



EHESP

Elève Directeur d'Hôpital

Promotion : **2010-2012**

Date du Jury : **Décembre 2011**

**« L'amélioration de la facturation et
du recouvrement: une nécessité à
l'heure de la tarification à l'activité -
Analyse comparée et propositions
dans trois sites du Groupe Hospitalier
Hôpitaux Universitaires Paris Est»**

Anne-Emmanuelle

THOMAS

Remerciements

Je présente tous mes sincères remerciements à l'équipe de direction du groupe hospitalier HUPE, pour l'accueil chaleureux qui m'a été réservé pendant mon stage.

Je remercie plus particulièrement :

-toute l'équipe de l'« ancien » Saint-Antoine (Martine Olivier, Patrick Delamare, Dominique Abeillé, Françoise Saget, Sophie Navarre, Dominique Guinard, Maryse Seinturier, Colette Fiori, Nicolas Jaouen ...) pour m'avoir si bien intégrée, dès mon arrivée ;

-les cadres des admissions-frais de séjour-traitements externes qui ont fait preuve de beaucoup de patience pour « décortiquer » avec moi le circuit de facturation et me le rendre compréhensible ;

-Nathalie Vergne-Labro pour sa disponibilité tout au long de la réalisation de ce mémoire, et surtout pour la sympathie et l'amitié qu'elle m'a témoignées ;

-Gaïa Gans, qui m'a confié l'épineux dossier de coordination des élections professionnelles, source de quelques insomnies, mais très enrichissant ; ce fut un plaisir pour moi d'échanger avec toi, tant professionnellement que personnellement ;

-Catherine Latger, ma maître de stage, qui s'est beaucoup investie pour me transmettre son expérience professionnelle, qui m'a accordé sa confiance tout en étant toujours présente lorsque j'en avais besoin. J'espère que je serai à la hauteur du poste que tu t'apprêtes à me confier.

Bien sûr, je remercie Jean-Claude Moisdon, mon encadrant mémoire, pour son appui méthodologique et technique, pour ses questions qui m'ont obligée à pousser mon raisonnement plus loin, et pour sa relecture attentive au fond d'un lit de SSR.

A ma mère, qui veille...

A Valère,

Mon amour ce qui fut sera
Le ciel est sur nous comme un drap
J'ai refermé sur toi mes bras
Et tant je t'aime que j'en tremble
Aussi longtemps que tu voudras
Nous dormirons ensemble

Louis ARAGON

Sommaire

Introduction	1
1 Dans un contexte budgétaire contraint et de tarification à l'activité, l'impact des résultats de facturation sur la situation financière du Groupe Hospitalier HUPE nécessite de mettre en œuvre des actions d'amélioration de la facturation.	5
1.1 Un contexte budgétaire et financier très contraint	5
1.1.1 Loi de financement de la sécurité sociale et campagne tarifaire nationale	5
1.1.2 Les répercussions sur l'AP-HP et le GH HUPE	6
1.2 Les performances du GH en matière de facturation sont inégales et ont des conséquences budgétaires et financières non négligeables.....	11
1.2.1 Les tableaux de bord font apparaître des résultats perfectibles pour le GH dans son ensemble, et contrastés entre les sites	11
1.2.2 L'analyse des causes d'annulation, de rejet B2 ou de non recouvrement montre que ces dysfonctionnements sont souvent évitables	19
2 La complexité des organisations et du circuit de facturation nécessite d'établir un diagnostic précis, préalable indispensable à la mise en œuvre d'un plan d'actions.	23
2.1 Dans le cadre du Plan d'Amélioration de la Facturation et du Recouvrement initié par le Siège, des audits ont été réalisés en 2008 et 2009 sur les 3 sites	23
2.1.1 Le Siège s'est saisi de la T2A pour impulser une dynamique de changement dans le secteur des AFSTE	23
2.1.2 Le PAFR s'est appuyé sur des audits du circuit de facturation réalisés en 2008 et 2009 sur les 3 sites.....	24
2.2 La nécessaire actualisation des résultats de ces audits	31
2.2.1 Des organisations du circuit de facturation hétérogènes	31
2.2.2 Réalisation d'un nouveau diagnostic	33
3 La politique d'amélioration de la facturation proposée doit poursuivre trois objectifs : produire des résultats quantitatifs à court terme, impulser une dynamique de restructuration profonde du circuit de facturation à moyen terme, tout en préparant le passage à la FIDES	39
3.1 Dans un premier temps, la politique d'amélioration de la facturation du GH repose sur un plan d'actions ciblées	40
3.1.1 Elaborer un tableau de bord de suivi du circuit de facturation en routine pour avoir une vision synthétique des points forts et des points faibles du GH.	40

3.1.2 Absorber le retard du GH en matière de facturation sur les traitements externes et les frais de séjour	41
3.1.3 Former les agents pour diminuer le nombre de dossiers en contentieux	42
3.1.4 Réorganiser le circuit patient pour fiabiliser les données patients	42
3.2 Les actions doivent s'accompagner à moyen terme de mesures plus structurantes	46
3.2.1 Se saisir du levier « ressources humaines »	46
3.2.2 Impliquer les pôles dans le circuit de facturation.....	50
3.2.3 Réorganiser l'ensemble du circuit patient pour le fiabiliser.....	51
3.3 ... dans le but de préparer le passage à la facturation individuelle des établissements de santé.....	53
Conclusion.....	55
Bibliographie.....	57
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AFSTE : admissions-frais de séjour-traitements externes
ALD : Affection Longue Durée
AMC : Assurance Maladie Complémentaire
AME : Aide Médicale d'Etat
AMO : Assurance Maladie Obligatoire
ANV : admissions en non valeur
AP-HP : Assistance Publique- Hôpitaux de Paris
ARH : Agence régionale de l'Hospitalisation
ARS : Agence régionale de Santé
ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
BUCA : Bâtiment Urgences Chirurgie Anesthésie
CAF : Caisse d'Allocations Familiales
CDR : Consultation des Droits en Ligne
CHU : Centre Hospitalo-Universitaire
CMU : Couverture Maladie Universelle
CNI : Créances Non Imputées
DAF : Dotation Annuelle de Financement
DEF : Direction Economique et Financière
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DIM : Département de l'Information Médicale
DMI : Dispositifs Médicaux Implantables
EPRD : état prévisionnel des recettes et des dépenses
ETP : Equivalent Temps plein
Ex-DG : ex-Dotation Globale
FIDES : Facturation individuelle des établissements de santé
FMESPP : Fonds de modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés
GH HUPE : Groupe Hospitalier –Hôpitaux Universitaires Paris Est
HAD : Hospitalisation à Domicile
IGAS : Inspection Générale des Affaires sociales
IGF : Inspection Générale des Finances
MeaH : Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers
MIGAC : Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
NBI : Nouvelle Bonification Indiciaire
NPAI : N'habite pas à l'adresse indiquée

NSI : Nouveau Système d'Informations
ODMCO : Objectif de Dépenses Médecine-Chirurgie-Obstétrique
ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
OQN : Objectif Quantifié National
PAFR : Plan d'Amélioration de la Facturation et du Recouvrement
PEC : Prise en charge
PU-PH : Professeur des Universités- Praticien Hospitalier
SAU : Service d'Accueil des Urgences
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
T2A : tarification à l'activité
TPER : Tableau Prévisionnel des Effectifs Rémunérés
USLD : Unité de Soins de Longue Durée

Introduction

« Bien plus qu'une simple réforme parmi d'autres, la tarification à l'activité est une véritable révolution du secteur hospitalier public, inversant la logique de financement des activités cliniques et médico-techniques jusqu'alors en vigueur. Ce n'est plus une dotation globale annuelle mais des recettes liées directement au niveau d'activité revendiqué par l'établissement qui permettront à celui-ci de financer à la fois ses dépenses courantes et ses investissements.

Dès lors, les dysfonctionnements au niveau de la chaîne de facturation/recouvrement des établissements [...] dévoilent cruellement leur ampleur et leur impact sur l'état des finances globales de l'hôpital : si par le passé rien n'invitait les établissements à considérer l'optimisation du processus de facturation comme une priorité, le principe même de la T2A place dès aujourd'hui cette problématique parmi les enjeux majeurs, pour ne pas dire vitaux, du secteur hospitalier, *a fortiori* pour les prochaines années. » Cette citation extraite de l'introduction au guide de la MeaH relatif à l'optimisation de la chaîne de facturation et de recouvrement hospitalière¹ montre à quel point les performances des établissements de santé publics en matière de facturation sont un enjeu majeur, mais laisse entrevoir également qu'optimiser ce processus peut se révéler être une tâche ardue dans la mesure où il s'agit d'un changement radical de mode de financement.

C'est dans ce cadre que nous avons été amenés à considérer qu'améliorer la facturation et le recouvrement du Groupe Hospitalier « Hôpitaux Universitaires Paris Est », trois ans après le passage à une T2A à 100% est un objectif incontournable, mais aussi ambitieux.

La facturation et le recouvrement sont l'aboutissement d'un processus qui débute dès la prise de rendez-vous du patient en cas d'acte programmé et qui s'achève lorsque la créance est recouvrée. Il n'est pas rare qu'il s'écoule jusqu'à 36 mois entre le premier contact du patient avec l'hôpital et l'encaissement de la créance ; il s'agit d'un processus long, car la chaîne de facturation/recouvrement désigne une succession d'étapes multiples. Ces dernières concernent tant le patient hospitalisé que le patient externe : pré-admission et admission en cas d'hospitalisation (ouverture ou mise à jour du dossier administratif), codage des actes, facturation du dossier, émission d'un titre de recettes qui est transmis à la caisse d'assurance maladie gestionnaire, à une mutuelle ou au patient, puis recouvrement, amiable ou contentieux.

¹ Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers, 2008, *Optimiser la chaîne de facturation/recouvrement hospitalière, Retours d'expériences*, Berger-Levrault, p 15.

La description de ce processus met en lumière le lien direct qui existe depuis l'introduction de la T2A entre la facturation des actes et les recettes de l'établissement. La T2A, de fait, aurait du être un levier de changements organisationnels majeurs du secteur admissions-frais de séjour-traitements externes, et plus globalement du parcours administratif du patient dans son ensemble. Nous chercherons dans cette étude à vérifier ou infirmer cette hypothèse. Par ailleurs, les enjeux spécifiques au GH HUPE (mise en œuvre d'un plan d'efficience dont l'objectif est un EPRD équilibré pour 2012) ainsi que les réformes globales (passage à la facturation individuelle au fil de l'eau au premier janvier 2013²) rendent nécessaire l'étude des performances actuelles du circuit de facturation ; ces différents éléments nous conduisent à introduire différentes idées : si les performances du circuit de facturation du GH HUPE sont perfectibles, que les enjeux financiers au regard sont élevés, et que la T2A n'a pas produits les changements organisationnels escomptés, un diagnostic plus précis s'avère indispensable pour conduire une politique d'amélioration indispensable de la facturation, politique qui se doit d'être volontariste, ambitieuse et efficace.

Une fois ces constats et questions posés, nous devons apporter des précisions méthodologiques qui expliciteront notre démarche. Notre étude sera limitée aux trois sites majoritairement financés en T2A : Saint-Antoine, Tenon, Trousseau. Nous écarterons Rothschild, dont l'activité est majoritairement constituée de SSR et donc non financée à l'activité. Ce choix repose sur deux arguments : tout d'abord, l'impact de la T2A sur le fonctionnement de la facturation est une ligne force de ce mémoire ; d'autre part, Rothschild est un hôpital de petite taille, avec de très bonnes performances de facturation, et présente donc des caractéristiques peu comparables à celles des trois sites étudiés. Notre démarche associera des entretiens avec des personnes-ressources, l'étude d'indicateurs de performance et financiers, ainsi qu'un audit du circuit de facturation de chacun des sites.

