*

Contexte : Cette cellule recettes réunirait l'attaché d'administration des services financiers ainsi que l'adjoint des cadres, l'attaché d'administration de la gestion des patients et l'adjoint des cadres, le DAFC. Dans la phase de création et d'impulsion de cette cellule, l'EDH était désigné comme chef de projet, chargé de donner ses missions à cette cellule, et d'en déterminer les premiers axes de travail.

Objectif : la principale mission de cette cellule est de mettre en perspective les données de facturation avec les données financières, afin de suivre l'encaissement effectif des recettes. Cette cellule analyse donc les points forts/faibles du CHI, et pense les améliorations à apporter. Par ailleurs, la volonté du DAFC étant de moins « subir » les réunions mensuelles avec la TP, l'un des objectifs de cette cellule est également de faire le point sur les problèmes pointés par la TP et les solutions à apporter, mais également d'être plus actifs.

Thématiques en cours : la création de cette cellule a été lancée, qui comporte trois grands axes de travail. Premièrement, l'élection d'indicateurs pertinents afin d'élaborer des tableaux internes à la DAFC, autres que ceux fournis par la TP grâce à l'outil Oregon, afin de suivre la performance de la chaîne de facturation. La cellule s'est donc réunie une première fois afin de déterminer un certain nombre d'indicateurs. La deuxième réunion a posé le choix sur les indicateurs les plus réalisables et pertinents. A compter de septembre, ces indicateurs doivent être renseignés, pour une présentation des premiers résultats et une évaluation de la pertinence des indicateurs retenus en octobre.

⁴⁷ Entretien avec le DAFC.

⁴⁸ Une fiche projet par cellule est jointe en annexes : voir annexes 5, 6 et 7.

Deuxièmement, l'élaboration d'une Convention avec la TP. Une ébauche de convention sera soumise à la cellule recettes début octobre pour discussion et validation. Cette convention sera ensuite présentée à la TP pour discussion et validation courant octobre. Enfin le troisième axe de la cellule recettes est l'amélioration de la politique de recouvrement et d'apurement des créances irrécouvrables : à la clôture de l'exercice 2005, le montant de ces créances de l'espèce à mandater par l'établissement s'élève à 0.922 M€. Or, comme le constate le rapport du comptable, aucun montant de créances irrécouvrables n'a été imputé en charge budgétaire depuis l'année 2001. Aucune provision n'a non plus été inscrite depuis cette date pour compenser la dépréciation patente des comptes des redevables. Par conséquent, « *cette situation est très défavorable à l'hôpital car à l'évidence, les titres de recettes comptabilisés comme des produits certains ne le sont pas et en conséquence, ces montants, imputés dans l'actif du bilan comme des créances potentielles du CHI sur des débiteurs divers, n'ont en réalité aucun sens économique concret* ». ⁴⁹ La cellule recettes aura donc pour mission de réfléchir aux améliorations à apporter en ce sens, à les valider et à mettre en œuvre dès l'année 2007.

b) *La cellule contrôle de gestion et exploitation du SIH :*

Contexte : l'activité contrôle de gestion est récente au CHI, depuis le recrutement d'un contrôleur de gestion en février 2005. Le caractère « unipersonnel » de cette activité, dont les limites ont déjà été présentées, a freiné son développement dans l'enceinte du CHI. Il convient donc de la développer par un soutien institutionnel plus fort (rattachement direct à la DAFC) et un partenariat plus étroit avec le DIM en particulier. Par conséquent, il est proposé, dans ce cadre, la création d'une cellule contrôle de gestion réunissant le DAFC, le DIM, le DSIO et le contrôleur de gestion.

Objectifs : une première réunion a été provoquée en ce sens le 15 mai 2006. Ont été présentés les objectifs pour l'année 2006 assignés à cette activité : participation à la base d'Angers, élaboration d'ici le mois de septembre d'un TCCM pour l'établissement, afin de démarrer la mise en place de la CAH avant le démarrage du chantier MEAH « déploiement de la CAH » auquel participe le CHI à compter de septembre. Enfin, une méthodologie ⁵⁰ a été proposée afin d'expérimenter l'élaboration et la proposition de tableaux de bord sur la base des données PMSI sur le seul pôle existant actuellement au CHI : le pôle des maladies de l'appareil digestif. Si les deux premiers axes avancent progressivement au CHI, la troisième thématique reste au stade 0, du fait du statu quo actuel sur les pôles au CHI.

⁴⁹ Rapport du comptable pour l'exercice 2005 établi par le Trésorier de Fréjus.

⁵⁰ Cf annexe 4.

Thématiques en cours : la cellule contrôle de gestion s'est réunie à deux reprises depuis afin de valider les Unités d'œuvre proposées par le contrôleur de gestion, et afin de prendre également des orientations s'agissant de l'actualisation du fichier commun de structure. Par ailleurs, il est proposé pour la suite du chantier, dès l'année 2007, la poursuite du travail sur le pôle, avec un travail conjoint contrôleur de gestion/DIM sur les tableaux de bord à présenter au coordonnateur du pôle. L'objectif étant pour 2007 la généralisation de ces tableaux de bord pour l'ensemble des pôles qui devraient être constitués à compter de janvier 2007, et l'organisation de visites par le binôme DIM/contrôleur de gestion dans chaque pôle afin d'échanger autour des tableaux de bord et de recueillir les demandes des coordonnateurs en la matière afin de les compléter. Nous précisons que cette démarche a été inspirée par l'expérience du CH du Pays d'Aix. L'absence de réflexion actuelle sur les pôles au CHI a cependant freiné ce chantier pour l'année 2006.

c) *La cellule de pilotage interne à la DAFC :*

Contexte : dans le contexte T2A et EPRD, nous avons déjà insisté sur l'importance de la mise en perspective entre les dépenses/les recettes/et les coûts générés par l'établissement. Or ces trois volets sont actuellement cloisonnés, et ne font pas l'objet d'une analyse conjointe et comparative.

Objectifs : Après avoir mené des entretiens auprès des différents acteurs, la nécessité de la création de cette cellule de pilotage est apparue incontournable. Par conséquent, la création de cette cellule, qui réunirait le DAFC, le DIM, l'attaché d'administration aux services financiers (représentant la cellule recettes) et le contrôleur de gestion (représentant la cellule contrôle de gestion), permettrait cette triple mise en perspective, et favorise l'analyse prospective.

Déroulement : lors de la transmission de FICHSUP (trimestriellement) se réunissent actuellement le DAFC et le DIM afin de commenter les données d'activité ainsi transmises. Cette réunion trimestrielle pourrait donc être l'occasion de la réunion de la cellule de pilotage (qui remplace donc cette rencontre bilatérale) et lors de laquelle seraient présentées les données d'activité du DIM traditionnellement présentées dans le cadre de FICHSUP, mais également les données facturation issues des tableaux de bord élaborés par la cellule recettes, et les données issues de la comptabilité analytique des tableaux de bord tenus par le contrôleur de gestion. Il incombera au chef d'établissement de valider les orientations retenues et de les présenter lors des Réunions de directions retreintes (cadres de direction), des RMA, et des instances.

Cette réorganisation managériale est donc un travail de longue haleine, qui appelle à un important plan de communication. Par ailleurs, un appui en termes d'expertise, de la part notamment de partenaires extérieurs au CHI, doit être recherché.

2.3 Décloisonnement de l'hôpital et conclusion de partenariats avec la Trésorerie et la CPAM du Var

La vague de réformes actuelles touchant le financement et l'organisation des EPS modifient de manière importante le positionnement des acteurs/partenaires des EPS dans le système de santé. Par ailleurs, la complexité de ces réformes amène les EPS à recourir davantage à leurs partenaires afin de mener les changements demandés de manière coordonnée. C'est l'objet des deux développements qui vont suivre, et qui concernent deux partenaires incontournables des EPS dans le cadre de la T2A : le Trésor Public et l'Assurance Maladie.

2.3.1 Communication et suivi du recouvrement des recettes avec la Trésorerie

- A) Principes et pertinence de la séparation ordonnateur-comptable dans le cadre de la T2A :

Du fait de son statut d'établissement public, l'hôpital obéit au principe de séparation ordonnateur-comptable. Ce principe impose la tenue d'une comptabilité administrative, par l'ordonnateur, et d'une comptabilité générale, par le comptable, et une répartition des tâches entre ces deux acteurs dont les modalités sont fixées par le décret du 29 décembre 1962 portant règlement général de la comptabilité publique (RGCP), quelle que soit l'organisation retenue, c'est-à-dire comptable du Trésor ou agent comptable.

Lors des réunions du groupe 4 du plan Hôpital 2007, les relations entre l'ordonnateur et le comptable ont été évoquées et rejoignent les récents rapports sur l'hôpital, convergent sur la nécessité d'assouplir les règles de gestion. Effectivement, la mise en place de la tarification à l'activité et le passage d'un budget limitatif à un EPRD rendent urgente la mise en œuvre de simplifications permettant d'améliorer la gestion des établissements, et particulièrement sa capacité à réagir aux variations d'activité. Dans ce contexte, deux séries de mesures ont été envisagées :

- des mesures spécifiques à l'ordonnateur qui doivent être envisagées quel que soit le statut retenu pour le comptable et dont nous retiendrons certaines orientations dans la 3^{ème} partie.
- Des mesures relatives à l'organisation des relations ordonnateur-comptable. Deux solutions avaient été proposées : la première solution consistait en la création d'agences comptables au sein des hôpitaux publics, agences qui seraient substituées au réseau actuel des comptables du Trésor Public. Mais cette hypothèse n'a pas été retenue, car cela implique une réforme lourde concernant 5590 agents, et concomitante avec deux autres réformes importantes (T2A et nouvelle gouvernance). C'est donc la deuxième solution qui a été retenue, et qui consiste à conserver le cadre actuel avec la

suggestion de développer les procédures visant à simplifier les relations (dématérialisation des échanges, simplification des procédures de mandatement...); la formalisation/structuration de cette modernisation s'appuyant sur l'élaboration d'une convention.

Néanmoins, on peut regretter que la première solution n'ait pas été retenue. Le Trésorier du CHI de Fréjus/St Raphaël ne comprend pas non plus la mise à l'écart de cette importante réforme, qui pour lui devait accompagner logiquement la mise en place de la T2A.⁵¹ Par conséquent, et à défaut de cela, les deux acteurs doivent s'employer à mettre en œuvre une «contractualisation d'un nouveau type»⁵² afin de fluidifier l'articulation entre les chaînes de gestion de la dépense et du recouvrement.

B) Propositions d'axes d'amélioration et organisation de la contractualisation :

La clôture tardive de l'exercice 2005 a révélé les difficultés du CHI en matière de tenue de sa comptabilité administrative. Par conséquent, le DAFC et le Trésorier ont décidé de mettre en place des rencontres mensuelles entre leurs services sur le site du CHI, afin d'analyser et de suivre les origines des dysfonctionnements constatés et les améliorations à mettre en œuvre. Cependant, ces rencontres n'étaient pas forcément concluantes et un certain nombre de mesures correctives sont proposées ici. L'objectif étant bien sûr d'arriver, par une amélioration progressive des rapports entre ces deux partenaires, à la signature d'une convention engageant les deux parties.

a) *Propositions d'amélioration du partenariat immédiates :*

L'optimisation de ce partenariat et de ces rencontres a été recherchée à travers différentes mesures :

- premièrement, la mise en place d'un comité « technique » d'échange ordonnateur-comptable avec la présence des agents hospitaliers appartenant à la cellule recettes, et les agents de la TP ; le DAFC et le Trésorier ne sont pas présents à ces réunions traitant essentiellement de questions techniques. La rencontre DAFC/TP est conservée actuellement mensuellement, mais a plutôt lieu désormais trimestriellement.
- Ces réunions se déroulent à la demande de l'une ou de l'autre partie (cependant au moins une par mois) et les deux parties fixent l'ordre du jour conjointement.

⁵¹ Entretien avec le Trésorier.

⁵² VIGUIER JM et EICHENE B. Contractualisation d'un nouveau type avec le Trésor Public, *Revue Hospitalière de France*, n°508, janvier-février 2006, p. 58-61.

- Enfin, lors de ces réunions, le CHI met à disposition de la TP l'outil Hexagone, afin que les agents hospitaliers puissent expliquer les difficultés et contraintes liées à ce logiciel, que ne comprend pas parfois la TP, du fait des différences liées au système d'information propre à chaque acteur.

La première de ces réunions avant l'été a été très concluante et un certain nombre d'actions ont été mises en place : à titre d'exemple, la suppression de l'envoi préalable de tous les Avis de somme à payer à la TP pour contrôle a été négociée, opération que ces agents avaient exigé du fait du constat de nombreux dysfonctionnements dans le SIH. En leur faisant une démonstration et en s'engageant à respecter la réception des bordereaux envoyés par la TP avant tout envoi d'ASP, le CHI a réussi à supprimer cette tâche lourde et peu concluante au niveau du contrôle.

Une autre action corrective a été menée concernant le fichier des organismes complémentaires. Les deux parties sont tombées d'accord sur un « palmarès » des mutuelles pour lesquelles le CHI émet le plus grand nombre de titres de recettes, et pour celles-ci une mise en cohérence des codes débiteurs internes aux deux systèmes d'information a été décidée. Si cette question semble très technique, elle a été à l'origine de nombreux dysfonctionnements lors de la clôture, que l'établissement ne devrait donc plus rencontrer fin 2006.

Enfin, s'agissant du traitement du contentieux, un important travail d'apurement du contentieux restant sur les exercices antérieurs a été engagé, en demandant à la TP de communiquer au CHI par masses financières une hiérarchisation de ce dernier qui a été donc traité en priorité et qui a permis au CHI le recouvrement de ces sommes non traitées jusqu'alors. Nous détaillerons l'organisation de ce travail dans la 3^{ème} partie.