Nous allons nous attacher à montrer que dans un contexte budgétaire contraint, l'impact des résultats de facturation sur la situation financière du GH HUPE nécessite de mettre en œuvre des actions d'amélioration de la facturation (1). Nous démontrerons ensuite que la complexité des organisations et du circuit de facturation implique d'en établir un état des lieux précis, préalable indispensable à la mise en œuvre d'un plan d'actions (2). La

² La FIDES (Facturation Individuelle des Etablissements de Santé) va considérablement augmenter le volume des factures transmises par les établissements de santé aux caisses d'assurance maladie et doit donc s'appuyer sur un circuit de facturation performant pour ne pas générer de dysfonctionnements majeurs et pénaliser massivement la trésorerie des hôpitaux.

politique d'amélioration de la facturation qui en découle devra poursuivre trois objectifs : produire des résultats quantitatifs à court terme, impulser une dynamique de restructuration du circuit de facturation à moyen terme, tout en préparant le passage à la facturation dite « au fil de l'eau ». (3)

1 Dans un contexte budgétaire contraint et de tarification à l'activité, l'impact des résultats de facturation sur la situation financière du Groupe Hospitalier HUPE nécessite de mettre en œuvre des actions d'amélioration de la facturation.

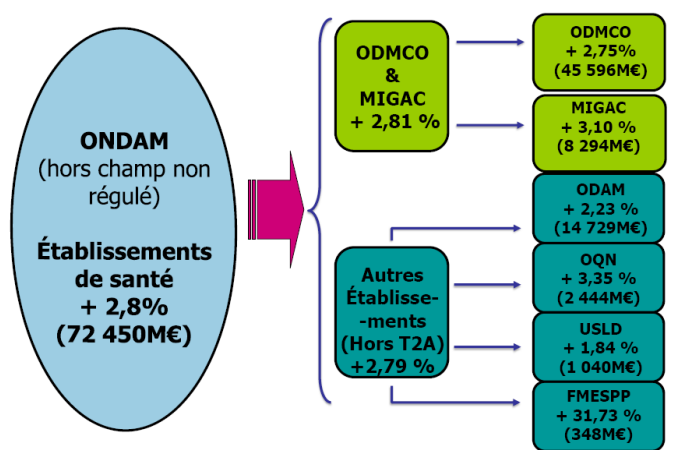
1.1 Un contexte budgétaire et financier très contraint

Nous souhaitons dans un premier temps exposer le contexte général budgétaire et financier dans lequel s'inscrivent l'AP-HP et le GH HUPE afin de mettre en lumière les motifs pour lesquels une réflexion sur la facturation et l'optimisation de celle-ci s'avère nécessaire.

1.1.1 Loi de financement de la sécurité sociale et campagne tarifaire nationale

La Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2011 indique que le déficit du régime général s'est élevé à 10,6 milliards d'euros en 2009 et 12,1 en 2010. Il est prévu un déficit de 11,5 milliards en 2011. Par conséquent, des mécanismes de régulation sont mis en œuvre, à la fois pour augmenter les recettes et pour réduire et/ou contenir les dépenses.

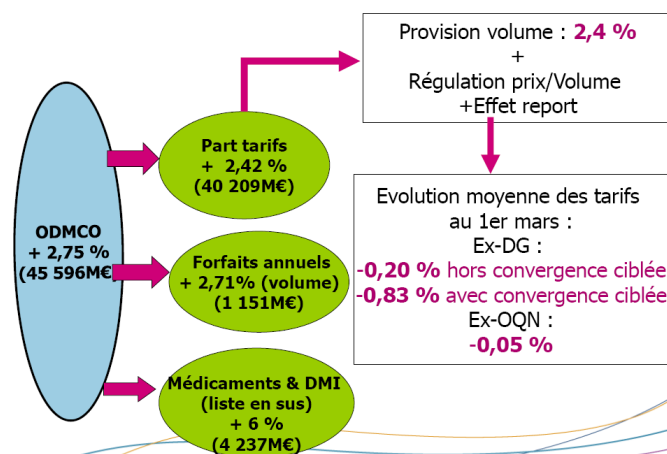
Dans ce cadre, en 2011, la campagne tarifaire nationale fixe l'augmentation de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) pour les établissements de santé à 2,80%³, et le répartit comme suit :



Source : Présentation de la campagne 2011, DGOS

L'ODMCO augmente de 2,75% et les MIGAC de 3,10%, mais parallèlement, on assiste en 2011 à une baisse des tarifs de 0,83%.

³ Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2011



Source : Présentation de la campagne 2011, DGOS

En effet, en 2010, une augmentation de 2,1% de l'activité du secteur ex-OQN a été constatée⁴, tandis que l'activité du secteur ex-DG a connu une progression de 3%⁵. L'hypothèse retenue par la DGOS pour 2011 est de +2,4%, tous secteurs confondus.

Par conséquent, un mécanisme de régulation prix-volume s'applique en prévision de cette hausse d'activité et il en résulte une baisse des tarifs de 0,83% une fois la convergence ciblée⁶ prise en compte.

Par ailleurs, un effort est également appliqué sur le montant des MIGAC : une mesure de 54 millions d'économie générale sur 2011 s'accompagne de péréquations régionales. L'île de France, au titre de la péréquation, perd en 2011 4,7 millions de MIGAC, ainsi que 6 millions au titre du plan général d'économies, et 22 millions au titre du rééquilibrage des bases 2011. Cette situation se répercute sur l'ensemble des établissements de santé français, publics ou privés. Nous allons étudier les impacts de ces mesures sur l'AP-HP dans son ensemble et le GH HUPE en particulier.

1.1.2 Les répercussions sur l'AP-HP et le GH HUPE

A) Sur l'AP-HP

Les objectifs fixés dans le cadre de la campagne tarifaire nationale se traduisent, au niveau de l'AP-HP, de la manière suivante :

⁴ Source CNAMTS

⁵ Source ATIH

⁶ La convergence ciblée consiste en un effort de 150 millions d'euros de réduction des dépenses du secteur public uniquement sur 2011.

Evolution tarifaire	- 13 M€
Evolution de l'échelle de classification	- 12 M€
Evolution de la liste des DMI remboursables en sus	- 5 M€
Poursuite de la baisse du coefficient de transition	- 41 M€
Evolution de la liste des Molécules onéreuses remboursables en sus	+ 0,7 M€
MIGAC	
Evolution de la DAF (SSR et Psychiatrie)	+4,4 M€
Total	- 66,8 M€

Source : Présentation de la Direction Economique et Financière du plan stratégique de l'APHP au Comité Exécutif du GH HUPE⁷

Il est nécessaire de préciser qu'en 2009, le déficit de l'AP-HP s'élevait à 100 millions d'euros sur un budget de 7 milliards (soit 1,43%). L'AP-HP s'inscrit dans une logique de mise en œuvre d'un plan de retour à l'équilibre financier.

Par conséquent, l'objectif de résorption du déficit conjugué aux effets négatifs de la campagne tarifaire nationale sur les recettes que le tableau ci-dessus fait apparaître, conduit l'institution à formaliser un plan d'efficience afin d'identifier les marges de manœuvre permettant le retour à l'équilibre financier. C'est dans ce cadre que la Directrice Générale de l'AP-HP a adressé à tous les directeurs de Groupes Hospitaliers, des hôpitaux et des services centraux et généraux une note fixant les 16 thématiques prioritaires pour l'année 2011. Celles-ci se déclinent comme suit :

- Développement de la chirurgie ambulatoire
- Meilleure définition de la place de l'hospitalisation conventionnelle dans certaines spécialités médicales
 - Amélioration de la fluidité de la filière gériatrique
 - Fluidification de l'aval des urgences et réduction des transferts
 - Optimisation de l'organisation des blocs opératoires
 - Amélioration de l'utilisation des équipements lourds et des échographes
- Soutien de la recherche clinique
- Prise de rendez-vous
- Amélioration de la qualité du codage
- **Amélioration de la qualité de la facturation**
- Libération des surfaces non indispensables au fonctionnement des GH
- Augmentation des recours à l'HAD
- Accélérer le développement des bonnes pratiques de prescription
- Amélioration des conditions de travail et réduction du taux d'absentéisme et des départs hors AP
 - Amélioration de la qualité de la sortie de l'hôpital.

⁷ L'impact sur les MIGAC est inconnu à la date de rédaction du mémoire.

Dans le cadre de la thématique prioritaire relative à l'amélioration de la qualité de la facturation, la Direction Economique et Financière (DEF) de l'AP-HP souligne l'existence de véritables enjeux pour l'institution en ce qui concerne la trésorerie et le besoin en fonds de roulement. La DEF incite très fortement les différents établissements de l'AP-HP à mettre en œuvre une politique volontariste d'optimisation de la facturation dans le but d'améliorer la trésorerie dans la mesure où elle identifie des marges de progression conséquentes : délais importants de transmission des factures, taux important d'annulation et de réémission de factures, taux de « NPAI » conséquent, niveau élevé d'admission de créances en non valeur (52 358 387 d'euros en 2009 soit 10 fois plus que la moyenne des CHU).⁸

B) Sur le GH HUPE

La résorption du déficit de l'AP-HP a bien évidemment des impacts importants sur l'EPRD du GH HUPE.

DEPENSES				
Titres	CEX 2009	CRFPM 2010	Prévision atterrissage	Evolution
DT1	4309	4327	4321	-0,12%
DT2	1306	1403	1392	-0,79%
DT3	845	838	836	-0,27%
DT4	576	590	573	-2,89%
TOTAL	786	758	723	-0,9%

RECETTES				
Titres	CEX 2009	CRFPM 2010	Prévision atterrissage	Evolution
RT1	565,1	565,0	561,2	-0,68%
RT2	70,7	75,0	72,4	-3,48%
RT3	61,3	57,3	54,7	-4,51%
TOTAL	677,1	674	683	-1,29%
SOLDE CRFPM 2010				-18,4
SOLDE ATERRISSAGE 2010				-23,96

Résultats d'exploitation 2010 du GH HUPE

Source : Bilan des conférences stratégiques et budgétaires du GH HUPE, Direction des Finances du GH, mars 2011.

On constate, en 2010, un déficit de 23,96 millions d'euros, s'élevant à 3,48% des recettes. En 2009, le déficit s'élevait à 26,5 millions d'euros, soit 3,91% des recettes.

⁸ Source : Présentation de la Direction Economique et Financière du plan stratégique de l'APHP au Comité Exécutif du GH HUPE, données du Bureau de la facturation et de la Recette. A titre d'exemple, le CHU de Rouen, les créances admises en non valeur s'élèvent à 600 000 euros pour un budget d'environ 600 millions d'euros, soit environ 0,10% du budget, pour 0,79% du budget à l'AP-HP).

Cette situation budgétaire relativement dégradée se traduit par la mise en place d'un contrat de retour à l'équilibre pour le GH HUPE. Le résultat cible 2011 validé en conférence budgétaire est de -11 millions d'euros. Le siège a fixé un objectif de 15,2 millions d'efficience au GH sur 2011. Il prévoit par ailleurs un débasage prévisionnel des MIGAC de 2,9 millions d'euros. Afin de ne pas limiter l'effort d'efficience à des mesures de réduction des dépenses (notamment de personnel), le GH a fait une proposition d'augmentation des recettes de 5,5 millions d'euros. De cet objectif ambitieux découle la nécessité absolue d'améliorer la qualité du codage d'une part et la qualité de la facturation d'autre part.

Cette augmentation potentielle des recettes permise par une optimisation du circuit de facturation, mais aussi de recouvrement, doit être analysée à la lumière d'un indicateur relativement synthétique⁹ : les créances admises en non-valeur.

ADMISSIONS EN NON VALEUR							
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL
Saint-Antoine	940 522	1 654 397	1 734 868	1 683 855	1 281 525	2 425 612	9 720 779
Tenon	1 170 171	1 315 578	882 221	890 485	934 002	2 416 072	7 608 528
Trousseau	568 869	484 664	384 066	452 769	432 838	864 302	3 187 508
TOTAL GH ¹⁰	2 800 881	3 526 773	3 122 525	3 134 316	2 701 421	6 003 567	21 289 484
TOTAL AP-HP	24 721 337	24 991 064	30 322 826	28 087 876	24 352 251	52 358 387	184 833 741
Part des ANV GH/AP-HP	11,33%	14,11%	10,30%	11,16%	11,09%	11,47%	11,52%

Montant annuel des admissions en non valeur par site du GH HUPE de 2004 à 2009

Source : bases de données du Siège de l'AP-HP

On constate une grande variabilité des admissions en non valeur sur les 5 années considérées, avec une augmentation très sensible en 2009, sans qu'une cause puisse être clairement identifiée.¹¹

⁹ En effet : les créances ANV représentent, in fine, les recettes qui n'ont pas été encaissées par l'hôpital, du fait d'un ou de plusieurs dysfonctionnements dans la chaîne de facturation et de recouvrement.

¹⁰ Dont Rothschild

¹¹ Chambre Régionale des Comptes Ile-de-France, 2010, *Rapport d'observations définitives sur l'organisation des soins de l'AP-HP*, 53 pages.

	Part des titres émis en 2004 admis en non valeur	Part des titres émis en 2005 admis en non valeur	Part des titres émis en 2006 admis en non valeur	Part des titres émis en 2007 admis en non valeur	Part des titres émis en 2008 admis en non valeur
Saint-Antoine	7,1%	6,8%	4,8%	3,6%	1,5%
Tenon	4,8%	5,6%	3,6%	3,9%	2,6%
Trousseau	4,0%	4,1%	2,4%	1,2%	1,1%
TOTAL GH ¹²	5,4%	5,4%	3,7%	3,0%	1,7%
MOYENNE DES GH	4,6%	5,4%	3,5%	2,3%	1,2%

Inférieur à la moyenne des GH -20%
Moyenne des GH + ou - 20% moyenne
Supérieur à la moyenne des GH +20%

Inférieur au total AP-HP -33%
= au total AP-HP + ou - 33% total
Supérieur au total AP-HP +33%

Part des titres émis pour une année civile, admis en non valeur ultérieurement

Source : bases de données du Siège de l'AP-HP

Le premier tableau nous enseigne que les créances admises en non-valeur (ANV) du GH HUPE représentent, en moyenne, sur les 6 dernières années, environ 11,52% des ANV de l'AP-HP, pour un montant cumulé en valeur absolue de 21 289 484 d'euros, correspondant à une perte sèche de recettes pour le GH. Nous analyserons dans le paragraphe 1.2.2 les principales causes d'ANV.

Le second tableau indique quant à lui que le GH HUPE a admis davantage de créances en non valeur pour les titres émis en 2004, 2006, 2007 et 2008 que la moyenne de l'AP-HP, et s'est situé dans la moyenne des GH de l'AP-HP en 2005. Il convient de préciser que la baisse de la part des ANV sur les titres émis en 2006, 2007 et 2008 par rapport à ceux émis en 2004 et 2005 est liée au fait que les titres les plus récents n'ont pas encore été admis en non valeur.

Si l'on procède à une analyse par site du GH HUPE, on constate que deux hôpitaux présentent des résultats dégradés : Tenon et Saint-Antoine, alors que les résultats de Trousseau sont dans la moyenne de l'AP-HP voire meilleurs selon les années.

¹² Dont Rothschild

Il découle de cette première analyse très rapide une première conclusion qui se décline comme suit :

1/ le GH HUPE présente des marges de progression en ce qui concerne l'amélioration de la facturation et du recouvrement, qui peuvent être source de recettes non négligeable.

2/ les trois sites sont dans des situations hétérogènes en termes de performances, et tout plan d'amélioration de la facturation devra prendre en compte cette hétérogénéité.

L'exécution de l'EPRD 2011 du GH HUPE nécessite de mettre en œuvre une politique d'augmentation des recettes dont un volet peut résider dans l'amélioration de la facturation. Nous nous sommes donc attachés à identifier de manière précise les performances du GH dans ce domaine.

1.2 Les performances du GH en matière de facturation sont inégales et ont des conséquences budgétaires et financières non négligeables

La facturation, dans un mode de financement à l'activité, est indispensable au recouvrement des recettes. Elle a donc un impact budgétaire et financier majeur : le niveau du besoin en fonds de roulement de tout établissement en T2A dépend directement de la facturation, et des délais dans lesquels elle est effectuée. En effet, si le délai de facturation est long et en particulier supérieur au délai de paiement des fournisseurs, cela signifie que l'hôpital supporte les coûts de la prestation délivrée au patient avant de facturer cette dernière, et a fortiori avant de recouvrer la créance correspondante. Ce mécanisme crée un besoin en fonds de roulement, puisque le cycle d'exploitation génère des dettes d'exploitation supérieures aux valeurs d'exploitation, ce qui se répercute négativement sur la trésorerie. Si l'établissement a une trésorerie insuffisante pour couvrir le besoin en fonds de roulement, il doit se procurer des financements à court terme, notamment en ouvrant une ligne de trésorerie auprès des banques. Bien évidemment, cette ligne de trésorerie a un coût et pèse sur le résultat. On le voit bien : la facturation et le recouvrement sont au cœur des enjeux budgétaires et financiers de tout établissement financé en T2A.

1.2.1 Les tableaux de bord font apparaître des résultats perfectibles pour le GH dans son ensemble, et contrastés entre les sites

A) Retard de facturation sur frais de séjour et traitements externes

Le tableau ci-dessous fait apparaître l'évaluation du retard de facturation sur les frais de séjour et les actes externes au 1^{er} août 2011.

Année de l'exercice	Etablissement	Total des CNI en euros au 1er août 2011	Patients non revenus au 1er août 2011	Valorisation en euros des non revenus au 1er août 2011	
2011	Saint-Antoine	7 015 358	72 974	2 918 960	
	Trousseau	927 901	80 147	3 205 880	
	Tenon	5 851 243	26 098	1 043 920	
	Total	13 794 502	179 219	7 168 760	
2010	Saint-Antoine	72 256	8 738	349 520	
	Trousseau	37471	27731	1 109240	
	Tenon	300 641	0	0	
	Total	410 368	36 469	1 458 760	
2009	Saint-Antoine	4 459	945	37 800	
	Trousseau	0	9 821	392 840	
	Tenon	55 132	0	0	
	Total	59 591	10 766	430 640	
	TOTAL au 1er août 2011	14 264 461	226 454	9 058 160	23 549 075

Evaluation du retard de facturation sur frais de séjour et traitements externes au 1^{er} août 2011¹³

En effet, les créances non imputables (CNI) correspondent aux dossiers de frais de séjour pour lesquels le service est en attente d'identification d'un débiteur. Les patients non revenus correspondent quant à eux aux dossiers pour lesquels la facturation du dossier n'a pas été faite à l'issue de la consultation, parce que le patient ne s'est pas présenté aux caisses. Il s'agit donc pour le service des traitements externes de dossiers non encore facturés.

Ce tableau nous permet de constater qu'au 1^{er} août 2011, Saint-Antoine a plus de 8 millions d'euros de créances non imputées sur les exercices 2009, 2010 et 2011. A Tenon, sur les mêmes exercices, les CNI s'élèvent à 6 millions d'euros. En revanche, à Trousseau, elles sont inférieures à 1 million.

En ce qui concerne le retard sur les traitements externes, il est massif à Trousseau (les non passés en caisse représentent 5,7 millions d'euros non encore facturés au 1^{er} août sur 2009, 2010 et 2011). Saint-Antoine présente également un retard important (3,3 millions au 1^{er} août). En revanche, Tenon présente des performances tout à fait satisfaisantes sur les non passés en caisse. Si l'on analyse ces données au regard du nombre de consultations annuelles sur chacun des sites, on peut constater, pour les actes de 2010, un taux de non passés en caisse au 1^{er} août 2011 de 0% à Tenon, 3,67% à Saint-Antoine et 16% à Trousseau.

¹³ Source : Gilda

B) Annulations, recouvrement, rejets B2¹⁴

Les cinq tableaux ci-dessous portent sur le recouvrement de tous les produits (frais de séjour, forfait journalier et traitements externes) à la charge des tiers-payeurs. Le tableau 4 fait apparaître les résultats en matière de recouvrement et d'annulations pour le GH HUPE dans son ensemble. Les annulations, en apparence, n'ont cessé de diminuer, mais il faut prendre en compte le retard de traitement des dossiers : à la date d'édition du tableau (31/12/2010), il y avait un nombre important de dossiers de 2009 et surtout de 2010 qui n'avaient pas encore été traités et qui auront été annulés ultérieurement. Ces annulations sont elles-mêmes créatrices de retard, puisqu'il faudra annuler et traiter une nouvelle fois le dossier.

Par ailleurs, le tableau 4 nous permet de constater qu'en 2010, les créances au titre de l'exercice en cours non recouvrées sur les tiers-payeurs s'élevaient à 16 935 000 €. En 2009, elles étaient de 16 358 000 €. Pour l'exercice 2008, elles ne sont « que » de 4 599 000 €, mais ceci s'explique par le fait que les créances émises au titre de l'année 2008 ont été recouvrées par la suite, en 2009 et 2010. Cet écart entre le montant des créances non recouvrées de 2008 d'une part et 2009/2010 d'autre part signifie donc que le GH a un retard important dans le recouvrement des créances émises.

Les conséquences de ce retard sont non négligeables : en effet, même si les créances sont, in fine, recouvrées, il s'écoule un laps de temps important voire certain entre la production de l'acte de soins qui correspond à la date à laquelle l'hôpital supporte les coûts de cet acte, et la date à laquelle l'établissement va encaisser les recettes correspondantes¹⁵. C'est un phénomène qui génère un besoin en fonds de roulement, et pèse considérablement sur la trésorerie de l'hôpital puisque qu'il engendre un décalage majeur entre les flux de décaissements et les flux d'encaissements, les seconds étant postérieurs aux premiers. Cette situation peut aboutir à la nécessité d'avoir recours à une ligne de trésorerie, qui génère des intérêts représentant un coût supplémentaire pour l'établissement. Il faut en outre souligner que plus le délai entre l'acte de soins et la facturation augmente, plus le risque de ne pas recouvrer la créance augmente : le patient peut avoir changé de caisse de sécurité sociale, de mutuelle, d'adresse, de téléphone,

Autrement dit, non seulement le retard de recouvrement est pénalisant à court terme pour l'établissement du fait de son impact sur le besoin en fonds de roulement, mais d'autre part il majore le risque d'admission de créance en non valeur, qui, rappelons-le, est une véritable perte sèche pour l'hôpital.

¹⁴ Les données de ce paragraphe portent sur les titres 2 et 3 et non sur le titre 1 du compte de résultat principal, puisque le titre 1 (et notamment les produits de la tarification des séjours) fait l'objet d'un envoi global à l'Assurance Maladie.

¹⁵ Le NSI ne permet plus de calculer le délai entre la production de l'acte de soins et l'émission de la facture, ni le délai entre la production de l'acte et le recouvrement de la créance.

Nous ne sommes pas en mesure ici de détailler l'impact sur la trésorerie et l'ouverture de ligne de trésorerie de ces retards dans le processus de recouvrement des créances puisque l'AP-HP ne réalise pas de bilan financier par établissement ou par groupe hospitalier. Ce document n'existe qu'à l'état agrégé pour toute l'AP-HP, et malgré les demandes formulées au Siège, il n'a pas été possible de l'obtenir.