Pour l'instant ce comité technique fonctionne donc « au coup par coup » des questions mises à l'ordre du jour. Cependant dès la prochaine réunion en septembre, cette rencontre devrait procéder davantage par thématiques, avec comme premier thème à aborder avec la TP : la communication du choix d'indicateurs qu'a fait la cellule recettes, afin d'amener la TP à participer, en exploitant son système d'information interne. Ce thème permettrait d'aborder la question du partage d'information et éventuellement celui de la mise à disposition réciproque des fichiers respectifs, thématique qui sera abordée entre autres en octobre dans le cadre de la réflexion autour des grands axes à intégrer dans la convention.

b) Principaux axes qui seront proposés dans le projet de convention :

Une convention de partenariat hospitalier type avait été signée dès 1995, fixant un certain nombre d'axes d'amélioration : formalisation des relations personnelles entre les partenaires, développement du partage de l'information, réduction et/ou optimisation des

délais de paiement, amélioration du recouvrement des produits hospitaliers, gestion de la trésorerie et amélioration des délais de production des résultats de fin d'exercice.

Dans le contexte actuel de dématérialisation générale des flux d'informations et d'augmentation prévisionnelle du volume des transactions liée au doublement des factures à émettre du fait de la T2A, la signature de conventions locales en vue d'améliorer le recouvrement des EPS devient une priorité.

Les propositions ici formulées sont donc inspirées des recommandations du groupe de travail n°4 « Le régime budgétaire et comptable » du Plan Hôpital 2007 et d'exemples de conventions locales signées ailleurs⁵³ pour élaborer une ébauche de convention qui sera soumise à la cellule recettes dans un premier temps afin de valider les axes retenus par le CHI ; ces axes seront ensuite proposés à la TP lors d'une réunion avec les agents de la TP et en présence du DAFC et du Trésorier afin de se mettre d'accord sur les grands principes à suivre, avant de procéder à sa rédaction point par point avec le comité technique « ordonnateur-comptable ».

Nous présentons ici uniquement les grands axes qui apparaissent dans cette ébauche :

- **Adoption de mesures de simplification** : il s'agit là de la dématérialisation, mais cela vise plus globalement la simplification de la tenue de la comptabilité administrative, à travers la simplification de l'enregistrement des titres de recettes par exemple (en obtenant de la TP le transfert de l'édition et envoi des ASP) ; la simplification des phases de liquidation et de mandatement de la dépense, afin d'éviter, par la recherche de solutions techniques – comptables et/ou informatiques, la double comptabilisation inutile chez l'ordonnateur et le comptable d'une même opération.
- **Rationalisation du contrôle opéré par le comptable, adoption d'une politique de recouvrement commune** : s'agissant du contrôle, deux possibilités de rationalisation des contrôles sont expérimentées actuellement sur l'initiative de la DGCP : le contrôle hiérarchisé de la dépense c'est-à-dire moduler les contrôles en fonction de l'analyse des risques et enjeux ; le contrôle partenarial en amont de la chaîne de la dépense et qui consiste en un audit effectué sur l'accord des deux parties afin qu'en fonction des résultats, le comptable puisse « alléger » ou « systématiser » certains contrôles sur pièces non productifs. S'agissant d'une politique conjointe de recouvrement, il s'agit principalement de décider de seuils communs de poursuites, en dessous desquels certaines poursuites coûteuses n'ont pas à être engagées ; une politique de lutte contre les créances irrécouvrables et de gestion de celles-ci doit être mise en œuvre, la TP pouvant

⁵³ L'exemple du CHU de Bordeaux cité dans l'article précité écrit par Viguier JM et Eichene B.

apporter son expertise en la matière au CHI. Dans ce cadre, un accord commun doit être trouvé en matière de recherche des renseignements nécessaires au recouvrement, de définition d'une politique globale des poursuites, et d'apurement régulier par les admissions en non-valeur.

- **L'amélioration de la qualité comptable par l'amélioration de l'information comptable et financière de l'ordonnateur** : dans le cadre de l'EPRD, le contrôle de la tutelle sur les délibérations du conseil d'administration est fortement allégé, ce qui traduit une responsabilité renforcée de l'établissement. Par conséquent, la qualité de l'information comptable dont doivent disposer l'ordonnateur et le CA est essentielle ; or elle repose sur le respect des règles d'imputation comptable et la comptabilisation de l'ensemble des charges et produits. L'expertise que peut apporter dans ce cadre le comptable est essentielle ; l'outil OREGHON permet aujourd'hui aux EPS un meilleur suivi, mais la compréhension de ces indicateurs serait facilitée par un échange plus important. De même, la mise à disposition de bilans intermédiaires serait forcément propice à cette amélioration de la qualité comptable. Enfin, l'accès réciproque aux données financières des deux parties serait un outil non négligeable.
- **Optimisation du fonctionnement et de la continuité entre les éléments de la chaîne de gestion de la dépense et du recouvrement** : cet aspect est sans doute le plus connu des conventions existantes et vise notamment la formalisation des procédures, et d'autres actions plus visibles telles la carte d'achat ou la carte affaires, le développement de plate-forme de consultation. D'autre part, le rapprochement des services comptables et de l'ordonnateur est essentiel, en prévoyant la mise à disposition de personnel de la TP au CHI, pour l'édition et l'envoi notamment des ASP (actuellement fait par les agents hospitaliers).
- **la formalisation des relations personnelles entre les partenaires et le développement du partage de l'information** : il s'agit ici principalement de mieux coordonner l'action des ces deux acteurs, à travers la formalisation de leurs relations via la mise en place de réunions trimestrielles entre la TP et la Direction, et des réunions du comité technique déjà cité.
- **la gestion de la trésorerie, la réduction et l'optimisation des délais de paiement** : une démarche commune doit être initiée pour maîtriser les flux financiers et assurer le paiement des dépenses dans les meilleurs délais possibles sans compromettre la qualité des contrôles de l'ordonnateur et du comptable inhérents à l'exécution de la dépense publique. Les actions principales visées sont les suivantes : modernisation des moyens de paiement offerts au public, la tenue d'un tableau de bord de trésorerie, la définition d'un calendrier des tâches pour

l'exécution des principales dépenses, le développement du prélèvement direct pour les dépenses et les recettes régulières.

2.3.2 Relations avec le financeur assurance-maladie : un partenariat indispensable pour les deux acteurs

A) Actualité de la T2A et réforme de l'assurance maladie : principes et impact pour les EPS en matière de partenariat avec l'AM

La particularité du système de protection sociale issu de la création en 1945 de la Sécurité sociale, à travers un financement des établissements **publics** de santé par un organisme privé, a marqué les relations entre ces deux acteurs. Par ailleurs, la récurrence du débat autour du « trou de la sécurité sociale » a abouti à l'émergence de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé comme le leitmotiv de la Sécurité Sociale.

Dans ce cadre, la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a été publiée au Journal Officiel du 17 août 2004 après validation par le Conseil constitutionnel. Intervenant dans un contexte financier extrêmement dégradé (déficit de la CNAMTS fin 2004 : 11.9 milliards d'€), elle procède à une réforme en profondeur de la gouvernance de l'assurance maladie et de l'organisation des soins. La réforme comprend à la fois des mesures de rétablissement financier, mais aussi des mesures dites « structurelles » dont l'objet est de modifier l'organisation du système de soins et le comportement des acteurs dans le sens d'une prise en charge de meilleure qualité et plus économe des deniers publics.

Ce sont donc essentiellement les mesures d'amélioration de l'offre de soins et de maîtrise médicalisée des dépenses de santé qui ont le plus d'impact sur les EPS. Dans ce cadre là un certain nombre de mesures ont été prises :

- **favoriser une coordination des soins effective**, à travers la création du dossier médical personnel, de l'organisation du parcours de soins coordonné, d'un meilleur respect du protocole relatif aux affections de longue durée (ALD), de l'amélioration de la coordination ville-hôpital, des mesures d'aide à l'accès aux soins
- **généralisation des démarches qualité** : création de l'HAS et nouveau dispositif d'accréditation aujourd'hui certification, extension à l'hôpital du principe d'accords de bon usage des soins déjà en place pour la médecine de ville
- **maîtrise médicalisée des dépenses de santé** : responsabilisation du patient avec la contribution forfaitaire sur les actes médicaux et les actes de biologie fixée à 1 € dans la limite d'un plafond annuel de 50 €; renforcement des contrôles et de la lutte contre les fraudes : les conditions de mise en œuvre des sanctions applicables aux établissements de santé en cas de non-respect des règles de tarification (article 46) ont été précisées décret en conseil d'Etat.

Ces mesures touchent actuellement l'hôpital et appellent à revoir les SIH, en coordination avec les différents éditeurs, afin de les rendre effectives. Par ailleurs, la vague de contrôles T2A, la perspective prochaine de la facturation directe à l'assurance maladie, et la mise en place de la B2 en ce sens (octobre 2006 pour le CHI) sont autant de défis que le CHI ne peut relever seul. Un réel potentiel de partenariat entre les EPS et l'AM existe alors, et c'est ce que le CHI a constaté lors de l'invitation de la CPAM de Toulon adressée à l'ensemble des EPS du Var au sujet du chantier B2 en vue de la mise en place dès 2007 pour les consultations externes et 2008 pour les séjours, de la facturation individuelle directe à l'AM.

Lors de cette rencontre, qui a eu lieu le 4 mai 2006 pour le département du Var, ont été désignés des référents dans chaque EPS (un référent informatique et un référent facturation), et les représentants de la CPAM ont assuré un accompagnement «de proximité » et des actions de formation afin d'aider les EPS dans la mise en œuvre de ces réformes multiples et complexes.

B) Propositions pour un partenariat accru : l'élément fédérateur de la B2 :

Si effectivement jusque là, un partenariat dans un système de « dépenses encadrées » n'avait que de faibles chances d'être poursuivi, le contexte actuel lui est extrêmement favorable. La B2 et la dématérialisation des titres de recettes constituent un enjeu commun aux deux parties et prometteur d'importantes améliorations et gains de productivité pour les deux parties.

Cependant, ce partenariat ne doit pas être circonscrit à cela : la mise en place de la B2, et les contacts accrus avec l'AM, doivent aboutir à un partenariat plus général, une contractualisation à l'instar de la démarche entreprise avec la TP. Dans cette perspective, deux démarches pourraient être entreprises :

- **faire appel à l'AM à des fins de formation** : à titre d'exemple, ce type d'accompagnement est appelé de ses vœux par la l'AM dans le domaine de la maîtrise des dépenses. Dans la COG 2006-2009 entre l'Etat et la CNAMTS, les deux parties s'engagent à « *promouvoir l'intervention des médecins conseils auprès des commissions médicales des établissements et des services hospitaliers prescripteurs pour les sensibiliser aux enjeux et aux outils de la gestion du risque, afin de diffuser les principes de la maîtrise médicalisée à l'hôpital.*»⁵⁴ On pourrait imaginer une démarche similaire entre les agents de

⁵⁴Convention d'objectifs et de gestion 2006/2009 entre l'Etat et la CNAMTS, version 12.07.06 (V2), p.10.

formation des « Services de régulation ⁵⁵ » et les agents hospitaliers en charge de la facturation qui doivent connaître l'ensemble de la réglementation de l'AM.

- **Inviter ces agents de régulation de l'assurance maladie à des réunions de suivi des dépenses et des créances** : effectivement, comme pour la Trésorerie, un dialogue et des échanges avec l'assurance maladie, à des fins d'expertise, peut être intéressant pour le CHI. Si l'on prend l'exemple du contrôle T2A effectué par les médecins-conseils, le CHI a pu en tirer des enseignements importants ; au sujet de la séparation et de la différence de facturation entre les consultations et les hôpitaux de jour (sur 73 RSS contrôlés, une grande partie concernait ce type d'anomalies), le DIM est d'accord pour reconnaître que « *c'est intéressant de connaître et de comprendre le point de vue des médecins-conseils, même s'il ne le partage pas.* »⁵⁶ Néanmoins, à l'issue de ce contrôle, d'importantes réorganisations ont eu lieu, que nous aborderons dans la suite du mémoire.

Un premier contact a donc été pris sur l'initiative du CHI par l'EDH avec deux responsables du service de régulation à la CPAM de Toulon, présents lors de l'échange autour de la B2, et le CHI va donc pouvoir entamer un dialogue autour de ces deux principales propositions.

⁵⁵ Dans l'organisation de la branche maladie, le service de régulation est celui qui est en charge du suivi des EPS.

3 ENJEUX ET PROPOSITIONS DE REORGANISATION DES SERVICES D'ACCUEIL ET DES METHODES DE TRAVAIL DES AGENTS

Nous l'avons démontré en première et deuxième partie, l'adaptation à la tarification à l'activité implique une prise de conscience des enjeux, ainsi que la nécessité de repenser le management du gestionnaire hospitalier. Mais le passage à la T2A demande aussi un certain nombre d'aménagements au niveau des méthodes de travail. L'ensemble des propositions qui vont désormais être formulées répond aux objectifs que s'est fixé le CHI pour la refonte de la chaîne de facturation. Un premier niveau de propositions recouvre des aménagements à adopter à structure constante et peut être mis en œuvre immédiatement. Le deuxième niveau de propositions implique une prise de position stratégique, un important travail de communication autour du projet, et un déploiement progressif.

3.1 Nouveau rôle stratégique du BDE dans le contexte T2A et objectifs à atteindre du projet

Le point de départ de ces propositions est la prise de conscience par la direction, mais également par les acteurs opérationnels, du nouveau rôle stratégique que revêtent désormais ces services. Par conséquent, la fixation d'objectifs précis, et l'organisation d'un suivi constituent un préalable indispensable.

3.1.1 De la dotation globale à la T2A : rôle stratégique du bureau des admissions à divers titres

L'activité des « bureaux d'admissions » ou « bureau des entrées » comporte un certain nombre de missions et objectifs traditionnels :

- accueil, renseignement et orientation du patient
- enregistrement de l'identité du patient et recueil des renseignements administratifs
- encaissement
- gestion administrative des dossiers pour leur « complétude »
- facturation et contentieux

Par conséquent, c'est au titre de deux préoccupations importantes pour un EPS que le BDE revêt désormais un rôle stratégique : l'identito-vigilance et le recouvrement.