Ces tableaux laissent par ailleurs apparaître des écarts de performance entre les différents sites : en effet, si Tenon se distingue par un recouvrement sur les tiers-payeurs nettement supérieur à la moyenne de l'AP-HP, Saint-Antoine et Trousseau surtout présentent des résultats nettement moins satisfaisants. Néanmoins, le GH dans son ensemble présente des performances sensiblement équivalentes à celles de l'ensemble de l'AP-HP

1- Recouvrement tous produits- tiers-payeurs en milliers d'euros

	SAINT-ANTOINE		
	2010	2009	2008
PEC BRUTES	39 468	38 523	37 134
ANNULATIONS	2 861	3 819	3 991
PEC NETTES	36 606	34 703	33 144
RECOUVREMENTS	28 042	26 978	31 176
TAUX DE RECOUVREMENT NET	76,60%	77,74%	94,06%
CREANCES NON RECOUVREES	8 565	7 725	1 968

Source : Trésorerie Générale de l'AP-HP

3- Recouvrement tous produits- tiers-payeurs en milliers d'euros

	TROUSSEAU-LA ROCHE GUYON		
	2010	2009	2008
PEC BRUTES	14 796	16 345	16 940
ANNULATIONS	1 852	1 140	2 448
PEC NETTES	12 943	15 206	14 493
RECOUVREMENTS	9 447	11 224	12 992
TAUX DE RECOUVREMENT NET	72,99%	73,81%	89,64%
CREANCES NON RECOUVREES	3 496	3 982	1 501

Source : Trésorerie Générale de l'AP-HP

PEC brutes : Correspondent aux émissions de titres une fois prises en charge comptablement ;
Annulations : Il s'agit des annulations des titres prononcées par l'ordonnateur et des frais de poursuites s'y rattachant.
PEC nettes : PEC brutes – annulations
Recouvrements : correspond aux recettes, frais de

2- Recouvrement tous produits- tiers-payeurs en milliers d'euros

	TENON		
	2010	2009	2008
PEC BRUTES	29 109	28 820	31 054
ANNULATIONS	1 894	2 504	2 931
PEC NETTES	27 215	26 316	28 123
RECOUVREMENTS	22 746	22 177	27 054
TAUX DE RECOUVREMENT NET	83,58%	84,27%	96,20%
CREANCES NON RECOUVREES	4 469	4 139	1 069

Source : Trésorerie Générale de l'AP-HP

5- Recouvrement tous produits- tiers-payeurs
en milliers d'euros

	TOTAL AP-HP		
	2010	2009	2008
PEC BRUTES	500 504	731 922	801 626
ANNULATIONS	44 825	68 444	97 987
PEC NETTES	455 678	663 478	703 639
RECOUVREMENTS	354 423	521 705	672 252
TAUX DE RECOUVREMENT NET	77,78%	78,63%	95,54%
NON RECOUVREMENT	101 255	141 772	31 387

Source : Trésorerie Générale de l'AP-HP

4- Recouvrement tous produits- tiers-payeurs
en milliers d'euros

	TOTAL GH HUPE*		
	2010	2009	2008
PEC BRUTES	84 839	86 129	87 865
ANNULATIONS	6 771	7 782	9 874
PEC NETTES	78 068	78 346	77 992
RECOUVREMENTS	61 133	61 988	73 393
TAUX DE RECOUVREMENT NET	78,31%	79,12%	94,10%
CREANCES NON RECOUVREES	16 935	16 358	4 599

Source : Trésorerie Générale de l'AP-HP

* Rothschild inclus

Le tableau ci-dessous (dont le total inclut Rothschild) porte quant à lui plus spécifiquement sur les annulations, relatives à tous les débiteurs (particuliers nationaux et étrangers, tiers-payeurs, collectivités, recettes diverses) et à tous les produits (frais de séjour, forfait journalier, traitements externes). En annexe n°1 se trouvent les tableaux détaillés qui font apparaître les annulations en nombre et en euros ainsi que les taux d'annulation s'y rapportant pour chaque catégorie de débiteur, pour les 4 établissements du GH HUPE.

Ce tableau nous amène à observer plusieurs éléments : tout d'abord, le GH HUPE a un poids important dans le nombre d'annulations de titres de l'AP-HP ; ce phénomène est particulièrement marqué en 2010 puisque le GH HUPE représente 22,57% du nombre d'annulations de l'institution. En revanche, la contribution aux annulations de l'AP-HP en euros est nettement inférieure à celle en nombre, ce qui suggère que ce sont surtout des dossiers de faible montant qui sont annulés. Il faut néanmoins considérer les montants en jeu : au total, ce sont 182 936 créances (sur tous les types de débiteurs) représentant 52 079 565 € qui ont été annulées au titre des exercices 2008, 2009 et 2010 pour le GH HUPE. Or, comme nous l'avons déjà exposé plus haut, ces annulations conduisent à un surcroît de travail pour les équipes des AFS-TE, augmentent les retards de traitement des dossiers, de facturation et de recouvrement, et majorent les risques d'admissions de créances en non valeur.

Ce tableau indique par ailleurs que Saint-Antoine présente un taux d'annulation anormalement élevé au titre de l'année 2008, tant en comparaison de Trousseau que de Tenon (20% d'annulation par rapport au montant des créances émises soit plus de 13

millions pour un seul exercice !). Pour 2009 et 2010, Saint-Antoine a en apparence des performances meilleures qu'en 2008, mais il faut une fois de plus tenir compte du retard majeur de traitement des dossiers dans ce site : le taux d'annulation sera sans doute revu à la hausse pour ces deux années lors de la publication du prochain tableau de suivi de la Trésorerie générale de l'AP-HP, arrêté au 31 décembre 2011.

Données relatives aux annulations- GH HUPE- tous débiteurs (particuliers nationaux et étrangers, collectivités, tiers payeurs, recettes diverses)

	Annulations au titre de l'exercice...		SAINT ANTOINE	TENON	TROUSSEAU	GH HUPE*	AP-HP	GH HUPE/ AP-HP
Tous débiteurs-tous produits	2010	Annulations en nombre	22 301	13 587	13 588	50 210	222 483	22,57%
		Taux d'annulation	11,10%	9,72%	10,97%		9,09%	
		Annulations en euros	4797475	2975645	3172589	11163688	76950930	14,51%
		Taux d'annulation	8,98%	7,90%	13,64%		9,31%	
	2009	Annulations en nombre	25 737	18 429	16 027	61 498	458 462	13,41%
		Taux d'annulation	13,11%	12,28%	13,87%		14,68%	
		Annulations en euros	7023856	5925391	3059672	16544177	186398249	8,88%
		Taux d'annulation	13,34%	15,48%	11,51%		13,76%	
	2008	Annulations en nombre	37 654	17 341	14 894	71 228	452173	15,75%
		Taux d'annulation	18,74%	13,66%	14,88%		13,23%	
		Annulations en euros	13676961	5891403	4143015	24371701	233968866	10,42%
		Taux d'annulation	20,00%	13,01%	13,97%		15,27%	

Source : Trésorerie Générale de l'AP-HP

D'autres tableaux de bord, établis quant à eux par le Siège de l'AP-HP, plus précis, et situés en annexe n°2 font apparaître des écarts importants de performances entre les sites du GH HUPE, mais également des variations notables entre les années.

En effet, Saint-Antoine, depuis 2007, est nettement inférieur à la moyenne de l'AP-HP sur le taux de recouvrement. Le taux d'annulation en 2007 et 2008 était médiocre, mais on peut constater une nette réduction des annulations en 2009 et 2010 sur les frais de séjours ; en revanche, le taux d'annulation pour les particuliers reste élevé. Enfin, le taux de rejets B2, entre 2007 et 2010, reste très élevé et nettement supérieur à la moyenne de l'AP-HP.

En ce qui concerne Tenon, le taux de recouvrement, en 2007, est satisfaisant et se dégrade en 2008 pour s'améliorer ensuite. Il est correct sur les tiers-payeurs mais insuffisant sur les particuliers. Le taux d'annulation est satisfaisant, avec quelques irrégularités de performance selon les années. Le taux de rejets B2 est correct et stable.

A Trousseau enfin, le taux de recouvrement reste globalement inférieur à la moyenne de l'AP-HP, sur les tiers payeurs en particulier. Le taux d'annulation est très contrasté et variable selon les années ; il est cependant très faible en 2009 et 2010 sur les tiers-payeurs, mais élevé sur les particuliers. Le taux de rejets B2 est acceptable.

Le tableau de performance 2010¹⁶ ci-dessous confirme cette hétérogénéité : Trousseau réalise, sur la plus de la moitié des items, une performance égale ou supérieure à celle de l'AP-HP ; Tenon, parmi les 17 indicateurs, en possède 8 qui sont mieux positionnés que la moyenne de l'AP-HP et 9 qui sont inférieurs à cette moyenne : la performance de cet établissement est donc plus nuancée. Quant à Saint-Antoine, 13 des 17 items correspondent à une performance médiocre.

Si Tenon présente en 2010 un taux de recouvrement très satisfaisant sur les tiers-payeurs (83,60%), en revanche, Saint-Antoine et Trousseau ne sont respectivement qu'à 76,6% et 73% de taux de recouvrement sur les tiers-payeurs dans le domaine des frais de séjour et des traitements externes. A Saint-Antoine et Tenon, à peine un tiers des frais de séjour et seulement la moitié des actes externes facturés aux particuliers sont recouverts en 2010.

En ce qui concerne les traitements externes, en 2010, sur les 3 sites, environ une facture adressée aux particuliers sur cinq est annulée, ce qui représente une charge de travail supplémentaire considérable pour les agents, source de multiples dysfonctionnements (retard dans le traitement des dossiers, reprise des dossiers annulés, délai de traitement des dossiers qui augmente ...). Saint-Antoine et Tenon sont cependant sensiblement plus performants que Trousseau en matière d'annulation des dossiers de frais de séjour facturés aux tiers payeurs.

Enfin, on constate à Saint-Antoine un taux de rejet B2 anormalement élevé par rapport à Tenon et Trousseau mais aussi par rapport à la moyenne de l'AP-HP, que ce soit pour les dossiers de frais de séjour ou de traitements externes.

¹⁶ Source : Siège AP-HP, extractions Gilda et SAP. Pour mémoire, ces tableaux de performances ne concernent que les titres 2 et 3.

TABLEAU DE PERFORMANCE DU CIRCUIT DE FACTURATION 2010

Position par rapport à la moyenne AP-HP :



Choisissez votre hôpital :

Part des débiteurs : Titre 2, Titre 3 (médicaments) ⁽¹⁾	Total hôpitaux				SAINT ANTOINE				TENON				TROUSSEAU-LA ROCHE GUYON			
	FS		TE		FS		TE		FS		TE		FS		TE	
• CPAM (CMUC, AME, RI, CFE, SENAT, RETROCESSIONS)	139 627 225	43,27%	163 163 291	71,33%	12 091 858	48,04%	13 341 180	70,43%	9 817 712	54,15%	11 049 875	78,33%	5 778 221	51,91%	1 789 338	36,73%
• Etat et collectivités	2 629 426	0,81%	242 481	0,11%	259 079	1,03%	9 230	0,05%	67 976	0,37%	1 273	0,01%	1 966	0,02%	7 194	0,15%
• Mutuelles	106 810 109	33,10%	11 439 601	5,00%	8 010 822	31,83%	766 889	4,05%	4 859 197	26,80%	727 024	5,15%	3 113 226	27,97%	594 528	12,20%
• Particuliers	54 448 726	16,87%	42 260 102	18,47%	3 782 649	15,03%	3 496 008	18,46%	2 891 782	15,95%	2 059 557	14,60%	1 068 270	9,60%	1 936 294	39,75%
• Organismes étrangers (CONVENTIONS)	19 153 645	5,94%	302 777	0,13%	1 026 584	4,08%	5 613	0,03%	493 475	2,72%	27 181	0,19%	1 170 106	10,51%	16 895	0,35%
• Bons de commande			11 348 859	4,96%			1 322 663	6,98%			241 631	1,71%			527 158	10,82%
Total tous débiteurs :	322 669 131	100,00%	228 757 110	100,00%	25 170 992	100,00%	18 941 582	100,00%	18 130 142	100,00%	14 106 541	100,00%	11 131 790	100,00%	4 871 406	100,00%
Taux de recouvrement ⁽²⁾	FS/FJ		TE		FS/FJ		TE		FS/FJ		TE		FS/FJ		TE	
• Tiers-payeurs	77,8%				76,6%				83,60%				73,00%			
• Collectivités	65,3%				56,0%				41,90%				80,20%			
• Particuliers	36,9%		51,2%		34,7%		48,4%		32,70%		48,10%		46,80%		52,90%	
Taux d'annulation ⁽³⁾	FS/FJ		TE		FS/FJ		TE		FS/FJ		TE		FS/FJ		TE	
• Tiers-payeurs	6,6%		4,4%		6,6%		3,7%		4,20%		5,20%		11,60%		2,00%	
• Collectivités	1,0%		1,9%		3,3%		4,4%		12,90%		2,40%		20,00%		0,40%	
• Particuliers	14,3%		17,2%		9,7%		22,8%		9,90%		19,90%		13,80%		19,90%	
Délais ⁽⁴⁾	FS				FS				FS				FS			
• Emission des titres de recettes	0j.															
Qualité des informations recueillies	FS		TE		FS		TE		FS		TE		FS		TE	
• Taux de rejet B2 ⁽⁶⁾																
⇒ Global CPAM et Mutuelles	9,1%		9,1%		11,1%		10,1%		6,50%		8,20%		9,70%		6,30%	
⇒ CPAM	10,8%		10,4%		13,7%		11,1%		7,20%		7,50%		11,00%		7,00%	
⇒ Mutuelles	6,5%		5,8%		7,0%		6,2%		5,30%		7,20%		6,20%		4,70%	
Encaissement au comptant (TE uniquement) ⁽⁷⁾	-		12 829 228	30,4%	-		650 839	18,6%			515 137	25,00%			379 522	19,60%

(1) Part des débiteurs FS (MR123) au 13/12/2010 et TE (MR694) au 15/12/2010 - Hors hôpitaux déployés

(2) Taux de recouvrement au 31/12/2010 - source TG/AP : (E006/E008) - Tiers payeurs et collectivités (FS/FJ/TE) et particuliers (FS/FJ et TE) - Hors hôpitaux déployés

(3) Taux d'annulation au 31/12/2010 - source TG/AP - hors hôpitaux déployés

(4) Aigu >24h, Etat FSCM 110 "Délais moyens de facturation en jour" - Hors hôpitaux déployés

(5) NPAI - Hors hôpitaux déployés => Statistique indisponible

(6) Taux de rejets B2 à fin octobre 2010

(7) Encaissement au comptant au 15/12/2010 TE MR 694 - hors hôpitaux déployés

Ces différents tableaux de bord nous amènent à conclure que eu égard aux montants financiers en jeu, l'amélioration de la facturation est un objectif majeur, qui passe notamment par une réduction des annulations et des rejets B2, une augmentation du taux de recouvrement et une réduction du délai de recouvrement¹⁷, qui doivent permettre de réduire les admissions de créances en non valeur. Ceci est particulièrement vrai pour les créances émises à l'encontre d'un débiteur qui a la qualité de tiers-payeur (compte-tenu des montants en jeu), mais concerne évidemment tous les autres types de débiteurs.

Une fois ce constat posé, il nous faut identifier et analyser les causes de ces dysfonctionnements du circuit de facturation.

1.2.2 L'analyse des causes d'annulation, de rejet B2 ou de non recouvrement montre que ces dysfonctionnements sont souvent évitables

Des entretiens avec les agents des différents sites ainsi que les tableaux de suivi de l'Assurance Maladie des rejets B2 nous ont permis d'identifier les causes majeures des rejets B2 d'une part, des annulations d'autre part, et du non recouvrement des créances émises.

A) Rejets B2

Les « rejets B2 » correspondent aux dossiers rejetés par l'Assurance Maladie obligatoire ou les assurances maladies complémentaires du fait du non respect de la norme dite B2-Noémie qui permet un échange de flux dématérialisé entre les établissements de santé, l'Assurance Maladie, et les mutuelles ou complémentaires santé.

Les principaux motifs de rejets B2 et leurs causes sont les suivants :

- assuré absent de la base de données : le numéro de sécurité sociale est erroné
- bénéficiaire inconnu de la base de données : la date de naissance est erronée
- erreur de code débiteur : le numéro correspondant au régime de sécurité sociale ou à la mutuelle est erroné.
- problèmes de droits (droits expirés, droits modifiés, droits mutuelle non encore ouverts, erreur de la sécurité sociale ou de la mutuelle...)

Les agents rencontrés considèrent que les trois premiers motifs (qui sont les principaux motifs de rejets B2 en nombre et en valeur) relèvent d'une erreur de saisie de leur part, dans la très grande majorité des cas. Ce sont donc des rejets évitables.

¹⁷ Délai de recouvrement que le NSI n'est plus en mesure de calculer et que nous ne pouvons donc pas fournir.

En revanche, les problèmes de droits sont plus difficilement évitables dans la mesure où par exemple, un assuré peut présenter une attestation d'Aide Médicale d'Etat alors qu'il vient d'obtenir une Couverture Maladie Universelle, une caisse peut rejeter à tort un dossier, ...

Parfois, les rejets B2 sont liés à des phénomènes ponctuels et difficilement maîtrisables : à Tenon, les dossiers de patientes bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat et hospitalisées à la maternité sont systématiquement rejetés pour cause de problème informatique de la caisse d'Assurance Maladie.

B) Annulations

Les annulations trouvent leur cause dans plusieurs éléments :

- les rejets B2, qui donnent lieu à annulation du dossier ;
- les facturations à une mauvaise mutuelle (erreur dans la lecture de l'adresse de facturation ou erreur de code débiteur mutuelle : erreurs du fait des agents)
- les facturations indues à une mutuelle (mauvaise lecture de prise en charge par les agents)
- les droits qui ne sont pas à jour au moment de la facturation (les patients ont envoyé tardivement ou n'ont pas envoyé leur attestation de sécurité sociale et/ou de mutuelle : il faut alors annuler le dossier et ne facturer que ce qui est à la charge du patient ; les attestations d'ALD qui arrivent souvent très tardivement).
- les actes saisis tardivement (retard de codage des actes dans les services).

L'identification des causes d'annulations montre donc que certaines d'entre elles pourraient être évitées.

C) Non recouvrement

La principale cause de non recouvrement, pour les particuliers, réside dans le retour de courrier portant la mention « N'habite Pas à l'Adresse Indiquée » (NPAI). En effet, lorsque les patients externes ne se présentent pas aux caisses, et que les services ne recueillent que de manière approximative l'identité et/ou l'adresse de ces patients, il est très difficile de les retrouver a posteriori et les factures sont envoyées à une adresse erronée. D'autre part, comme évoqué dans le paragraphe précédent, le retard de facturation est générateur de dossiers dits « NPAI » : la probabilité de recouvrer diminue à mesure que le temps passe.

A Trousseau, les difficultés de recouvrement sur les tiers payeurs peuvent s'expliquer par la nature de l'activité, qui est majoritairement pédiatrique : en effet, il peut être plus difficile de trouver un débiteur lorsque le patient est un enfant. Si le nom des parents n'est pas recueilli ou qu'il est mal recueilli, la facture est envoyée au nom de l'enfant. Si celui-ci habite avec sa

mère et qu'il porte le nom de son père, la facture a de fortes probabilités de revenir comme « NPAI ».

Interrogée sur la question, la Trésorerie générale de l'AP-HP indique que le non recouvrement est avant tout un problème pour les particuliers, car pour les tiers-payeurs, le taux de recouvrement est supérieur à 90%. Bien que les montants en jeu soient élevés (4 600 000 € non recouverts sur les tiers payeurs pour 2008), les performances de recouvrement restent acceptables pour les débiteurs tiers-payeurs. En revanche, pour les particuliers, la Trésorerie générale souligne de grosses difficultés de recouvrement sur les particuliers dans la mesure où un très grand nombre de titres de faible valeur -la plupart du temps- sont émis. Ces titres portent très majoritairement sur des actes externes, ce qui s'explique par le fait que les patients hospitalisés sont « captifs » du circuit administratif et sont pour la quasi-totalité d'entre eux obligés de faire une admission. En revanche, les patients externes peuvent quitter la consultation sans être passés aux caisses des traitements externes pour s'enregistrer et/ou payer. D'autre part, comme l'affirment les agents des services AFSTE interrogés, la Trésorerie générale indique que les difficultés de recouvrement sur les particuliers sont pour la plupart liées à des problèmes d'adresse ou d'identité des patients. Ceci pose bien évidemment la question de l'organisation du circuit patient.

L'analyse des causes de rejets B2, d'annulations et de non recouvrement nous amène donc à la conclusion qu'une grande partie de ces rejets, annulations ou créances non recouvrées sont le fait d'erreurs de la part des services de l'hôpital (agents des AFS-TE ou des services pour ce qui concerne la saisie d'activité), et pourraient donc être évités. Ceci confirme l'analyse des tableaux de bord qui a été faite dans le 1.2.1 et qui nous a conduits à conclure à une perfectibilité des résultats du GH, en particulier dans un contexte de T2A et de déficit budgétaire.

A l'issue de ces premiers constats, il nous a semblé indispensable d'appuyer notre réflexion sur des diagnostics précis du circuit de facturation dans les trois sites étudiés.

2 La complexité des organisations et du circuit de facturation nécessite d'établir un diagnostic précis, préalable indispensable à la mise en œuvre d'un plan d'actions.

Avant de réfléchir à des mesures permettant d'améliorer les performances du circuit de facturation, nous avons fait un récapitulatif des audits menés jusqu'alors. Il nous a paru nécessaire d'actualiser ces diagnostics afin d'établir un état des lieux précis des points forts et des points faibles des circuits de facturation de chacun des sites. Nous avons à cette occasion cherché à identifier le rôle de la T2A dans les éventuels changements organisationnels qui ont eu lieu.

2.1 Dans le cadre du Plan d'Amélioration de la Facturation et du Recouvrement initié par le Siège, des audits ont été réalisés en 2008 et 2009 sur les 3 sites

2.1.1 Le Siège s'est saisi de la T2A pour impulser une dynamique de changement dans le secteur des AFSTE

En juillet 2007, une équipe projet a été constituée au sein de la DEF pour accompagner 8 sites dans l'amélioration de la facturation au cours de l'année 2008.

En 2008, la DEF, et plus particulièrement le Bureau de la Recette, a défini une politique d'amélioration de la facturation. Dans une note de janvier 2008 de Frédéric Guin, alors Directeur des Finances de l'AP-HP, à l'attention du Directeur du Développement des Ressources Humaines, il est écrit que « la montée en charge de la T2A et la perspective proche du passage à la facturation directe à l'Assurance Maladie rendent nécessaire la mise en place d'actions d'optimisation de la facturation ».