⁵⁶ Entretien avec le DIM.

➤ **En matière d'identito-vigilance**, ces services ont été placés au centre du processus, mais surtout du point de vue des risques médico-légaux : l'identification fiable du patient est certainement le thème de l'infrastructure du système de santé qui suscite le plus d'intérêt et qui suscite le plus d'interrogations parmi les professionnels quant à son application. Pour répondre à cette attente, l'ensemble des systèmes d'information qui composent le système de santé doit disposer d'une infrastructure qui leur permette de considérer chaque patient, identifié différemment dans les organisations, comme une personne unique. C'est ce que permet au CHI l'attribution d'un IPP pour chaque patient. De plus, à côté de cette recherche de la qualité, les évolutions du système de santé constituent d'autres enjeux pour l'identification du patient :

- l'évolution de la médecine conduit à une prise en charge des patients de plus en plus précoce, se prolongeant de plus en plus longtemps et faisant intervenir des prestataires de plus en plus nombreux et de plus en plus spécialisés.
- Les patients deviennent de plus en plus exigeants en ce qui concerne les services attendus du système de santé. Les problèmes liés à l'amiante, à la transfusion sanguine, aux risques industriels nécessitent de plus en plus un suivi tout au long de la vie du « cursus de santé » du citoyen.
- La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé précise que « toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé ». Le délai pour fournir ces informations devrait se situer entre deux et huit jours.

C'est la raison pour laquelle dans EPS, des sensibilisations ont lieu dans ses services, et la mise en place de « Cellules identito-vigilance » se multiplie. La même démarche a été adoptée au CHI depuis plusieurs années, et une CIV est aujourd'hui en place, à l'initiative et sous la coordination du DSIO.

➤ **S'agissant du recouvrement des recettes**, dans le cadre de la dotation globale dont nous avons déjà décrit le fonctionnement, l'activité du Bureau des entrées ne revêtait qu'un intérêt marginal : le recouvrement, l'exhaustivité qualitative des dossiers des patients, l'encaissement des produits hospitaliers, n'étaient pas des priorités stratégiques pour l'établissement, le système des « dépenses encadrées » annulant tout impact de cette activité sur les recettes hospitalières.

C'est l'une des raisons pour lesquelles le « bureau des entrées » a longtemps souffert d'une image dévalorisée au sein de l'hôpital : David Mallet l'explique principalement par l'empiètement de l'aspect gestionnaire sur l'aspect accueil, du fait de l'évolution de la réglementation. La valeur ajoutée des bureaux des entrées pour l'ensemble de l'établissement a pu donc paraître de moins en moins évidente pour les autres services.

« Traditionnellement, être affecté aux bureaux des entrées était considéré par les agents comme une « punition » que ce soit pour des raisons disciplinaires ou pour une incapacité à exercer un autre poste. Aussi les bureaux des entrées ont-ils souffert d'une image peu valorisante, se caractérisant par un faible niveau de qualification des agents et par une organisation fortement pyramidale et rigide. »⁵⁷

C'est effectivement la même analyse qui a été faite au CHI de Fréjus/St Raphaël, et que les différents entretiens menés auprès des agents ou auprès de la DRH ont corroborée.

Or le contexte T2A redonne une importance non négligeable à ce service : en matière de recettes, l'enregistrement exhaustif des données administratives et le comportement des patients mais aussi des agents en matière d'encaissement et de recherche de « complétude » des dossiers, de lutte contre les NPAI grâce à la vérification de l'identité, de performance devient un enjeu crucial. Ainsi, l'identito-vigilance devient un enjeu majeur, et plus seulement au titre de l'éviction de l'erreur médicale : la bonne identité permet le bon recouvrement, et éventuellement la bonne poursuite engagée par la TP.

Au CHI de Fréjus/St Raphaël, ce nouveau rôle des agents du BDE a bien été compris par les décideurs : l'un des enjeux de ce projet était d'en convaincre les agents eux-mêmes.

3.1.2 Organisation de travail en place et objectifs visés

Nous avons déjà présenté les tâches et missions incombant aux agents administratifs du Bureau des entrées, des Consultations externes et des Urgences, lorsque nous avons décrit le circuit du patient.

Il s'agit ici de présenter les points forts et les points faibles des méthodes de travail adoptées par ces agents au CHI.

L'organisation de ces services est extrêmement pyramidale : malgré le fait que ces trois services soient rattachés à l'attaché d'administration hospitalière du Bureau des entrées, leur gestion est restée cloisonnée, sans possibilité de communication/échange de bonnes pratiques. L'attaché d'administration s'occupe principalement des hospitalisations ; l'adjoint des cadres gère quant à lui les consultations externes et les urgences. Par conséquent, il existe deux équipes de « gestion/facturation/contentieux » : l'une pour les hospitalisations et l'autre pour les consultations externes. Malgré plusieurs groupes de travail, en particulier sur le thème de l'identito-vigilance, lors desquels était recherché l'échange entre les trois services, cette organisation est restée en place. Au sein même des services, des scissions existent selon la fonction occupée (hôtesse d'accueil/agent d'enregistrement de l'identité/agent de facturation et de contentieux).

⁵⁷ MALLET D., *Des bureaux des entrées à l'espace accueil clientèle : la conduite d'un projet de réorganisation d'une fonction administrative traditionnelle au CHU de Rouen*, Mémoire ENSP 2003.

Un des points forts cependant de l'organisation en place est lié à l'expérience des agents en matière de gestion des dossiers : effectivement, le travail de front office et de back office est géré en partie par portefeuille : au bureau des entrées notamment, les agents administratifs sont répartis par boxes et par binômes: chaque box ayant en charge l'enregistrement d'un certain nombre de services de soins. L'enregistrement du patient est donc sectorisé. Ces binômes ont en charge le dossier de sa création à sa mise en facturation. Un système de logins ou encore « codes gestionnaires » a été mis en place, afin de pouvoir ensuite par requêtes repérer les dossiers traités, les modifications, les erreurs par agent. Mais là s'arrête le travail par portefeuille : ensuite la facturation et le contentieux restent centralisés. Les agents ne tournent pas sur leurs postes, et leur polyvalence reste donc limitée.

Aux consultations externes, les agents ont également par le passé travaillé en partie par portefeuille : à l'inverse du bureau des entrées, ils n'avaient pas en charge un type de dossiers en particulier. Cependant, chaque agent savait créer des dossiers, les contrôler, les facturer et en traiter le contentieux. L'objectif de polyvalence était ainsi atteint mais non celui de la responsabilisation, puisqu'elles tournaient sur les postes, mais sans facturer ni redresser leurs propres dossiers. Cette organisation a cependant été démantelée, du fait du retard pris au niveau de la facturation : c'est à partir de là qu'un service spécifique à la facturation et au contentieux externe a été créé. Cependant c'est davantage l'augmentation du nombre de consultations à personnel constant qui a engendré ce retard, que l'organisation du travail en elle-même.

Enfin aux urgences, la particularité du fonctionnement de ce service fait que la facturation et le traitement du contentieux est impossible, et reste déléguée aux agents des consultations externes.

Par conséquent, plusieurs objectifs d'amélioration ont été fixés à l'origine du projet :

- l'amélioration de la polyvalence des agents : ce qui implique l'aboutissement du travail par portefeuille, mais également l'abolition de la scission entre les deux services
- la clarification des tâches des agents avec en parallèle l'élaboration de procédures écrites pour l'ensemble du service des admissions ; la clarification de la répartition/articulation des tâches incombant aux agents administratifs et aux secrétariats médicaux
- spécifiquement pour les urgences : la mise en place effective de l'encaissement
- la réintégration de la facturation, et éventuellement du traitement du contentieux dans les tâches de tous les agents.

3.2 Méthodologie et déroulement du projet

Cette réflexion a été menée à partir de trois méthodes principales :

- premièrement, l'observation d'un certain nombre d'expériences extérieures, à la fois au sein d'établissements de taille plus importantes que d'établissements de taille similaire.
- Deuxièmement, par l'observation participante que permet le stage professionnel.
- Troisièmement, par la gestion de projet grâce à des groupes de travail participatifs qui ont été réunis durant deux mois, conjointement à l'observation du terrain.

Le postulat de départ était donc que grâce à cette participation des agents, leur adhésion au projet serait assurée.

3.2.1 Un préalable : l'observation d'expériences extérieures

La thématique de la réorganisation des services d'admission dans la perspective du passage à la T2A et des adaptations techniques et organisationnelles afférentes, est un sujet d'actualité pour les établissements publics de santé. Divers centres hospitaliers sur lesquels nous avons pu nous rendre ont ainsi repensé l'organisation de leurs services. Deux solutions sont généralement envisagées : la décentralisation ou déconcentration⁵⁸ des bureaux des entrées et des consultations externes dans les services mêmes, afin de raccourcir le circuit du patient et pour optimiser l'encaissement direct à la sortie du patient ; d'autre part la mise en place du travail par portefeuille afin d'accroître la polyvalence des agents dans la perspective de leur valorisation et de leur responsabilisation, et pour améliorer la qualité de l'information administrative recueillie dans le but de garantir le recouvrement. Les établissements que nous avons pu visiter ont tous mené ce type d'expériences, avec plus ou moins de succès.

A) La piste de la décentralisation : le CHU de Nice et le CH de Saint-Denis

La solution de la décentralisation du Bureau des entrées a été adoptée dans différents établissements pilotes, dont le CH de Lannion et le CH de Blois. La configuration généralement adoptée est le développement « d'antennes » du bureau des entrées dans des services pilotes, ou encore des « Poste d'encaissement avancés ». Dans la plupart des cas, ces antennes déconcentrées s'occupent de la création du dossier, en se focalisant sur l'identito-vigilance, jusqu'à la mise en facturation. L'activité de contentieux

⁵⁸ Nous expliquerons la différence que nous opérons entre ces deux organisations ultérieurement, et pourquoi nous préférons parler de déconcentration pour l'expérience à mener au CHI.

reste centralisée, du fait de la complexité des enquêtes qu'elle implique. Seuls des agents maîtrisant l'ensemble du processus, et qui travaillent en back office, peuvent effectivement traiter le contentieux.

Nous avons ainsi pu nous rendre au CHU de Nice ainsi qu'au CH de St Denis. Ces deux établissements ont opté pour cette solution, mais l'organisation mise en place est différente. Le CHU de Nice a opté pour la formule des PEA depuis 1996 ; le CH de Saint Denis a mis en place des postes d'encaissement à différents endroits de l'établissement, en essayant d'être le plus proche possible des services. Plusieurs enseignements peuvent être tirés de ces expériences :

- la solution de la décentralisation exige un personnel conséquent : la réussite de cette nouvelle organisation appelle effectivement à la mise en place de binômes de travail secrétariats médicaux/agents administratifs. Or, si cette organisation est possible pour un CHU, elle est beaucoup moins aisée à mettre en place pour un Centre Hospitalier. Dans ce cadre là, le CH de St Denis a opté pour le transfert d'un certain nombre de tâches aux secrétariats médicaux : les postes d'encaissement procèdent uniquement à l'enregistrement des patients lorsqu'ils viennent pour la première fois, et procèdent à l'encaissement ; dans les services, ce sont désormais les secrétariats médicaux qui procèdent à l'ouverture des dossiers par la suite et à la gestion administrative qui s'en suit. Ce personnel a eu beaucoup de difficultés à s'adapter.
- L'un des inconvénients de ce type d'organisation est paradoxalement l'allongement du circuit du patient : si effectivement lors des venues ultérieures, le patient peut directement se rendre dans le service, l'encaissement étant effectué ailleurs, celui-ci doit à nouveau à l'issue de la consultation, se rendre au poste d'encaissement. C'est ce qui pose problème au CH de Saint Denis. Par conséquent, il conviendra, si cette solution est retenue pour le CHI de Fréjus/St Raphaël, de réfléchir aux moyens de pallier à ce « travers » de la déconcentration, sans prévoir de personnel supplémentaire.

B) Le travail par portefeuille : le Centre Hospitalier d'Antibes

Le travail par portefeuille est l'hypothèse communément admise pour permettre d'améliorer le recueil de l'information administrative indispensable à un bon recouvrement. Généralement, cette hypothèse passe par la formation d'équipes de gestion qui de manière alternative, procèdent à l'enregistrement des patients pendant un cycle, puis lors de l'autre cycle passent en «back office » afin de mettre en facturation

leurs propres dossiers, et dans les expériences les plus avancées, redressent les dossiers, en traitent le contentieux.

Le centre hospitalier d'Antibes a été précurseur sur ce point dans la région. Dès 1991, le Centre Hospitalier a compris l'intérêt de ce travail par portefeuille : responsabilisation des agents, vision transversale et par conséquent maîtrise du processus de facturation et de ces enjeux par chaque agent, «flexibilité » en matière de gestion du personnel et de formation en cas de problèmes ponctuels d'absentéisme. Cependant, la réussite de cette organisation a été facilitée par la présence déjà existante d'agents du bureau des entrées à l'accueil administratif des Urgences pour le travail de back office. A partir de 1991 cette organisation a été généralisée : quotidiennement, un gestionnaire du bureau des entrées se rend à l'accueil administratif des urgences afin de traiter le travail de back office de la journée, et l'ensemble des gestionnaires tournent sur la semaine. Les autres gestionnaires se répartissent le travail de back office des autres guichets, et traitent le contentieux.

Une étape importante a été franchie à partir de 1999 : la polyvalence des agents ; ainsi tous les agents sont capables de traiter des dossiers d'hospitalisations, de consultations et d'hospitalisations de jour, et ce sur n'importe quel secteur. Cette exigence de polyvalence était déterminante pour les objectifs fixés par la direction. Par ailleurs, le travail par portefeuille a continué à se développer : désormais, si les agents « fixes » de l'accueil ne tournent pas tous les jours avec les équipes gestionnaires, ils s'y rendent régulièrement (hebdomadairement) pour apporter un renfort au travail de back office ou en formation au contentieux.

L'enseignement que nous avons tiré de cette expérience a été prédéterminant pour la suite du projet au CHI : au-delà des avantages théoriques du travail par portefeuille, la pérennité de cette organisation de travail n'est possible que si la polyvalence des agents est la deuxième étape ; ce n'est qu'une fois ces deux étapes franchies et fonctionnant de manière opérationnelle que l'hypothèse de la déconcentration des services d'admission dans les services de soins est possible. C'est d'ailleurs la prochaine étape que veut franchir le CH d'Antibes.⁵⁹

3.2.2 L'association des agents au projet : le choix des thématiques de travail et les difficultés méthodologiques rencontrées

L'adhésion des équipes au projet était une condition indispensable à double titre : premièrement, au niveau du management, ces équipes, et notamment les agents des Consultations externes, ont été laissées à l'abandon pendant des années ; d'autre part, ils ont participé à différents groupes de travail, ou formations, qui n'ont pas été suivies d'effet

⁵⁹ Entretien avec le DAFC du CH d'Antibes et l'attaché au bureau des entrées.

ou en tous cas sans impact visible sur le service, ce qui a été un facteur important de démotivation.

Par conséquent, a été organisée la participation des trois équipes, bureau des entrées, consultations externes et urgences, autour de quatre thèmes de travail, qui ont été arrêtés à la suite de l'observation menée sur le service durant un mois. Ces thèmes étaient les suivants :

- **Thème 2 : « standardisation des règles ».** Ce groupe de travail devait réfléchir sur l'analyse des erreurs les plus fréquentes liées soit à la méconnaissance de la réglementation de l'assurance maladie, soit à celle de l'outil informatique en lui-même. Les objectifs visés étaient donc la responsabilisation des agents, de favoriser « l'échange de bonnes pratiques » entre les trois services, et la fiabilisation de la saisie. Par ailleurs, c'était l'occasion de faire un point également sur les pratiques des services en termes de pré-admissions et de pré-consultations.
- **Thème 2: « Accueil, orientation et parcours du patient ».** Ce groupe de travail avait pour objectif de réfléchir sur l'organisation du parcours du patient, la régulation des flux de patients afin de réduire l'attente aux consultations externes et afin d'assurer l'encaissement à la sortie du patient. Une réflexion annexe sur la garantie de la confidentialité et la meilleure prise en compte de la détresse du patient et de sa famille a également été abordée.
- **Thème 3 : « Amélioration de l'encaissement : volet organisationnel » :** l'objectif ici était de recueillir l'opinion des agents sur la mise en place du travail par portefeuille et la déconcentration du Bureau des entrées et des consultations externes dans les services. Ce groupe de travail a également réfléchi sur le contenu actuel des fiches de poste, et leur nouvelle configuration si le CHI met en place le travail par portefeuille.
- **Thème 4 : « Amélioration de l'encaissement : volet qualitatif » :** il s'agissait de revoir avec les agents le comportement à adopter face au patient afin de le conduire à payer directement à sa sortie : quelles informations devait-on mettre à sa disposition et recueillir obligatoirement pour prévenir au maximum la phase du contentieux.

Cette phase s'est déroulée sur deux mois (mai-juin), à raison de deux réunions par groupe de travail. La première réunion pour chaque groupe de travail comportait une présentation « pédagogique » des objectifs du projet de réorganisation en général, mais aussi un rappel des réformes et de leur contenu global, qui vont impacter ces services et qui ont justifié la réorganisation : T2A, CCAM, parcours des soins, dématérialisation des échanges avec l'assurance maladie et facturation directe (B2).

Cette phase d'échange direct avec les services a permis de prendre connaissance d'un certain nombre de difficultés sur lesquelles il a fallu être attentifs pour la réussite du projet. La principale difficulté était relative à la diversité de ces services : si effectivement le bureau des entrées, les consultations externes, et l'accueil administratif aux urgences ont comme point commun l'accueil du patient et le recueil des données administratives, les organisations en place et les méthodes de travail étaient loin d'être comparables, du fait des problématiques particulières de chacun. Comme l'explique David Mallet⁶⁰, l'activité administrative d'admission est une activité à géométrie variable selon les établissements et recouvre en fait plusieurs services :

- l'accueil administratif des hospitalisations ou admissions, avec travail de front office et de back office
- l'accueil des consultations externes avec la particularité qu'au niveau des services de soins, les secrétariats médicaux remplissent également un rôle d'accueil. De nombreux hôpitaux préfèrent d'ailleurs privilégier une prise de rendez-vous par les services, car les secrétariats sont plus aptes à orienter les patients.
- le stand d'accueil général en charge de l'orientation du patient
- les services sociaux
- les services d'accueil des urgences
- le développement de nouveaux services administratifs : de nombreux hôpitaux développent des activités d'accompagnement

D'autre part, si ces trois services travaillent sur le même outil d'enregistrement du patient (Hexagone et le module Gestion administrative du patient), leur connaissance de l'outil est extrêmement variable, ainsi que l'usage qui en est fait. Par ailleurs l'absence de procédures écrites concernant à la fois la réglementation en vigueur ou l'exploitation des possibilités d'Hexagone, participait de cette diversité de pratiques. L'absence de communication entre ces services du fait du cloisonnement existant, ne permettait pas non plus l'échange de bonnes pratiques.

Une autre difficulté, liée à la première, est l'inexistence d'une « filière de métier accueil » au CHI : effectivement, du fait de la diversité constatée des statuts des agents occupant ces emplois (secrétariats médicaux de catégorie B et agents et adjoints administratifs de catégorie C) il n'y a pas de réelle filière métier accueil à l'hôpital ni de formation spécifique. L'absence de fiches de poste détaillées pour ces agents participe à cette difficulté. Cela entraîne une certaine dévalorisation d'un secteur qui est souvent tenu à l'écart des grandes évolutions de l'établissement. Par conséquent l'objectif du directeur

⁶⁰ MALLET D. , *op.cit.*

manager est de parvenir à un changement en profondeur d'une organisation lourde où le risque de démotivation des agents n'est pas négligeable.

Les propositions d'actions qui ont été formulées en conséquence de cette phase d'observation devaient impérativement en tenir compte.

3.3 Actions proposées pour l'optimisation de la chaîne de facturation à structure constante

Ces groupes de travail ont donc permis de déterminer les actions immédiates à mettre en place afin d'améliorer l'organisation des méthodes de travail des agents ; ces propositions sont présentées dans le développement qui suit. Ces actions sont réparties suivant trois axes : l'organisation du circuit du patient, l'optimisation du recouvrement, et la formation et la valorisation des agents. Les actions plus en profondeur, concernant notamment le travail par portefeuille et la déconcentration sont abordées dans les parties suivantes.

3.3.1 Premier axe de propositions : les actions pour organiser le circuit du patient

Nous avons décrit en première partie le circuit du patient et pointé les points de dysfonctionnement. Le principe de base est le suivant : si le développement de l'encaissement direct à la sortie du patient doit être recherché, celui-ci ne doit pas passer par un allongement du circuit du patient. A partir de là, le projet concerne principalement l'organisation des flux des patients, à travers deux actions.

La réorganisation de la signalétique : comme nous l'avions expliqué en première partie, la distinction entre le bureau des entrées, l'accueil et les consultations externes n'était pas claire pour le patient et portait régulièrement à confusion. Par conséquent, le groupe de travail en charge du thème 2 « accueil et orientation du patient » a proposé un certain nombre d'améliorations qui ont été suivies d'effet immédiatement.

La distinction entre le flux « enregistrement » et le flux « encaissement » dans le circuit du patient : effectivement, aux consultations externes notamment, l'ancienne organisation engendrait de longues files d'attente, et les patients excédés ne revenaient pas toujours après leur consultation dans les services avec leur fiche de circulation pour l'encaissement. Il a donc été proposé, et l'idée a été retenue, à la suite de la réflexion du groupe de travail « encaissement », de mettre en place un système d'appel (panneau + tickets) ainsi que de créer un boxe spécifique à l'encaissement, afin de fluidifier le flux. Cette organisation sera mise en place dès le mois d'octobre, simultanément au déménagement des Consultations externes dans les nouveaux locaux. Il faudra cependant être attentifs à un point : dans les différents établissements que nous avons visités, ce système était parfois critiqué, car non adapté au développement du pré-

paiement, qui lui fait perdre tout son sens. Cependant, et conformément au Guide du recouvrement récemment publié⁶¹, le pré-paiement s'il a pu être un excellent moyen d'améliorer le taux de recouvrement des établissements pendant quelques années, devient de plus en plus difficile avec le codage des actes en CCAM. Par conséquent, la mise en place de ce double circuit semble tout de même avantageuse. Ce qui n'empêche pas parallèlement de mettre en place le pré-paiement au CHI pour les consultations pour lesquelles on peut être sûr qu'il n'y aura jamais d'actes en dehors de la consultation.

Une organisation semblable est proposée aux urgences, où le projet d'encaissement a été abandonné du fait de l'impossibilité à amener les patients à payer à l'issue de la consultation, mais également pour des raisons techniques (lorsqu'un acte de radiologie est effectué, le paiement de celui-ci ne peut pas être juridiquement opposé au patient tant que le compte-rendu n'est pas disponible). Par conséquent, est proposée la mise en place d'un box encaissement, qui serait également en charge du travail de back office, mais uniquement pour les 100% payants dans un premier temps ; cependant ce projet n'a de chances de réussir et d'être ensuite généralisé que s'il est envisagé parallèlement la mise en place d'une régie à la radiologie et un fonctionnement 24h/24 de l'accueil administratif aux urgences afin de diminuer le taux d'erreur à l'enregistrement lorsque celui-ci est effectué la nuit par le personnel soignant.

3.3.2 Deuxième axe de propositions : l'amélioration du recouvrement

Le groupe de travail DGCP/DHOS, auteur du Guide pour l'amélioration du recouvrement des produits hospitaliers, accentue l'importance de ce dernier dans un contexte T2A. Si la méconnaissance des circuits administratifs et comptables, des enjeux, des techniques, des outils comme des dispositifs juridiques de couverture sociale des patients reste la première cause recensée d'échec du recouvrement, d'autres actions organisationnelles, en dehors de la formation des agents chargés de l'accueil et de la facturation, doivent être entreprises. Les propositions suivantes ont été inspirées par ce guide, en l'adaptant, mais surtout des conclusions relevées lors des groupes de travail, et des expériences extérieures observées, pour formuler un certain nombre de propositions :

- au niveau de la facturation, l'amélioration et la systématisation des contrôles avant les mises en facturation doivent être recherchées. Il s'agit principalement d'organiser ce contrôle par type de dossiers (selon la prise en charge : CMU, AME, etc...); cela était fait pour le bureau des entrées, mais non pour les

⁶¹ Groupe de travail DGCP/DHOS, *Guide des bonnes pratiques en matière de recouvrement des produits hospitaliers*, mars 2006.

consultations externes ; il s'agissait donc là encore d'homogénéiser les pratiques. D'autre part, le développement de la facturation par lots plutôt que la facturation dossier par dossier doit être développé afin de réduire les délais de facturation. Dans le même ordre d'idées, l'envoi de factures blanches (relances), l'utilisation de la régie prolongée doit être rationalisé : si effectivement l'envoi doit être accéléré (l'objectif étant à J+7 et J+21) afin de faciliter le travail de recouvrement du comptable, l'envoi des factures blanches ne doit concerner que les 100% payants et les sommes inférieures à 5€. Enfin, un calendrier de facturation a été présenté à la DAFC ainsi qu'à la trésorerie.

- Au niveau du contentieux, est proposé l'organisation et surtout la priorisation du traitement du contentieux : en accord avec la trésorerie, a été mis en place une hiérarchisation du traitement de ce dernier par masses financières et par ancienneté, le CHI ayant cumulé énormément de retard en la matière. Par ailleurs, si le CHI dispose de différents outils afin d'informatiser le plus possible ses relations avec la trésorerie (H Titre pour les recettes, H Mandats pour les dépenses, H Budget pour les décisions modificatives et les virements de crédits), le CHI n'avait pas mis en place le fichier H Retour, permettant de suivre l'état du paiement des titres émis. C'est un outil indispensable pour le suivi de l'encaissement des recettes.
- Au niveau de l'encaissement, comme nous l'avons déjà évoqué, la mise en place d'un poste d'encaissement à la radiologie est indispensable si l'on veut rendre effectif l'encaissement aux urgences ; selon les résultats obtenus, ce dispositif pourrait ensuite être étendu au laboratoire. Par conséquent, le recouvrement en régie de recettes doit être développé, ainsi que la régie prolongée, car c'est un dispositif particulièrement adapté au recouvrement des créances de faible montant et/ou répétitives. Au CHI des régisseurs ont été nommés et le principe de la régie prolongée, à travers les factures blanches, est utilisé; cependant ces dispositifs doivent s'étendre à d'autres domaines : il s'agit notamment des établissements extérieurs (EHPAD) et de la radiologie.
- Enfin, la recherche d'informations afin de faciliter la tâche du comptable et optimiser le recouvrement doit être améliorée. Pour cela, un meilleur encadrement de la prise en charge des personnes sans couverture sociale doit être assuré en coordination avec la PASS ; ce dispositif est mis en place au CHI, mais il n'y avait pas vraiment de protocolisation, et les fins de semaines, ce dispositif en l'absence des assistantes sociales, n'était pas couvert. Il a donc été proposé l'utilisation de la fiche d'accompagnement contenue dans le Guide, et issue du dispositif mis en

place au CHU de Rouen.⁶² Dans la même optique de facilitation du travail du comptable, la procédure des titres en souffrance, dont traite également le guide, doit être mise en place. Cette procédure concerne les recettes qui correspondent à un droit acquis, mais pour lesquelles on ne dispose pas des pièces justificatives nécessaires à la clôture de l'exercice. Dans la mesure où l'ordonnateur est assuré de l'irrecouvrabilité du titre qu'il va émettre au 31/12/N+1, il apparaît inutile de contraindre le comptable à effectuer des diligences qui n'aboutiront jamais. Le guide préconise donc cette solution qui ne nécessite aucune création de compte, et qui tient compte de la compétence désormais exclusive de l'ordonnateur en matière d'admission en non-valeur et du caractère évaluatif des crédits ouverts au compte « Pertes sur créances irrécouvrables ». Cette solution consiste à émettre quand même un titre de recettes ; le comptable dès lors qu'il prend en charge ce titre, doit effectuer les diligences nécessaires (soit recouvrement si succès, soit demande d'ANV). Mais si l'ordonnateur est assuré de l'échec de toute recherche complémentaire de renseignements, il émet de manière concomitante au titre de recettes un mandat de paiement pour le même montant et qui constate l'irrecouvrabilité du titre. Cette solution présente l'avantage de constater cette recette dans le cadre de la valorisation de l'activité de l'établissement, et parallèlement de la neutraliser sur le plan comptable, mais avec un impact financier ; néanmoins ce dispositif permet d'éviter au comptable de faire des recherches inutiles et de voir sa responsabilité personnelle et pécuniaire engagée inutilement.