Un PAFR est élaboré, et ses objectifs sont les suivants :

1. « optimiser la gestion et le pilotage globaux de la facturation afin de préparer le passage à la facturation directe
2. optimiser le processus de facturation sur les différents sites en tenant compte des spécificités en termes d'environnement, d'activité et d'organisation architecturale
3. développer l'animation de la filière métier facturation¹⁸ »

Ce PAFR s'est traduit par l'accompagnement de plusieurs sites de l'AP-HP, dont Saint-Antoine et Trousseau. L'équipe projet du siège est notamment venue réaliser un audit de

¹⁸ Note de Frédéric Guin, Directeur des Finances de l'AP-HP, à l'attention du Directeur du Développement des Ressources Humaines, janvier 2008.

ces deux sites, et a élaboré des plans d'actions dont la restitution a été effectuée avec les équipes des Admissions/Frais de séjour/Traitements externes.

2.1.2 Le PAFR s'est appuyé sur des audits du circuit de facturation réalisés en 2008 et 2009 sur les 3 sites

Sur la base des tableaux de performances présentés en annexe n°2 et du diagnostic succinct qu'ils fournissent, les 3 sites auxquels nous nous intéressons ont eu recours à un audit de leur chaîne de facturation en 2008 ou 2009, ce que l'on peut mettre en parallèle avec l'accent mis sur les recettes suite au passage à la T2A à 100% le premier janvier 2008.

- ✓ A Saint-Antoine, un audit du Siège a été réalisé en 2008 dans le cadre du PAFR.
- ✓ A Trousseau, un audit du Siège a été réalisé en 2009, également dans le cadre du PAFR.
- ✓ A Tenon, un cabinet de conseil a procédé à un audit du secteur Admissions/Frais de séjour/Traitements externes en 2008.

A) AUDIT DE SAINT-ANTOINE¹⁹

En 2008, l'hôpital Saint-Antoine s'est engagé dans une démarche de réflexion sur l'amélioration de la prise en charge administrative du patient. Parmi les objectifs de ce projet figuraient la prise en compte de l'organisation issue de la nouvelle gouvernance et le découpage en pôles, mais aussi l'optimisation de la facturation, reconnue comme « un enjeu essentiel pour l'hôpital dans le cadre de la tarification à l'activité dont la réussite repose, en partie, sur la mobilisation des personnels du service des admissions, frais de séjour et traitements externes.²⁰ »

A la demande du Directeur des Finances, une élève directrice a mis en place deux groupes de travail composés des agents des AFSTE, des adjoints des cadres de ces services, et de l'attachée d'administration hospitalière en charge de l'ensemble du secteur.

Les groupes de travail ont été à l'origine d'un plan composé de 50 propositions.

En parallèle, le siège a procédé à un audit du secteur AFSTE. De manière synthétique, ses conclusions ont été les suivantes :

¹⁹ Cf. Annexe n°3

²⁰ Document de présentation au CHSCT du projet d'amélioration de la prise en charge administrative du patient, novembre 2008.

- ✓ Points forts :
 - on peut constater une forte implication des responsables et des agents pour améliorer la chaîne de facturation ;
 - un pilotage régulier de l'activité et des indicateurs de performance est effectué par les responsables du secteur AFSTE en coordination avec le DAF ;
- ✓ Faiblesses :
 - interface Urqual²¹/Gilda non fonctionnelle, pas de remontée d'activité possible aux urgences ;
 - personnel soignant peu formé à leur rôle dans la prise en charge administrative du patient (mouvements dans Gilda, codage de C2/C 3²², ...) ;
 - pas de référent pour le codage de l'activité externe au niveau de la Direction des Finances/ DIM ;
 - cloisonnement entre les services admissions, frais de séjour et traitements externes
 - travail collaboratif insuffisant entre le service du système d'information local, les services de soins et les AFSTE

Cet audit s'est accompagné d'un plan d'actions composé de 8 chantiers et 24 points au total, reprenant pour partie les propositions des groupes de travail.

Fin 2009, un bilan des 50 propositions a été réalisé : 31 avaient été menées à bien. 20 n'avaient pas encore abouti ou n'étaient pas mises en œuvre. Les actions proposées par le Siège, elles, n'ont pas fait l'objet d'un suivi aussi précis, mais après entretien avec la responsable des AFSTE, il est possible d'identifier celles qui ont été mises en œuvre.

²¹ Logiciel d'enregistrement et de suivi médical des patients accueillis au SAU

²² Les consultations dites C2 ou C3 correspondent à des règles de facturation des consultations. Une consultation C2 est une consultation réalisée à la demande du médecin traitant pour donner un avis ponctuel. Le praticien qui facture la C2 ne doit pas avoir reçu le patient dans les 6 mois qui précèdent l'acte coté en C2. Les C3 répondent aux mêmes exigences que les C2 mais ne peuvent être facturées que par des PU-PH. Une C2 est facturée deux fois le montant d'une consultation spécialisée ; une C3 trois fois.

Parmi les plus significatives, on peut retenir :

	Actions/Propositions mises en œuvre fin 2009	Actions/Propositions non réalisées ou non encore abouties fin 2009
Propositions des deux groupes de travail	Extension des plages horaires des caisses de consultations externes de 16h15 à 17h15	Faire mieux coïncider les horaires des AFSTE aux horaires des consultations
	Fermeture des admissions à 18h au lieu de 20h (peu de patients entre 18h et 20h)	Rendre l'utilisation du dossier de pré-admission type obligatoire et s'assurer de sa généralisation dans tout l'hôpital
	Revoir le dossier de pré-admission type	Mettre en place des fiches de procédure destinées à guider les services de soins et notamment les cadres, dans le circuit administratif du patient.
	Mobiliser les services de soins sur la fiabilisation des informations saisies dans le logiciel Agenda pour la prise de RDV	Uniformiser les documents administratifs pour l'ensemble de l'hôpital.
	Mise en place d'une 4 ^e caisse aux heures de pointe pour limiter l'attente	Créer du lien avec les services de soins et notamment les secrétaires médicales.
	Amélioration de la signalétique	Revoir la fiche de circulation et sensibiliser les services de soins pour que les actes réalisés y figurent lisiblement et de manière exhaustive
		Favoriser la facturation des frais de séjours par les agents des admissions au moment de la sortie, notamment pour les patients en ALD.
Actions du Siège		Développement de la polycompétence (en place uniquement pour les nouveaux agents)
		Etudier les modalités d'un recueil d'informations de prise en charge administrative avant la consultation dans 2 services pilotes
		Analyse des modalités de codage et de transmission d'activité dans 2 services pilotes
	Formations complémentaires à Gilda pour les agents	Formation relative aux modalités de financement hospitalier et à la chaîne de facturation dans son ensemble
		Mise en place d'un gestionnaire référent par pôle

L'analyse de la mise en œuvre de ce projet d'amélioration de la prise en charge administrative du patient sur le site de Saint-Antoine peut nous conduire à plusieurs enseignements. D'une part, on constate que l'établissement s'est engagé dans cette démarche du fait d'une prise de conscience de la nécessité d'optimiser les recettes

dans le contexte de la T2A. Par ailleurs, le projet a soulevé une mobilisation des équipes des AFSTE, tant chez les agents que dans l'encadrement. Nombreux sont ceux qui se sont investis dans les groupes de travail.

Néanmoins, lorsqu'on analyse les 50 propositions issues des groupes de travail, on peut constater que celles-ci sont constituées majoritairement d'éléments d'organisation spatiale (revoir la signalétique, aménager un accès pour personnes à mobilité réduite dans les admissions, mettre en place des lignes de confidentialité, ...). Quelques propositions portent sur des éléments dont la mise en œuvre pourrait sensiblement améliorer la qualité de la facturation et du recouvrement : rendre le dossier de pré-admission obligatoire, créer du lien avec les services de soins, extension des plages horaires des caisses... Toutefois, ces actions significatives n'ont, pour la plupart, pas été mises en œuvre.

Quant aux actions proposées par le Siège, les plus ambitieuses n'ont pas été suivies d'effet.

L'analyse de cette démarche nous conduit donc à penser que si la T2A a généré une mobilisation des acteurs, tant internes à l'hôpital Saint-Antoine qu'externes à celui-ci (le Siège), reste que les impacts organisationnels qui auraient du découler de ce projet n'ont pas été à la hauteur de ce qui était initialement attendu. Ces impacts ne sont cependant pas nuls, mais restent marginaux (extension des plages horaires des caisses par exemple), et semblent sans grand effet sur les indicateurs suivis en routine par le Siège²³.

B) AUDIT DE TROUSSEAU²⁴

Le Siège a mis en œuvre un audit du circuit de facturation et de recouvrement de l'hôpital Trousseau en décembre 2008. En janvier, un plan d'actions a été proposé et la mise en œuvre du projet s'est faite à partir de février 2009. Les principales conclusions de cet audit ont été les suivantes :

✓ Points forts :

- on peut constater une forte implication des responsables et des agents pour améliorer la chaîne de facturation ;
- les services de soins font preuve d'une volonté de s'impliquer dans cette démarche ;

²³ Cf. Annexe 2

²⁴ Cf. Annexe n°3

- le taux de pré-admission est satisfaisant et favorisé par le travail collaboratif avec les services de soins ;
- il y a un travail en cours sur les indicateurs de suivi de la facturation.

✓ Faiblesses :

- l'équipe des AFSTE n'est pas rattachée à la direction des finances, ce qui limite la visibilité de l'importance des recettes dans le pilotage financier de l'établissement ;
- des problèmes informatiques réduisent la productivité et la qualité de la facturation ;
- le circuit du patient externe ne priorise pas suffisamment le recueil d'informations administratives ;
- la formation aux mouvements dans Gilda doit être accentuée ;
- sur le secteur des admissions/frais de séjour, la polycompétence est insuffisamment développée.

Cet audit a conduit à l'élaboration d'un plan d'actions composé de 22 actions.

Là encore, parmi les plus significatives, on peut retenir :

Actions réalisées au 1^{er} mai 2011	Actions non mises en œuvre/ non abouties en 2011
Généralisation des CDR ²⁵	Problèmes d'équipements et de capacité du réseau informatique
Interface Gilda/urqual sécurisée	Projet de réorganisation architecturale
Analyse du codage et actions sur les délais de remontée d'activité	Développement de la polycompétence en cours
Création d'une caisse en chirurgie et en imagerie lourde	
Formations ciblées (suivi des annulations et taux de rejet)	
Parcours patient retravaillé pour faciliter le recueil d'informations d'identité par l'admissionniste des urgences	

Il nous paraît important de préciser que lors des entretiens menés avec l'équipe d'encadrement des AFSTE de Trousseau, l'existence de l'audit a été soulignée comme un élément moteur de la réflexion qui avait déjà été entreprise sur l'amélioration du circuit de facturation. Si l'on analyse le bilan de la mise en œuvre des actions préconisées, on s'aperçoit que de nombreuses actions très significatives ont été engagées et ont été pérennisées. L'équipe semble très volontaire pour mener des actions d'amélioration et travaille en étroite collaboration avec les services de soins. On peut constater un véritable engagement dans une démarche continue d'amélioration de la qualité de la prestation délivrée. Toutefois, ces démarches, à l'origine, ne semblaient pas s'inscrire pas spécifiquement dans une logique d'optimisation du circuit de facturation/recouvrement rendue nécessaire par la T2A. Cet enjeu s'est imposé de lui-même au fil du temps et les entretiens menés avec les cadres du secteur AFSTE prouvent que les contraintes de la T2A sont un moteur majeur des améliorations que le service met en œuvre.

²⁵ Consultations des Droits en Ligne

C) AUDIT DE TENON²⁶

Enfin, à Tenon, un audit a eu lieu en 2008 ou 2009 (l'incertitude sur la date n'a pu être levée lors des entretiens avec les cadres présents à cette époque). Celui-ci a été réalisé par un auditeur externe, qui a été sollicité dans le cadre d'un projet d'amélioration des recettes. L'étude a porté principalement sur les consultations, mais a tout de même abordé succinctement l'hospitalisation.