- Enfin, il est également proposé d'entreprendre une action au niveau du conventionnement des mutuelles, en réactualisant les contrats selon des critères précis fixés par le CHI, et de tenir un suivi précis des retours pour refus de paiement justifiant une éventuelle résiliation. La suppression totale du tiers payant aux consultations externes pouvant constituer une solution envisageable comme l'ont fait d'autres établissements ; c'est le cas du CH de St Denis.

3.3.3 Troisième axe de propositions : la valorisation des agents

L'absence de filière-métier « accueil » que nous avons déjà évoquée se traduit par une faible qualification des agents en charge de l'enregistrement des patients et de la facturation. La complication de la réglementation en vigueur a mis en exergue ce manque de qualification et de formation de ces agents, qui devient désormais un enjeu essentiel

⁶² Voir annexe 8.

pour le gestionnaire hospitalier. S'agissant de ce volet, ont été déterminées deux actions prioritaires à mener :

- premièrement, la mise à plat des procédures existantes et souvent contradictoires doit être effectuée, et un important travail d'élaboration de nouvelles procédures conformes à la réglementation et régulièrement actualisée a été demandé par les agents lors des groupes de travail. Effectivement, cette demande est revenue à plusieurs reprises et dans plusieurs groupes de travail, les agents se trouvant démunis de base juridique dans leurs relations avec la clientèle. Par conséquent, est proposée l'élaboration d'un guide de procédures unique et distribué à chaque agent, et qui respecte la double exigence suivante : la recherche d'une homogénéité des pratiques entre les trois services, et en même temps qui s'adapte aux spécificités de chacune des activités. Ce travail a été confié à l'adjoint des cadres sous la supervision de l'attaché en charge du bureau des entrées.
- Deuxièmement, l'élaboration d'un plan de formation pour le service est un corollaire de la première action. Ce plan de formation pour le service doit répondre à la fois aux besoins individuels exprimés et aux objectifs assignés au service pour l'année. Ce travail a d'ailleurs été couplé avec l'élaboration de fiches de poste détaillées pour le service. Cette proposition bénéficie de l'appui de la DRH, qui doit cependant être attentive à compter du remplacement des futurs départs à la retraite nombreux qui auront lieu pour ces services, à pourvoir à un recrutement d'agents mieux qualifiés.

Ces actions ont commencé à être déployées dès fin juin 2006, et feront l'objet d'évaluations et ajustements successifs. L'enjeu était pour la direction et l'encadrement d'être assez réactifs à la suite des résultats des groupes de travail, afin de convaincre les agents de la volonté de la direction d'améliorer l'image du service par une réelle refonte de leurs méthodes de travail, et donc favoriser leur valorisation dans l'établissement.

3.4 Mise en place du travail par portefeuille comme axe de responsabilisation des agents

Après avoir vu des actions « techniques » immédiatement opérationnelles, il nous a semblé important d'agir également sur les organisations de manière plus profonde pour les adapter aux exigences du contexte T2A. Deux hypothèses d'action avaient été fixées par la Direction pour cela : le travail par portefeuille et la déconcentration des services d'admission.

3.4.1 Intérêt théorique et résultats escomptés de la mise en place du « travail par portefeuille »

Que ce soit lié à l'ancien mode de financement dit de la « dotation globale », ou à la spécificité de la fonction « accueil » en milieu hospitalier, les différentes études portant sur le sujet concluent toutes au constat que nous avons également fait au CHI: il n'existe pas de réelle filière-métier de « l'accueil » à l'hôpital.⁶³ De ce fait, en matière de recrutement, l'inexistence de profils de poste pour ce service est la règle, et les compétences exigées ne sont pas clairement formulées dans la plupart des cas. Par conséquent, mais aussi à d'autres égards, l'hypothèse du travail par portefeuille est séduisante :

- dans le cadre d'une structuration extrêmement pyramidale caractéristique des établissements de santé, les tâches incombant aux agents hospitaliers sont généralement très « parcellisées » ; l'organisation du travail peut être qualifiée de taylorienne, avec une perte de vue des objectifs généraux incombant au service ; le travail par portefeuille permet donc aux agents de mieux appréhender l'impact de leurs actions sur les objectifs du service, en accroissant leur polyvalence ; cette recherche de polyvalence est désirée par les agents, et en matière de gestion du personnel, permet des facilités pour le fonctionnement du service.
- Par rapport aux évolutions très techniques que connaît ce service, le travail par portefeuille permet une responsabilisation de l'agent, qui en traitant un dossier de A à Z, prend mieux conscience de l'importance de chacune des étapes du processus de la chaîne de facturation, et une diminution des erreurs d'inattention ou de méconnaissance des règles est attendue.
- En termes de productivité et de valorisation des agents, le travail par portefeuille, accompagné d'une organisation rigoureuse, de la mise à disposition de résultats tangibles personnalisés et généraux sur les améliorations du fonctionnement du service (management à travers des outils modernes de reporting élaborés par l'encadrement) personnalise le travail effectué.
- En matière de management et de bonne entente du service, l'égale participation active des agents au processus favorise l'échange de bonnes pratiques.

⁶³ Mallet D., *op.cit.*

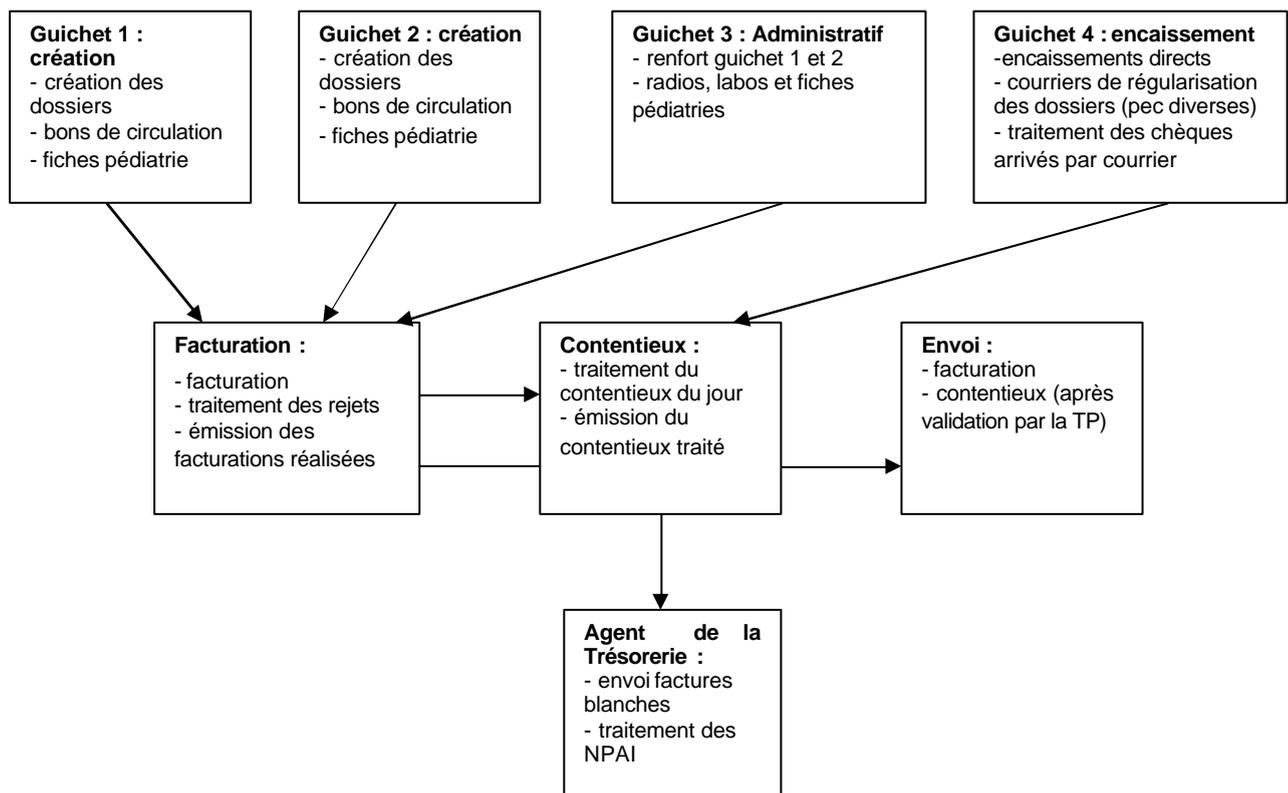
3.4.2 Proposition de mise en place au CHI de Fréjus/St Raphaël : l'expérimentation aux Consultations externes

Afin de valider cette hypothèse du travail par portefeuille, on a procédé à une méthodologie particulière. L'adhésion des agents était indispensable avant de tirer toute conclusion sur la pertinence de cette piste de réorganisation dans le contexte de l'établissement ; on a d'ailleurs été surpris de l'accueil agréable de cette proposition chez les agents administratifs des consultations externes. Comme cela a déjà été exposé, ces agents travaillaient déjà de cette manière avant la mise en place d'Hexagone : l'ensemble des agents tournait sur les différents postes : enregistrement (front office), gestion (back office), facturation. Le contentieux par contre est toujours resté centralisé au niveau des agents les plus expérimentés.

Ce roulement s'effectuait de manière hebdomadaire, ce qui permettait donc aux agents de connaître et de comprendre l'ensemble du processus de facturation.

En accord avec l'ensemble de l'équipe, il a donc été décidé de relancer ce fonctionnement à compter du mois d'octobre, c'est à dire à l'occasion du déménagement des consultations externes. Si ce fonctionnement avait été effectivement abandonné, c'est du fait des problèmes de facturation liés à l'installation d'Hexagone et du retard engendré au niveau de la facturation : le DAFC avait donc décidé d'extraire la facturation du travail par portefeuille.

Voici schématiquement représentés les postes de travail sur lesquels les agents vont tourner en suivant le cycle administratif (une semaine), sachant que l'activité de contentieux reste exclusivement à la charge de deux agents :



Cette expérimentation s'étendra jusqu'à l'année prochaine, à l'issue de laquelle une évaluation sera faite auprès des agents, et au regard des indicateurs de suivi de la facturation, on pourra conclure à la poursuite du dispositif et à sa généralisation au Bureau des entrées lors de leur déménagement en 2008.

La réussite de cette phase est indispensable, si l'on veut atteindre l'objectif ultime de la réorganisation : la déconcentration du bureau des entrées.

3.5 Réalisme de la déconcentration des agents des admissions et pertinence de leur intégration dans les futurs pôles

3.5.1 Intérêt théorique et résultats escomptés de l'hypothèse de « décentralisation » des services d'admission

Concernant cette hypothèse de travail, elle appelle à une réorganisation beaucoup plus profonde, et qui touche d'autres filières-métiers de l'hôpital, notamment les secrétariats médicaux. C'est pourquoi sa mise en oeuvre n'est envisagée, si la Direction décide de l'adopter, que dans un deuxième temps, et après un travail de communication d'ampleur à la fois auprès des secrétariats médicaux, mais également du corps médical. La piste de travail ici passe d'abord par l'expérimentation dans un service particulier, avec une évaluation chemin-faisant du projet et des réunions/entretiens réguliers avec le médecin-chef du service, avant d'envisager toute généralisation.

L'intérêt de cette configuration du service des Admissions est de plus en plus avancé. En l'occurrence, différents travaux et études portant sur d'autres établissements nous ont particulièrement servi pour analyser la pertinence de cette option au CHI. Le CH de Saint-Denis, auquel nous avons pu nous rendre, mais également d'autres établissements tels que le CH de Lannion, l'Hôpital Européen Georges Pompidou, le CH de Blois, ou encore le CHU de Nice, dont nous avons pu déjà tirer certains enseignements.⁶⁴

Les avantages attendus de cette décentralisation/déconcentration du Bureau des Entrées sont nombreux :

- la mise en place d'antennes administratives d'accueil des patients dans les services permet d'améliorer le service rendu au patient par la proximité de fait du lieu d'hospitalisation/consultation

⁶⁴ PFEIFFER M., *Passage à la T2A au CHU de Nice : l'impact sur les services en charge du recueil des données médico-économiques*, Mémoire ENSP 2004.

- le circuit du patient, et par conséquent le délai d'attente du patient, peut être ainsi diminué
- l'exhaustivité quantitative et qualitative du recueil des données administratives est mieux garantie, et les délais raccourcis ; par conséquent, on peut s'attendre à un taux de facturabilité meilleur, du fait de la facilitation des contrôles à effectuer
- les établissements ont opté parfois pour un remplacement des agents administratifs par des secrétaires médicales, ce qui permet de pallier à la faible qualification traditionnelle des agents des admissions ; une autre possibilité qui envisage des binômes secrétaires médicales/agents administratifs en charge de la facturation remplit également cet objectif.

Dans le cas du CHI, cette hypothèse apparaît cependant extrêmement ambitieuse et périlleuse, au regard de l'accueil défavorable pressenti chez les secrétariats médicaux et le corps médical. Par ailleurs, la Direction ne semble pas encline à l'idée d'une décentralisation, mais plutôt de déconcentration du service des admissions et facturation, en s'appuyant sur la nécessité pour la DAFC de conserver un management directif vis-à-vis de ce service qui acquiert désormais avec la réforme du financement une position stratégique pour le recouvrement des recettes. C'est donc davantage dans ce sens là qu'a été analysée la faisabilité de cette piste de réorganisation.

3.5.2 La démarche au CHI : l'expérimentation sur un service pilote : le service d'infectiologie

Le CHI avait opté dès le début pour une méthode progressive, en partant si possible d'une démarche volontaire d'un service demandeur. L'initiative est venue de la DAFC, qui a profité de l'occasion qui s'est présentée à la suite du contrôle T2A mené par les médecins-conseils de l'assurance maladie, pour convaincre le service en question. En effet, il est apparu nécessaire de réviser la définition des activités d'hôpital de jour et de consultation externe en particulier pour le secteur de l'infectiologie (patients VIH dont la prise en charge est plus délicate).

Au vu des premiers résultats de ce contrôle, il a été jugé opportun de réorganiser le circuit du patient dans ce service, le médecin étant le seul compétent pour déterminer du mode de prise en charge.

Compte tenu du fait que le médecin ne peut déterminer le mode d'entrée (HDJ ou Cex) qu'en examinant le patient, il a été retenu l'idée de la déconcentration de la création des dossiers pour les consultations externes.

Ainsi, le malade ayant rendez-vous se présente en premier lieu dans le service dermatologie – infectiologie. Le médecin décide alors du mode de prise en charge pour la réalisation du bilan.

- pour le cas d'une HDJ, le patient se présentera au bureau des entrées pour la création d'un dossier (étiquettes)
- pour le cas d'une Consultation externe, 2 possibilités sont envisagées : si le malade vient pour la première fois à l'hôpital, l'infirmière ou la secrétaire médicale le réoriente vers l'accueil des Consultations externes pour la création de son identité et la création de son premier dossier (IPP) ; si le malade est déjà venu, l'infirmière ou la secrétaire médicale crée un dossier et reprend les éléments administratifs existants.

Cette expérimentation est extrêmement intéressante pour la suite du projet à divers titres : premièrement, le fait que l'initiative ait été prise conjointement par le DAFC et le DIM, et que le contrôle T2A ai corroboré l'hypothèse de travail, confère systématiquement une légitimité à cette organisation, qui a donc naturellement vocation à être généralisée.

D'autre part, mais cet élément constitue également une limite au projet, il n'y a pas d'AMI facturable en plus de la consultation, et le fait que tous ces patients soient exonérés du TM car atteints d'une maladie prise en charge à 100% (ALD) fait qu'il n'y a aucun règlement à encaisser. Par conséquent, cette expérience de «déconcentration » des consultations externes n'est pas complète, puisque :

- il s'agit davantage d'un transfert des tâches des agents administratifs vers le secrétariat médical ; de plus les cotations des analyses de laboratoire restent saisies par les agents des consultations externes au retour des résultats.
- Il n'y a pas d'encaissement, or il faudra pourtant l'envisager dans le cadre des autres activités de consultations externes.

Il s'agit cependant d'une avancée importante, car cette expérience démontre la sensibilisation réussie du personnel médical et des secrétariats médicaux aux adaptations nécessaires corollaires à la mise en place effective de la T2A.

Cependant, les conditions d'une possible généralisation sont à étudier, eu égard au personnel disponible, et aux évolutions de l'organisation générale de l'établissement avec la nouvelle gouvernance.

3.5.3 Conditions de la généralisation de la déconcentration et pertinence de l'intégration des services d'admission dans les futurs pôles

Le rapprochement des services d'admission des services de soins, et donc leur « déménagement » en tant qu'antennes du BDE dans les services, représente un bouleversement majeur, qui appelle à une grande difficulté : le déploiement du personnel et surtout l'insuffisance de personnel pour atteindre cet objectif.

En effet, un certain nombre de cadres de santé interrogés sur ce projet ont été claires : si elles adhèrent au projet de rapprochement de l'enregistrement administratif du patient des services de soins, cela ne doit pas « être un prétexte à l'embauche de personnel administratif supplémentaire, alors que nous manquons cruellement d'infirmières »⁶⁵. La formulation de propositions efficaces à moyens constants était donc une des premières conditions posées.

Par conséquent, la condition sine qua non de la réussite de ce projet est simple : l'obtention d'une polyvalence totale des agents. Celle-ci doit être fonctionnelle : fusion des équipes du bureau des entrées et des consultations externes afin de pouvoir les déployer plus facilement. Effectivement, si l'on prend l'exemple des consultations externes, on dispose actuellement au CHI de 3 ETP temps plein, de deux ETP à 80% et enfin d'un agent en cessation progressive d'activité (50%). Sachant que seuls les 3 ETP temps plein et un ETP à 80% font de l'enregistrement de dossier (les deux autres agents sont exclusivement à la facturation et au contentieux), il est actuellement impossible de déployer ces agents dans les services.

La mise en place du travail par portefeuille doit donc être une phase préalable à ce projet, car cette organisation va permettre de former progressivement les agents à l'ensemble des tâches de la chaîne de facturation.

Enfin, afin d'accroître cette polyvalence, le CHI doit travailler à une homogénéisation des statuts et grades de ces agents : l'option choisie par divers établissements de remplacement des agents administratifs exclusivement par des secrétaires médicales semble être une bonne voie à la création d'une filière métier « accueil » réunissant des agents de statut et grade similaire. Effectivement, aujourd'hui au CHI de nombreuses secrétaires médicales des services sont en fait des agents administratifs faisant fonction. L'objectif est donc simple et ambitieux : faire intervenir dans le projet les secrétaires médicales, en augmentant l'articulation de leur travail avec les agents administratifs. Dans un premier temps, cela va se traduire par un transfert de certaines tâches aux secrétariats médicaux. Ensuite, il conviendra de rehausser le niveau des compétences des agents, en les amenant à passer le concours de secrétariat médical. Ce qui permettra une valorisation et un accroissement des compétences de ces agents. Enfin, les agents qui ne souhaitent pas cette valorisation et qui ne souhaitent pas être « déconcentrés » dans les services s'occuperaient de la caisse dans un premier temps au niveau central, puis progressivement l'encaissement étant également fait dans les services, s'occuperaient uniquement de l'orientation des patients et du premier accueil. On pourrait envisager la

⁶⁵ Entretien auprès d'une cadre supérieure de santé.

création d'un «Espace accueil clientèle », qui permettrait au CHI de développer par ailleurs l'accueil téléphonique, un service de plus en plus proposé par les EPS.

Afin de pouvoir juger effectivement de la pertinence et de la faisabilité de la déconcentration du BDE dans les services, la méthodologie suivante a été appliquée : à partir du nombre d'admissions directes, du nombre d'entrées en soins externes et du nombre d'entrées en hôpital de jour, pour chaque service, et à partir du nombre d'ETP bureau des entrées et consultations externes confondus, a été calculé la répartition. Le même calcul a été opéré concernant les secrétariats médicaux, que l'on a comparés aux effectifs actuels. Voici le tableau récapitulatif :

Service	Nbre d'entrées	Nombre d'hospitalisations de jour	Nombre de consultations externes	TOTAL	Nombre d'ETP agents administratifs	Nbre d'ETP secrétaires médicales théorique	Nbre de secrétaires médicales dans le service	Ecart
Médecine cardiologie	1585	251	1897	3733	0,8	2	4,1	2,1
Médecine interne	678	2358	1399	4435	0,9	2,4	3	0,6
Médecine pneumologie	536	446	1491	2473	0,5	1,3	1,3	0
Pédiatrie	1503	587	3452	5542	1,2	3	2	-1
Médecine hépato-gastro-entéro	712	91	2340	3143	0,7	1,7	2,5	0,8
ORL/Stomatologie	132	31	5832	5995	1,3	5,2	1	-4,2
Ophthalmologie	175	37	2434	2646	0,5			
Urologie	372	628	0	1000	0,2			
Chirurgie digestive	638	67	0	705	0,15	2,4	2,8	0,4
Chirurgie viscérale	0	0	3796	3796	0,8			
Chirurgie orthopédique et traumatologie	839	51	4661	5551	1,2	3	2	-1
Gynécologie/Obstétrique	1597	281	5023	6901	1,5	3,7	3,5	-0,2
Réanimation/Surveillance continue/Anesthésiologie	492	0	0	492	0,1	0,3	3	2,7
Chirurgie ambulatoire	0	1265	0	1265	0,3	0,7	1	0,3
Hôpital de jour gériatrie	0	871	0	871	0,2	0,5	0	-0,5
Laboratoire	0	0	12144	12144	2,6	0	0	0
Imagerie médicale	0	0	16961	16961	3,6	0	0	0
TOTAL	9259	6964	61430	77 653	16,5	26,2	26,2	

La conclusion principale que l'on peut tirer de ce tableau est que le projet de déconcentration des services d'admission ne peut donc, à moyens constants, être possible pour le CHI que si un certain nombre de tâches sont transférés aux secrétariats médicaux (prise de rendez-vous, codification des actes CCAM, création des dossiers pour les patients déjà venus) et donc uniquement si l'articulation des tâches avec des binômes

secrétariats médicaux/agents administratifs est effective et efficiente. En effet, on constate que la répartition des secrétaires médicales dans les services n'est pas égale, même si ce tableau devrait être précisé grâce à d'autres données : évaluation du temps consacré selon chaque type de dossier par exemple.

Par conséquent, une déconcentration des agents du bureau des entrées est tout à fait envisageable à condition qu'elle soit accompagnée d'un redéploiement des secrétariats médicaux, tout en tenant compte des possibilités architecturales. La nouvelle gouvernance et l'éventualité de l'intégration des bureaux des entrées dans les pôles peuvent alors constituer un prétexte à la conduite du changement.

*« Les pôles d'activité sont créés par le conseil d'administration sur proposition du conseil exécutif. Cette organisation doit s'inscrire de manière cohérente dans la politique globale de l'établissement. A cet effet, l'article L. 6146-1 précise que les pôles d'activité clinique et médico-technique sont définis sur la base du projet médical, lui-même intégré dans le projet d'établissement. Le nombre et la configuration des pôles sont laissés au choix de l'établissement. Cependant, dans la logique de la réforme, les pôles d'activité doivent revêtir une masse critique suffisante pour leur permettre d'assurer **une gestion déconcentrée. L'organisation en pôles obéit à une logique de simplification et de déconcentration.** »⁶⁶*

Cette logique de « déconcentration » à laquelle doit répondre l'organisation en pôles semble être le principe retenu au CHI. Ce principe juridique implique effectivement que dans le cadre de la délégation de gestion, celle-ci se fera dans tous les cas sous l'autorité hiérarchique du directeur, la gestion interne des pôles devant être en conformité avec les objectifs fixés dans le projet d'établissement. C'est également l'opinion de la DRH, qui lorsque nous l'avons interviewé au sujet de la répartition du personnel dans le cadre de la déconcentration des services d'admission, a précisé que ce n'est que dans le cadre d'une déconcentration de ces services, et absolument pas dans le cadre d'une décentralisation, qu'elle envisage et adhère à ce changement. On peut donc conclure qu'une décentralisation, c'est à dire une gestion par les futurs pôles des services d'admission peut être envisageable pour un CHU, mais pas pour un CH du fait du manque de personnel ; d'autre part cette hypothèse n'est pas pertinente non plus du fait de la configuration architecturale et géographique d'un centre hospitalier.

⁶⁶ DHOS, Juillet 2006, *Présentation de la réforme de la gouvernance hospitalière*, p.73

Conclusion

Au terme de cette étude, la principale conclusion que nous pouvons tirer est la suivante : les Etablissements Publics de Santé connaissent actuellement une telle remise en cause de leurs organisations du fait de la mise en place de la T2A, et des réformes corollaires ou conjointes, que la gestion de tout projet touchant de près ou de loin cette réforme, se révèle complexe.

Nous avons également compris que si l'on a coutume de parler de « cloisonnement excessif » entre les services au sein des hôpitaux, il existe une forte imbrication des activités, et donc une interdépendance entre ces services. Par conséquent, on ne peut mener un projet à bien, même si celui-ci ne concerne a priori que trois services, sans impacter d'autres acteurs, et donc sans les concerter et les faire adhérer à la démarche.

Par conséquent, l'intérêt professionnel de ce stage et de ce mémoire a été double : au-delà des compétences techniques acquises du fait de l'analyse des impacts financiers, techniques, budgétaires liés à l'application d'une réforme conséquente et complexe, c'est les diverses facettes du métier de directeur d'hôpital que nous avons pu découvrir : du technicien « financier » chargé de se tenir au fait des multiples nouveautés touchant le monde hospitalier, au manager participatif capable de rendre intelligible les réformes, et capable d'emporter l'adhésion des acteurs « opérationnels », en passant par « l'entrepreneur pilote » de la stratégie à construire pour son établissement, c'est un riche métier que nous avons pu découvrir, et bientôt pratiquer.

Bibliographie

Ouvrages :

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

GROLIER J., PERARD Y., PEYRET Ph., *La comptabilité analytique hospitalière médicalisée*. Rennes. Editions ENSP, 2002.

PELJAK D., *L'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD)*. Bordeaux. Les Études Hospitalières, mars 2006.

Documents officiels :

CIRCULAIRE N° DHOS/F1/F4 2006/269 du 19 juin 2006 relative à la suppression du taux de conversion appliqué à la valorisation trimestrielle de l'activité des établissements de santé publics et privés désignés aux a), b) et c) de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.

Convention d'objectifs et de gestion 2006/2009 entre l'Etat et la CNAMTS, version 12.07.06 (V2).