L'auditeur a pu faire les constats suivants :

- le circuit du patient est complexe et le système d'information hétéroclite. L'établissement doit décider s'il oriente vers le paiement à la caisse à l'issue de la consultation ou s'il favorise l'envoi des titres au domicile du patient ;
- les responsabilités doivent être clairement identifiées : il faut déterminer qui saisit l'activité, à quelle fréquence, qui saisit l'identité du patient et vérifie la mise à jour de ses droits, qui contrôle la saisie d'activité, qui met à jour les thésaurus Gilda...
- il est nécessaire d'améliorer la connaissance qu'ont les agents des services de soins des enjeux relatifs à l'activité externe afin qu'ils prennent conscience de leur rôle dans la chaîne de facturation.

Actions réalisées au 1^{er} mai 2011	Actions non mises en œuvre/ non abouties en 2011
Nouvelle signalétique et meilleure information du patient sur son parcours et ses interlocuteurs dans l'hôpital	Mise à jour d'un thésaurus d'actes
Regroupement des consultations (pneumologie, cardiologie, hémodynamique) qui permet une mutualisation des moyens sur les postes d'accueil	Sensibilisation des agents à leur importance dans le processus de facturation
Accélération de la cadence de facturation grâce à 0,5 ETP supplémentaire	Homogénéisation et rationalisation des procédures (parcours patient, facturation, ...) des outils de gestion (formulaire/logiciels),
	Développement d'outils de contrôle et indicateurs qualité
	Organisation de rencontres régulières entre les représentants des pôles et les traitements externes pour suivre l'activité et la facturation
	Constitution d'un dossier administratif complet à l'accueil de la consultation ou avant la consultation par les traitements externes
	Mise en place d'une organisation permettant de réduire au minimum la nécessité de passer en caisse après la consultation, ou, au contraire, inciter le patient à payer
	Réflexion nécessaire sur les postes de caisses : nombre, emplacement, horaires d'ouverture

²⁶ Cf. Annexe n°3

A l'instar de Trousseau, l'équipe d'encadrement de Tenon, lors des entretiens que nous avons menés, n'a pas évoqué cet audit, ce qui suggère que les agents des AFSTE ne se sont pas véritablement appropriés les conclusions de celui-ci et le plan d'actions proposé. Si l'équipe de direction qui a fait appel à l'auditeur a clairement mené ce projet dans une perspective d'amélioration de la facturation rendue indispensable du fait du passage à la T2A -puisque le projet était intitulé « projet d'amélioration des recettes », il reste que dans les faits, cette démarche ne semble pas avoir fait l'objet d'une mobilisation chez les agents. Après entretien avec certains agents des traitements externes, ils disent ne pas avoir été consultés lors de l'audit et ne pas avoir été associés aux travaux menés. En d'autres termes, il apparaît que les impacts organisationnels de la T2A ont été très limités sur le circuit de facturation à l'hôpital Tenon.

L'analyse des actions relatives à l'amélioration de la facturation sur ces trois sites nous amène donc à une conclusion contrastée :

-Saint-Antoine, tant au niveau de l'équipe de direction qu'au sein de l'équipe des AFSTE, avait saisi l'enjeu de l'optimisation de la facturation dans un contexte de T2A, mais les plans d'actions n'ont été que partiellement mis en œuvre et n'ont pas abouti à une amélioration significative des performances du secteur AFSTE.

-Trousseau s'est engagé dans une amélioration du circuit de facturation, qui permet à l'établissement d'atteindre des résultats relativement honorables, sans pour autant que cette démarche soit clairement motivée par le passage à la T2A.

-Quant à Tenon, la direction a cherché à mettre en place une optimisation de la facturation suite à l'introduction de la T2A, mais l'équipe des AFSTE ne semble pas s'être appropriée cette démarche et les résultats de l'établissement restent à améliorer.

Il est important de noter que l'impact financier de ces actions, sur les 3 sites, n'a pas été isolé pour être évalué et mesuré. Il est donc très difficile de quantifier les effets des mesures mises en œuvre depuis 2008 ou 2009 sur ces 3 établissements.

Ces audits nous ont paru devoir être réactualisés afin de porter un diagnostic précis sur le circuit de facturation du groupe hospitalier HUPE, et ce dans la perspective de la mise en œuvre d'actions d'amélioration.

2.2 La nécessaire actualisation des résultats de ces audits

2.2.1 Des organisations du circuit de facturation hétérogènes

	St Antoine	Trousseau	Tenon
Caisses des Traitements externes	Bat R. André porte 6 : 8h30 - 17h15 (16h15 le vendredi) (4 guichets) Bat Lemierre porte 3 : 8h30 - 17h00 (2 guichets polyvalents TE/ADM) Bat UPR Polyclinique porte 31 : 8h30 - 16h15 (2 guichets) Bat A. Courvelaire porte 5 : 8h00 - 16h00 le lundi et le ven	Bat Chigot porte 22 : 08h45 - 16h21 (1 guichet) Bat Pallez porte 29 : 08h00 - 17h00 (13h00 le vendredi ; 4 guichets) Bat Baroux porte 4 : 09h00 - 16h30 (1 guichet)	Bat Proust porte 19 : 8h00 - 16h30 (2 guichets) Bat Joliot porte 8 : 08h00 - 16h30 (3 guichets) Bat Gabriel porte 2 : 08h00 - 16h30 (4 guichets) Bat Charcot porte 5 : 08h00 - 16h15 (5 guichets) Bat Le Lorier porte 2 : 08h00 16h30 (3 guichets)
Admissions	Bat l'Horloge porte 1 : 07h00 - 18h00 (4 guichets)	Bat Pallez porte 29 : 06h45 - 18h30 (5 guichets) Bat Baroux porte 4 : 09h00 - 16h30 (2 guichets)	Bat Charcot porte 5 : 07h00 - 21h30 (3 guichets)
Frais de séjour	Bat l'Horloge porte 1 : 8h30 - 18h00	Bat Pallez porte 29 : 07h30 - 17h00	Bat Gardie porte 1 : 08h30 - 17h00
Urgences	Bat Urgences porte 34 : 24h/24h (1 guichet)	Bat Chigot porte 22 : 14h00 - 07h00 (1 guichet) ; présence d'un aide-soignant de 07h00 à 14h00	Pas d'accueil administratif aux urgences, présence d'un aide-soignant 24h/24
Effectifs hors cadres	TE : 33, 4 ETP AFS : 37 ETP	TE : 11 ETP AFS : 24,8 ETP	TE : 22, 8 ETP AFS : 26, 7 ETP
Activité 2010 *	Consultations : 232 931 Admissions : 59 954	Consultations : 168 357 Admissions : 28 175	Consultations : 209 384 Admissions : 55 664
Activité 1er semestre 2011 *	Consultations : 126 718 Admissions : 32 399	Consultations : 91 123 Admissions : 15 170	Consultations : 109 027 Admissions : 29 530
Activité par agent (TE)	6974	15305	9184
Activité par agent (AFS)	1620	1136	2085

* Source OPALE

Le tableau ci-dessus laisse apparaître une grande hétérogénéité des situations entre les 3 sites auxquels nous nous intéressons.

Tout d'abord, on constate une grande variabilité des horaires d'ouverture des caisses de traitements externes, ainsi que des bureaux admissions/frais de séjour : tous les sites possèdent au moins une caisse qui ouvre à 8h00, mais en revanche les heures de fermeture diffèrent. Par ailleurs, à Tenon, l'absence de personnel administratif au SAU conduit à une amplitude horaire très large des admissions, car ce sont les admissions qui se chargent de la constitution des dossiers des patients des urgences. A Saint-Antoine et Trousseau, les admissions ont des horaires plus restreints, car le SAU dispose, (partiellement à Trousseau) d'un accueil administratif qui lui est propre.

Avec le passage en groupe hospitalier, la question de l'amplitude des horaires d'ouverture est un enjeu important d'équité entre les agents du secteur AFSTE, dans la mesure où il est difficilement acceptable que certains agents aient des horaires plus favorables que d'autres.

On constate également une grande disparité entre les trois sites dans le nombre de guichets consacrés aux traitements externes, ainsi que dans le nombre de guichets réalisant des admissions :

- 9 guichets de traitements externes à Saint-Antoine, 6 à Trousseau, 17 à Tenon
- 4 guichets d'admissions à Saint-Antoine, 7 à Trousseau, 3 à Tenon.

Ceci est à analyser au regard de la configuration spatiale des 3 établissements qui est voisine : les 3 hôpitaux sont sur des parcelles de taille comparable, et comprennent un nombre de bâtiments consacrés aux soins relativement proche.

Si l'on s'intéresse de manière assez grossière aux effectifs dédiés aux admissions-frais de séjour d'une part et aux traitements externes d'autre part, on constate là encore des disparités importantes. Les effectifs sont bien évidemment à mettre en parallèle de l'activité de chaque site. Les agents de Saint-Antoine sont nettement moins productifs sur les traitements externes que ceux de Tenon et surtout de Trousseau. En termes d'admissions-frais de séjour, le nombre d'admissions par agent effectué par l'équipe de Trousseau est inférieur à celui de Saint-Antoine et plus encore à celui de Tenon.

Par ailleurs, les services admissions-frais de séjour sont organisés différemment selon les sites. Ainsi, à Tenon, les admissions et les frais de séjour constituent deux services parfaitement distincts, pour lesquels aucune mutualisation de personnel n'est possible puisque les agents des admissions ne sont pas formés aux frais de séjour, et vice-versa. Chaque service est géré de manière cloisonnée, un adjoint des cadres encadrant les

admissions, un autre les frais de séjour. Aucun agent n'est polyvalent entre admissions et frais de séjour, et, a fortiori, entre admissions-frais de séjour et traitements externes. Dans cet établissement, le bulletin d'hospitalisation délivré à la sortie du patient n'est pas fourni par le service des frais de séjour, mais par l'accueil de l'hôpital, en raison d'une organisation historique. Cet élément, qui peut apparaître à première vue comme un détail, ne l'est pas : cela complexifie le parcours du patient, qui doit se présenter dans un premier temps aux frais de séjour, où un document certifiant que son dossier est complet lui est remis, puis il se rend ensuite à l'accueil où on lui remet alors un bulletin d'hospitalisation.

A Saint-Antoine comme à Trousseau, les admissions-frais de séjour sont sous la responsabilité d'un cadre unique, et les nouveaux agents recrutés sont tous polyvalents sur les deux secteurs. Néanmoins, il est important de souligner que la grande majorité des agents n'est pas polyvalente, et ce, dans les 3 sites.

Ces éléments nous amènent à conclure que les AFSTE des 3 sites sont organisés très différemment. Toutefois, cette hétérogénéité des organisations ne peut expliquer à elle seule les différences de performances entre les sites, ce qui rend nécessaire l'actualisation du diagnostic et l'analyser fine du fonctionnement de la facturation.

2.2.2 Réalisation d'un nouveau diagnostic

Nous ne reprendrons ici que la synthèse des auto-évaluations menées en juin 2011. Les résultats détaillés de cette enquête se trouvent en annexe n°4.

Pour procéder à ces auto-évaluations, nous nous sommes appuyés sur l'outil²⁷ créé par la MeaH en 2008.

A) AUDIT DE SAINT-ANTOINE

✓ Points forts :

- les NPAI sont suivis par un agent identifié ;
- la carte vitale est lue et une recherche des droits en ligne²⁸ permettant de vérifier les droits du patient est systématiquement pratiquée, tant aux admissions/ frais de séjours qu'aux traitements externes ; les droits de mutuelle sont eux aussi vérifiés ;

²⁷ Outil de diagnostic et d'autoévaluation du processus de facturation : <http://www.anap.fr/detail-dune-publication-ou-dun-outil/recherche/diagnostiquer-et-evaluer-le-processus-de-facturation-dun-etablissement/>

²⁸ Sur « CDR », outil de consultation des droits en ligne.

- les actes de biologie, d'imagerie et d'explorations fonctionnelles sont récupérés en temps réel ;
- le SAU dispose d'un accueil administratif qui lui est propre, 24h/24 ;
- les rejets B2, les annulations, le taux de recouvrement, les motifs de contentieux, le retard de facturation, sont suivis et analysés ;
- les contentieux sur frais de séjour et consultation sont gérés par une cellule dédiée ;
- la communication autour de la facturation est développée.

✓ Points faibles :

- absentéisme majeur (20% sur l'année 2010) ;
- horaires d'ouverture des caisses de traitements externes insuffisamment compatibles avec les horaires de consultation ; attente majeure aux caisses.
- le codage est rarement réalisé en temps réel, ce qui ne permet pas au patient de payer avant sa sortie ;
- retard dans le traitement des dossiers, en particulier des contentieux, qui nécessite le recrutement de contractuels pour épurer ces retards ;
- les services AFSTE n'ont pas de lien avec les services de soins ;
- très peu d'agents sont polyvalents, les anciens agents ne souhaitant pas monter en compétences ; de plus seuls 5 agents des traitements externes sur 24 sont polyvalents assurent du front office ;
- aucun contrôle n'est opéré sur l'exhaustivité des consultations externes (pas de croisement entre le logiciel de prise de rendez-vous et le nombre de factures émises par exemple) ;
- aucun système de vérification de la complétude des dossiers n'est mise en place, ni sur les frais de séjour, ni sur les traitements externes ;
- les rejets B2 restent élevés ;
- la facturation ne fait pas l'objet d'une négociation dans les contrats de pôle.

B) AUDIT DE TROUSSEAU

✓ Points forts :

- pré-admissions systématiques ;
- véritables liens avec les services de soins ;
- les actes de biologie, d'imagerie et d'explorations fonctionnelles sont récupérés en temps réel ;
- vérification de la complétude administrative de chaque dossier « frais de séjour » ;
- suivi des délais et des retards de facturation, ainsi que des motifs de rejet B2 ;
- les contentieux sur frais de séjour et consultation sont gérés par une cellule dédiée ;

- la facturation faisait partie des éléments négociés dans les contrats de pôle²⁹ ;
- variabilité du nombre de guichets ouverts au cours de la journée afin de s'adapter aux flux ;
- la carte vitale est lue et une recherche des droits en ligne sur CDR permettant de vérifier les droits du patient est systématiquement pratiquée, tant aux admissions/ frais de séjours qu'aux traitements externes ; les droits de mutuelle sont eux aussi vérifiés ;
- les agents admissions/ frais de séjour sont polyvalents.

✓ Points faibles :

- pas de suivi des NPAI ;
- retard dans le traitement des dossiers, en particulier des contentieux, qui nécessite le recrutement de contractuels pour épurer ces retards ;
- le SAU ne dispose pas d'un accueil administratif propre 24h/24, mais seulement de 14h à 7h ;
- gros problèmes de réseau qui génèrent des coupures informatiques à répétition, conduisant à des files d'attente parfois très longues et empêchant la consultation de CDR ;
- aucun contrôle n'est opéré sur l'exhaustivité des consultations externes (pas de croisement entre le logiciel de prise de rendez-vous et le nombre de factures émises par exemple).

C) AUDIT DE TENON

✓ Points forts :

- horaires d'ouverture des admissions compatibles avec les horaires d'ouverture des consultations pour les pré-admissions ;
- la carte vitale est globalement lue et une recherche des droits en ligne sur CDR permettant de vérifier les droits du patient est systématiquement pratiquée, tant aux admissions/ frais de séjours qu'aux traitements externes ;
- les actes de biologie, d'imagerie et d'explorations fonctionnelles sont récupérés en temps réel ;
- les contentieux sur frais de séjour et consultation sont gérés par une cellule dédiée ;
- il n'y a pas de retard de facturation, ni sur les traitements externes, ni sur les frais de séjour ;
- les agents des traitements externes sont polyvalents front/back office.

²⁹ Des nouveaux pôles ont été constitués en juillet 2011 et les nouveaux contrats de pôle seront signés à l'automne.

✓ Points faibles :

- pas de pré-admission systématique ;
- pas de suivi des NPAI ;
- faible utilisation des contrôles de droits en ligne pour les mutuelles ;
- aucune relation avec les services de soins ;
- aucun contrôle n'est opéré sur l'exhaustivité des consultations externes (pas de croisement entre le logiciel de prise de rendez-vous et le nombre de factures émises par exemple) ;
- aucun système de vérification de la complétude des dossiers est mise en place, ni sur les frais de séjour, ni sur les traitements externes ;
- les agents ne sont pas formés aux enjeux de la T2A ;
- le bulletin d'hospitalisation est délivré par l'accueil de l'hôpital ;
- les urgences ne disposent pas d'un accueil administratif propre : l'accueil est fait par un aide-soignant ;
- rien n'oblige les patients à passer par la caisse avant ou après une consultation ;
- les horaires des caisses sont insuffisamment compatibles avec les heures de consultations ;
- le service des admissions et le service des frais de séjour sont totalement cloisonnés ;
- de nombreux points d'accueil sont fermés faute de personnel.

L'analyse des écarts entre les diagnostics réalisés en 2008/2009 et ceux de 2011 nous invite à penser qu'il n'y a pas eu de changement majeur des pratiques et que la T2A ne s'est pas avérée être un puissant levier de changement –ce qu'elle aurait pourtant dû être. Certes, sur les 3 sites, les agents veillent à effectuer un contrôle des droits en ligne (au moins sur la part sécurité sociale), mais la complétude des dossiers administratifs, hormis à Trousseau, n'est pas vérifiée. Les agents restent très peu sensibilisés aux enjeux de la T2A, à ses principes. Les liens entre les services de soins, le secteur AFSTE et le DIM n'existent qu'à Trousseau, ce qui ne contribue pas à permettre aux agents de prendre conscience de l'importance de la facturation à l'hôpital, du lien entre l'activité, le codage et les recettes. Sur les 3 sites, rien n'oblige les patients à passer par la caisse avant ou après la consultation, les caisses ouvrent beaucoup plus tôt que le flux de patients et ferment alors que des consultations sont encore en cours. Ce sont autant de patients pour lesquels le recouvrement risque d'être délicat.

La comparaison entre les audits de 2008/2009 et ceux de 2011 laisse à penser que peu de mesures véritablement restructurantes ont été mises en œuvre et que la T2A n'a pas conduit à une réorganisation majeure du secteur AFSTE permettant une amélioration sensible des performances du circuit de facturation sur les 3 sites étudiés. En effet,

malgré la politique d'amélioration de la facturation impulsée par le siège et les plans d'actions qui ont été proposés, seules des mesures relativement marginales - quoiqu'indispensables- ont été instaurées, comme par exemple la consultation systématique de CDR, ou l'adaptation partielle de l'ouverture des caisses et admissions aux flux de patients. Ces mesures n'ont cependant pas permis d'atteindre les résultats escomptés, et désormais, des restructurations profondes de la chaîne de facturation semblent incontournables.

Tous ces constats nous ont amené à travailler avec les cadres des secteurs AFSTE au sein des 3 hôpitaux du GH que nous étudions. Nous avons ainsi élaboré un plan d'amélioration de la facturation et du recouvrement visant à corriger les dysfonctionnements constatés et à optimiser les performances du GH dans ce domaine.

3 La politique d'amélioration de la facturation proposée doit poursuivre trois objectifs : produire des résultats quantitatifs à court terme, impulser une dynamique de restructuration profonde du circuit de facturation à moyen terme, tout en préparant le passage à la FIDES³⁰

Lors de la conférence stratégique et budgétaire³¹ du deuxième trimestre 2011, la Directrice Générale a rappelé que l'EPRD 2011 de l'AP-HP est basé sur un pilotage par le résultat ; il en découle que l'accent est fortement mis sur l'accroissement des recettes, plutôt que sur la réduction des dépenses qui impliquent des suppressions d'emplois. Or, les réalisations d'activité étant inférieures aux cibles pour le premier semestre 2011, les recettes n'atteignent pas le niveau escompté et la réduction du déficit du groupe hospitalier s'en trouve nettement compromise : un déficit de 11,2 millions d'euros avait été acté en mars 2011, et les prévisions d'atterrissage au 30 juin 2011³² anticipent un déficit de 16,6 millions d'euros, soit un écart à la cible de 5,4 millions d'euros.

Par conséquent, la nécessité de recouvrer les recettes, mais aussi de les recouvrer rapidement, s'accroît et devient un objectif à atteindre impérativement. C'est pour cette raison que parmi les 16 thématiques prioritaires fixées par la Directrice Générale de l'AP-HP, 2 apparaissent comme majeures : l'amélioration de la qualité du codage d'une part, et l'amélioration de la facturation d'autre part. La Directrice Générale attend, sur ces deux thématiques, des résultats rapides et conséquents des actions menées.

Les éléments de diagnostic que nous avons posés, ainsi que la situation financière du GH HUPE et de l'AP-HP plus globalement nous amènent à penser que la T2A, depuis son entrée en vigueur, n'a pas eu les effets restructurants attendus sur le circuit de facturation des 3 établissements que nous étudions. Les efforts de réorganisation de ce secteur doivent être massifs et immédiats pour conduire à une amélioration très nette des performances sur la facturation et donc des recettes. Sept ans après l'introduction de la T2A, le GH HUPE n'a plus d'autre choix que celui de réorganiser son circuit de facturation pour redresser son résultat et résorber une partie de son déficit en accroissant les recettes. Cette réorganisation ne peut se faire qu'en deux temps : des actions doivent être menées à court terme si l'on escompte des résultats rapides, tandis que les restructurations profondes ne peuvent se faire qu'à moyen terme. Elle doit par ailleurs intégrer la préparation du passage à la FIDES en 2013.

³⁰ Facturation individuelle des établissements de santé.

³¹ Il s'agit d'une réunion trimestrielle de suivi de l'EPRD entre la DEF de l'AP-HP et chaque groupe hospitalier.

³² Voir annexe n°5

3.1 Dans un premier temps, la politique d'amélioration de la facturation du GH repose sur un plan d'actions ciblées

3.1.1 Elaborer un tableau de bord de suivi du circuit de facturation en routine pour avoir une vision synthétique des points forts et des points faibles du GH.

Saint-Antoine, Tenon et Trousseau étaient caractérisés par un suivi des indicateurs et des principales performances très hétérogène.

La mise en place d'un tableau de bord harmonisé pour les 4 établissements du GH semble incontournable. Les indicateurs ainsi suivis mensuellement vont permettre d'identifier finement les axes d'amélioration et les maillons de la chaîne de facturation qui fonctionnent de manière satisfaisante.

Ce tableau de bord combine des indicateurs qualitatifs (annulations, rejets B2, NPAI) et quantitatifs (montant des créances non imputées, des ANV, ...).

		SEPTEMBRE			OCTOBRE		
		Saint-Antoine	Trousseau	Tenon	Saint-Antoine	Trousseau	Tenon
Indicateurs portant sur les préadmissions	Nombre d'admissions						
	Taux de préadmission par pôle						
	Taux de préadmission global						
Indicateurs portant sur le codage	Taux global de codage						
	Délai moyen de codage						
	Taux de codage des dossiers hospitalisation						
	Taux de codage des dossiers externes						
Indicateurs portant sur la préfacturation	Nombre de doublons d'identité						
Indicateurs portant sur l'encaissement	