Circulaire DH05/E3 n°2005-578 du 27 décembre 2005 relative à la généralisation de la télétransmission vers les caisses d'assurance maladie et l'adaptation des systèmes d'information des établissements de santé mentionnés aux a, b, c de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale aux dispositions portées par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

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 système d'information cibles et des niveaux d'évolution proposés pour la mise en œuvre de la T2A (PMSI et facturation)*, Version 1.0, 2005.

DHOS, *Présentation de la réforme de la gouvernance hospitalière*, juillet 2006

Décret n°2005-1474 du 30 novembre 2005 relatif à l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements de santé.

Ordonnance n°2005-1112 du 1^{er} septembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé et à certains personnels de la fonction publique hospitalière.

Ordonnances n°2005-406 du 2 mai 2005 introduisant la réforme du régime budgétaire et comptable des EPS.

Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie (Direction générale de la comptabilité publique), Ministère de l'emploi et de la solidarité (Direction des hôpitaux),

Instruction budgétaire et comptable applicable aux établissements publics de santé, Tome III, La tenue des comptabilités, Instruction codificatrice n°00-031-M21 du 23 mars 2000.

Articles et périodiques :

BIRON N., FAUJOUR V. Les outils du pilotage stratégique. L'ère de la gestion partagée. *Gestions Hospitalières*, juin-juillet 1998, p.439-445.

BOUINOT C., La conjoncture hospitalière des hôpitaux publics en 2004 et 2005, *Gestions Hospitalières*, mai 2006, p. 317-322.

CASH R. La tarification à l'activité : deuxième année de mise en œuvre, *Les Cahiers hospitaliers*, Juin 2006, p.12.

COURAY-TARGE S., PRADAT E., GANNE C., SELLERET F-X. Les recettes par service. *Gestions Hospitalières*, novembre 2005, p.695 – 698.

COURAY-TARGE S., SELLERET F-X, BUGNON MURYS F., HEUCLIN C., Décliner la T2A en gestion budgétaire interne. *Gestions hospitalières*, novembre 2005, p.691-694.

DUFEY H., FEUGAS M., MORICE Y. Harmoniser le système d'information des établissements de santé. Une ambition, un challenge, un projet, *Revue Hospitalière de France*, n°482, septembre-octobre 2001, p.48-54.

EXPERT P. Le tableau de bord idéal : arlésienne et phénix. *Revue Hospitalière de France*, n°504, mai-juin 2005, p.48-51.

EXPERT P., Tarification à l'activité. Gestion et contractualisation internes, *Gestions Hospitalières*, janvier 2004, p.18-21.

EXPERT P., PEYRARD Y., La comptabilité analytique au cœur de la prise de décision, *Revue Hospitalière de France*, n°482, septembre-octobre 2001, p.40-46.

FAUJOUR V., ROESLIN N., L'utilisation du PMSI dans le cadre d'une démarche de benchmarking. Stratégies possibles d'utilisation des informations issues des coûts par GHM, *Gestions Hospitalières*, juin-juillet 1998, p.417-424.

HUSSON J., TEIL A., Le PMSI, entre opportunités comptables et contraintes organisationnelles. Où la somme des parties n'est pas égales au tout..., *Gestions Hospitalières*, octobre 2005, p.629-633.

PFEIFFER M. Refondre la chaîne de facturation dans un contexte T2A. *Revue hospitalière de France*, n°508, Janvier-Février 2006, p. 44-50.

VIGUIER J-M et EICHENE B. Contractualisation d'un nouveau type avec le Trésor Public, *Revue Hospitalière de France*, n°508, janvier-février 2006, p. 58-61.

Mémoires :

BEAUDRAP S., *Accompagner la réforme de la tarification par le développement d'outils de gestion de la performance : le cas du CH de Dax*, Mémoire ENSP 2003.

CAUHAUPE J., *Le circuit de la facturation au CHU de Bordeaux : les réadaptations engendrées par la mise en place de la tarification à l'activité*, Mémoire ENSP 2004.

MALLET D., *Des bureaux des entrées à l'espace accueil clientèle : la conduite d'un projet de réorganisation d'une fonction administrative traditionnelle au CHU de Rouen*, Mémoire ENSP 2003.

PFEIFFER M., *Passage à la T2A au CHU de Nice : l'impact sur les services en charge du recueil des données médico-économiques*, Mémoire ENSP 2004.

Documents internes au CHI de Fréjus/St Raphaël :

Projet d'établissement 2005-2009.

Rapport du comptable pour l'exercice 2005 établi par le Trésorier de Fréjus.

Liste des annexes

- Annexe 1 : Liste des entretiens effectués pour la réalisation
du mémoire (p. 3)
- Annexe 2 : Tableaux de bord DIM : « Valorisation de l'activité
d'hospitalisation- juillet 2006 » (p.4)
- Annexe 3 : Tableaux d'indicateurs facturation (p.5-6)
- Annexe 4 : Tableaux de bord activité (par service) (p.7-8)
- Annexe 5 : Fiche projet « Cellule Recettes » (p.9)
- Annexe 6 : Fiche projet « Cellule Contrôle de gestion et
exploitation du SIH » (p.10)
- Annexe 7 : Fiche projet « Cellule de pilotage DAFC » (p.11)
- Annexe 8 : Fiche d'accompagnement –hospitalisation
D'une personne sans prise en charge (p.12)
- Annexe 9 : Organigramme actuel de la DAFC (p.13)
- Annexe 10 : Proposition de nouvel organigramme (p.14)
- Annexe 11 : Programmation de la démarche-projet
« Réorganisation du bureau des admissions » (p.15-16)

Liste des personnes rencontrées pour la réalisation du mémoire :

Acteurs internes à l'établissement :

- M. Coignard (Chef d'établissement)
- M. le Dr Kaidomar (Président de CME)
- M. Hernandez (DAFC)
- Mme Gazin (ancien attaché du BDE)
- M. El Mazani (attaché aux finances)
- M. le Dr Pinier (DIM)
- M. Milon (DSIO)
- M. Euzéby (contrôleur de gestion)

Acteurs externes à l'établissement :

- Mlle Marielle Pfeiffer (Directrice des recettes au CHU de Nice)
- Mme Bronda (Directrice de la Polyclinique de Notre Dame à Draguignan)
- M. Mougeolle (DAFC CH d'Antibes) et son attaché en charge des admissions
- M. Papy Michel (Trésorier de la TP de Fréjus)
- Mme Coppéty, Mme Mazza et Mme Laugier (CPAM de Toulon)
- Mme Sandrine Raffini (contrôleur de gestion du Centre Hospitalier du Pays d'Aix)

Divers :

- accompagnement de Mme Pfeiffer sur l'audit MEAH « Amélioration du recouvrement hospitalier » au CH de St Denis.

VALORISATION DE L'ACTIVITE D'HOSPITALISATION - JUILLET 2006

Nbre RUM 2005 Nbre RUM 2006 ECART+ ECART- RECETTE 2005 RECETTE 2006 ECART RECETTES + ECART RECETTES- Part dans T2A

Service : Médecine cardiologique	248	271	-23		477 734,20 €	632 439,83 €	-	154 705,62 €	11,83%
Service : Médecine hépato-gastro-entérologique	104	113		-9	287 722,01 €	263 493,67 €	24 228,34 €		7,16%
Service : Médecine interne	280	262		-2	356 129,03 €	353 176,32 €		7 047,29 €	8,88%
Service : Médecine pneumologique	113	124		-11	235 541,81 €	225 675,09 €	9 866,72 €		5,88%
Service : Hôpital de jour infectiologie-dermatologie	47	96		-49	22 072,24 €	46 516,45 €		24 444,21 €	0,55%
TOTAL MEDECINE	772	866		-94	1 379 199,29 €	1 531 301,35 €		152 102,06 €	34,31%
Service : Chirurgie orthopédique et traumatologique	144	136		8	403 717,55 €	442 312,66 €		38 595,10 €	10,09%
Service : Chirurgie viscérale	145	166		-21	397 604,98 €	388 576,12 €	9 028,86 €		9,82%
Service : Chirurgie ambulatoire	84	91		-7	68 896,00 €	79 467,55 €		10 571,55 €	17,12%
Service : Ophtalmologie	12	27		-15	21 177,60 €	48 966,57 €		27 788,97 €	0,53%
Service : Oto-Rhino-Laryngologie	35	19		16	43 119,68 €	28 450,12 €	14 669,56 €		1,07%
Service : Stomatologie complète	4	3		1	4 296,17 €	4 464,23 €		168,07 €	0,11%
TOTAL CHIRURGIE	424	442		-18	938 811,98 €	992 237,25 €		53 425,27 €	23,39%
Service : Gynécologie-obstétrique	406	378		29	672 511,67 €	678 265,63 €		5 753,96 €	16,73%
Service : Pédiatrie	321	288		33	355 645,80 €	370 471,67 €		4 825,87 €	9,10%
Service : Néonatalogie	22	26		-4	67 503,51 €	100 027,40 €		32 523,89 €	1,68%
TOTAL POLE MERE ENFANT	751	693		58	1 105 660,99 €	1 148 764,70 €		43 103,72 €	27,51%
Service : Médecine gériatrique (mi mars 2006)	64	0		64	193 958,87 €	- €	193 958,87 €		4,83%
Service : Hôpital de jour Gériatrie	71	113		-42	32 629,41 €	52 435,39 €		19 805,98 €	0,81%
TOTAL GERIATRIE	135	113		22	226 588,28 €	52 435,39 €	174 152,89 €		5,64%
Service : Réanimation	61	90		-29	274 138,09 €	295 703,24 €		21 565,15 €	6,82%
Service : Zone de surveillance de courte durée	134	132		2	95 122,20 €	102 523,83 €		7 401,63 €	2,37%
TOTALX	2277	2336		-59	4 019 520,82 €	4 122 965,77 €		103 444,95 €	100,00%

TABLEAUX DE BORD FACTURATION

1/ Typologie des dossiers traités par l'établissement :

Indicateurs	Nombre	Montant
Dossiers en code débiteur CMU complémentaire Dossiers en code débiteur AME (AME totale) Dossiers en code débiteur AME (AME partielle) Dossiers avec part payante (totale ou partielle) Dossiers 100% payants dont soins externes		
Dossiers migrants assurés (code débiteur relations internationales : permanents ou de passage)		
Dossiers non assurés sociaux facturés (personnes sans prise en charge) <ul style="list-style-type: none"> • dont nombre dossiers facturés soins urgents Dossiers non assurés sociaux non facturés		
Dossiers pris en charge à « 100% » en DG <ul style="list-style-type: none"> • soins externes (+séances) • hospitalisations : <ul style="list-style-type: none"> - avec exonération du forfait journalier - sans exonération du forfait journalier Nombre total de dossiers non facturables Nombre total de dossiers non facturés		

2/ Indicateurs de suivi et de pilotage de la qualité en matière de gestion des dossiers (complétude, fiabilité des informations, doublons)/productivité de la chaîne de facturation:

Indicateurs	Unité d'œuvre	Montant (impact financier)
Nombre mensuel global d'erreurs identité patient	Nbre	
Nombre mensuel d'erreurs par site d'enregistrement	Nbre	
Taux mensuel d'erreurs constatées global (nbre d'erreurs global/nbre total d'admissions)	%	
Nombre de doublons détectés sur dossiers étudiés (échantillon)	Nbre	
Part des doublons identifiés par les sites d'enregistrement eux-mêmes (nbre d'imprimés de fusion remplis par les services et nbre imprimés erreurs identité/nbre de doublons constatés)	%	
Nbre de dossiers créés par agent	Nbre	
Durée moyenne de traitement d'un dossier par agent (affichage des performances par service)	min	
Taux d'erreurs par agent et par service (affichage par service)	%	
Taux d'encaissement par agent (gestionnaire du dossier) et affichage par service	%	
Analyse des plaintes facturations (écrites et orales) : une fois par mois lors d'une réunion de service		

3/ Premiers indicateurs de performance de la chaîne de facturation :

Indicateurs	Unité d'œuvre	Outil/méthode
Nbre de demandes de paiement émises (avant émission du titre de recettes)	Nbre et valeur en €	Nbre de factures blanches
Nbre de titres de recettes émis	Nbre et valeur en €	Possibilité avec Hexagone avant chaque M.E.F et Impromptu (logiciel de requêtes)
Nbre de titres de recettes annulés/réemis	Nbre et valeur en €	Impromptu
Volume des chèques et virements reçus	Nbre et valeur	Valeur totale avec régie (c'est les transferts)
Taux de rejet par la trésorerie des titres émis et répartition par motif	%	Dans un premier temps le taux global ; puis répartition par motif
Taux de facturabilité des dossiers lors des MEF	%	Calcul à chaque MEF du pourcentage de rejets Hexagone sur le nombre de titres contenus dans le lot facturé
Hospitalisation : délai moyen de facturation et répartition selon le type de dossiers	Jours	Date de mise en lot de la facturation ou quittance – date de sortie du patient
Consultations externes : délai moyen de facturation soins externes et répartition par type de dossiers	Jours	Date de mise en lot de facturation ou quittance – date de soins
Taux de reste à facturer soins externes à date de sortie + 30j	%	Faisabilité à vérifier (Hexagone)
Taux de reste à facturer hospitalisation à date de sortie + 30j	%	Idem
Pourcentage de paiement en régie hospitalière	%	Montant encaissé en régie dans l'année civile/montant total des émissions de titres dont les titres régisseurs MCO
Pourcentage de paiement particulier en régie hospitalière (dans un deuxième temps)	%	Montant encaissé en régie dans l'année civile/montant total des émissions de titres vers les particuliers dont les titres régisseurs MCO
Pourcentage de paiement en régie soins externes	%	Montant encaissé en régie/montant total facturé
Taux de création des dossiers à partir de la Carte Vitale	%	Demander à NLB via Squel
Taux de dossiers complétés/modifiés après la sortie du patient	%	Impromptu
Taux de recouvrement des titres	%	Montant total des titres émis dans l'année non recouverts (hors mises en non valeur)/Montant total des titres émis dans l'année Précision : si effectivement la TP nous le fait par montant, possibilité de l'avoir par titres ?
Répartition du nombre de titres par catégorie de débiteurs	%	Hexagone lors de l'édition des M.E.F

Tableaux de bord activité

A/ DONNES GENERALES: DMS, âge, caractéristiques des séjours du CR

	Unité	Hôpital/Service	Base	Ecart
DMS				
Age moyen				
- de 5 ans				
+ de 80 ans				
Taux de décès				
Nombre d'UM fréquentées				
Passages SMUR				
Passages Urgences				
Passages Réanimation				
DMS Réanimation				

Objectifs :

- DMS: permet d'expliquer les différences de coûts apparaissant sur des postes de dépenses ventilées à la journée. Les causes d'un allongement systématique des séjours pouvant être: l'âge des patients, le mode d'entrée (admissions programmées qui donnent généralement des séjours plus courts que les admissions par les urgences), organisation générale de la prise en charge (gestion des files d'attentes examens, nombre d'Unités Médicales fréquentées, organisation de la sortie du patient et structures de dégagement...)
- l'âge: peut cacher de grandes disparités selon la répartition entre les patients très âgés et les plus jeunes
- le déroulement du séjour: le nombre d'UM fréquentées (signe de la spécialisation des services, d'un découpage très fin en UM, d'erreurs d'orientation de patients, existence d'un service porte très actif, une utilisation massive de la réanimation);
- passage en réanimation et DMS: explication importante du point de vue de l'explication des coûts, car génère des coûts de personnel élevés et ne doit pas être interprété uniquement comme l'indication d'une sévérité particulière de l'état du malade, mais peut aussi être fonction de l'organisation médicale et de la capacité en lits du service de réa.

B/ Analyse des séjours les plus longs: réflexion sur les hypothèses d'explication

Source : CHPA

Durée dans le CR en jours	Age/Sexe	Mode de sortie	Mois	Diagnostic Principal

Objectif :

Permet de connaître et comprendre une durée « atypique » d'un séjour, grâce au renseignement de différents facteurs classiques d'allongement de l'hospitalisation.

C/ Top GHM les plus représentatifs du CR:

GHM	Libellé du GHM	Nombre de séjours dans le CR	Importance dans le CR	Tarifs	Recettes générées	Importance des recettes générées (%)
TOTAL						

Objectif: repérer dans le CR les GHM les plus représentatifs de l'activité du CR (en nombre de séjours/en importance de recettes générées). Permet de démontrer que les GHM pris en charge le plus fréquemment ne sont pas ceux qui génèrent le plus de recettes.

D/ Participation du CR aux recettes par GHM

GHM	Libellé du GHM	Nombre de journées produites	Participation du CR à la prise en charge du GHM dans l'hôpital	Participation du CR aux recettes de l'hôpital pour la prise en charge de ce GHM

Objectif: évaluer la participation du CR à la prise en charge d'un GHM (en nombre de séjours et en recettes générées).

E/ GHM avec le + de journées économisées/utilisées

GHM	Libellé du GHM	Nombre de journées produites dans le CR	Nombre de journées produites dans le CR « fictif » (base ENC)	Participation du CR à la prise en charge du GHM	Nombre total de journée économisées/utilisées

Objectif: Il s'agit ici des GHM pour lesquels les séjours s'écartent le plus des durées nationales théoriques. Le pourcentage de participation du CR à la prise en charge du GHM dans l'hôpital indique s'il s'agit d'un GHM présent de façon majoritaire dans le service ou si on le retrouve également dans d'autres services.

Thématique : Suivi de l'activité de la chaîne de facturation

1. Titre : FICHE PROJET CELLULE RECETTES

2. Problématique :

Contexte et constat de départ :

- contexte de réorganisation de la chaîne de facturation au CHI
- absence d'outils de suivi, d'indicateurs de suivi de la performance de la chaîne de facturation
- aucun outil ni mode/habitude de reporting sur cette activité ni à la direction/ni aux agents opérationnels
- absence de coordination entre les différents acteurs responsables du processus

3. Références :

- Guide du recouvrement de la DHOS
- Instruction codificatrice N°00-031-M21, Instruction budgétaire et comptable applicable aux établissements publics de santé
- Instruction codificatrice n°05-050-MO du 13 décembre 2005.

4. Objectifs :

- choix et exploitation des indicateurs à mettre en place pour le suivi de la facturation, de l'encaissement et du recouvrement des recettes
- réflexion en interne pour l'élaboration de la convention à soumettre à la Trésorerie
- mission principale : mise en perspective des données de facturation avec les données financières
- deuxième mission principale : détermination et amélioration de la politique de recouvrement et d'apurement des créances irrécouvrables
- préparation des réunions avec la TP (techniques et trimestrielles)

5. Coûts prévisibles :

- réunions
- requêtes, renseignement des indicateurs (formation Impromptu)

6. Equipe projet :

- Directeur de projet : le DAFC
- Chef de projet : l'attaché aux finances
- Groupe de travail :
 - L'attaché responsable du bureau des admissions
 - L'adjoint des cadres du bureau des admissions
 - L'adjoint des cadres der services financiers

7. Calendrier prévisionnel :

Quoi	Quand					
	2006			2007		
	Octobre	Novembre	Décembre	Janvier	Février	Mars
1. Mise en place de la cellule et validation de la fiche projet						
2. Choix et renseignement des indicateurs						
3. Elaboration de la convention						
4. Mise en œuvre de la convention						

8. Validation par la cellule de pilotage DAFC :

Date :

Thématique : Développement de la comptabilité analytique

1. Titre : CELLULE CONTROLE DE GESTION ET EXPLOITATION DU SIH

2. Problématique

Contexte/Constat de départ :

- recrutement récent d'un contrôleur de gestion
- CAH rudimentaire au CHI
- Dans le contexte de la nouvelle gouvernance, nécessité d'une analyse plus fine, en termes de coûts, de l'activité, service par service, puis par pôles dans la perspective de la contractualisation
- Rattachement du contrôleur de gestion au DAFC à officialiser

3. Références

- Guide de comptabilité analytique hospitalière médicalisée (JO version 2004)
- Mise en place d'une CAH opérationnelle désormais obligatoire (cf textes nouvelle gouvernance)

4. Objectifs :

- Révision du FICOM
- participation à la base d'Angers
- élaboration d'un TCCM établissement
- participation au chantier MEAH « déploiement de la comptabilité analytique »
- participation au chantier MEAH « développement de la chirurgie ambulatoire »
- expérimentation de tableaux de bord pour l'activité du pôle des maladies de l'appareil digestif
- déploiement de la CAH par service/pôle

5. Coûts prévisibles :

- réunions de travail
- réunions de communication auprès des services
- formations

6. Equipe projet

- Directeur de projet : DAFC/DIM
- Chef de projet : contrôleur de gestion
- Groupe de travail :
 - Attaché aux finances
 - DIM
 - DSIO
 - DAFC
 - TIM
 - Statisticien

7. Calendrier prévisionnel:

Quoi	Quand																			
	2006								2007											
	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Validation de la fiche projet																				
Révision du FICOM																				
Participation à la base d'Angers																				
Elaboration du TCCM établissement																				
Participation au chantier MEAH comptabilité analytique																				
Participation au chantier MEAH chirurgie ambulatoire																				
Elaboration de tableaux de bord pour le pôle																				
Déploiement de la CAH par service/pôle																				

8. Moyens permettant la pérennisation de l'action :

- réunions de services DIM/Contrôleur de gestion pour informer et échanger autour des tableaux de bord

9. Validation en Cellule de pilotage interne DAFC

Date :

Thématique : pilotage interne à la DAFC

1. Titre 1 : CELLULE DE PILOTAGE DAFC

2. Problématique

Contexte/Constat de départ :

- contexte T2A et EPRD qui appelle à l'importance d'une analyse de mise en perspective des dépenses/des recettes/et des coûts générés
- cloisonnement actuel entre ces trois types d'analyses
- absence/début d'une analyse en termes de coûts
- contexte de la nouvelle gouvernance et de la contractualisation par pôles

3. Références

- Guide GMSIH sur le pilotage
- Guide de comptabilité analytique hospitalière médicalisée
- EPRD
- Guide « Présentation juridique de la nouvelle gouvernance » DHOS juillet 2006

4. Objectifs

- production de données, élaboration de tableaux de bord de suivi de l'activité, de valorisation en recettes, de suivi des dépenses et des coûts
- comparaison aux bases nationales existantes (benchmarking hospitalier)
- développement d'une analyse complète confrontant ces trois types de données et prospective
- échange et prise de décision autour de ces données

5. Coûts prévisibles

- réunions
- communication dans les services et instances

6. Equipe projet

- Directeur de projet : DAFC
- Chef de projet : DAFC
- Groupe de travail :
 - DAFC
 - DIM (volet activité et valorisation financière)
 - Attaché des affaires financières (volet dépenses et recouvrement)
 - Contrôleur de gestion (volet coûts)
 - Ingénieur qualité (dans un deuxième temps)
 - Attaché ressources humaines (dans un deuxième temps)

Déroulement : à l'occasion de la transmission du fichier FICHSUP, analyse préalable de l'activité de l'établissement sous les trois volets dépenses/recettes/coûts ; analyse enrichie ensuite par volet qualité et volet dépenses/coût en personnel

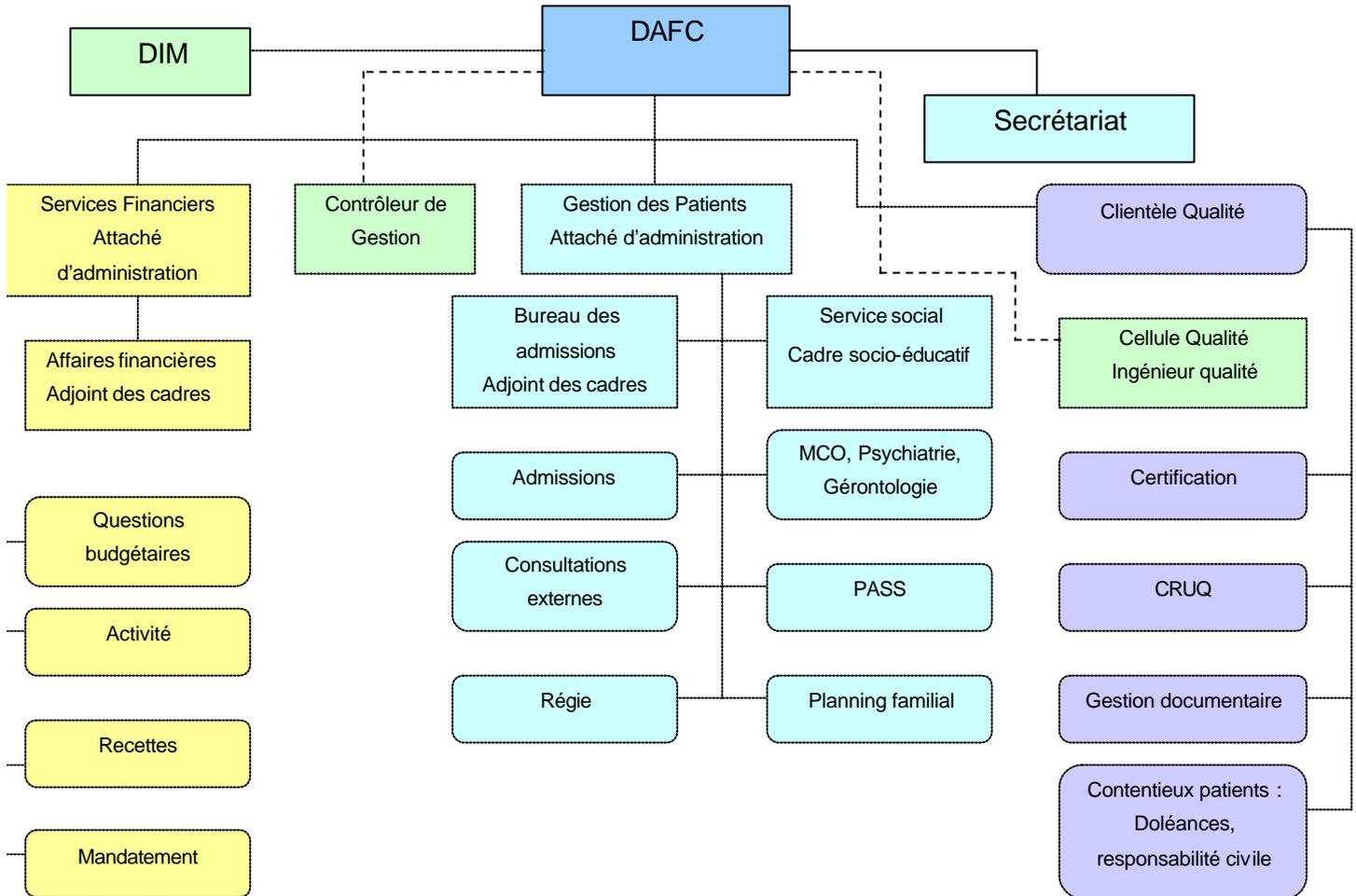
7. Calendrier prévisionnel

Quoi	Quand															
	2006				2007											
	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Validation fiche projet																
1. Analyse en termes de recettes et dépenses																
2. Analyse en termes de coûts																
3. Mise en perspective régulière recettes/coûts/dépenses préalable à prochain envoi de FICHSUP																
4. Production/Intégration tableaux de bord qualité/ressources humaines																

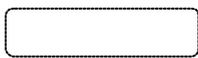
8. Validation par le DAFC :

Date :

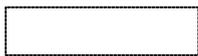
Organigramme actuel de la DAFC :



Légende :



Activité



Responsable



Lien hiérarchique informel (agents actuellement rattachés directement à la Direction générale)

Proposition de nouvel organigramme de la DAF

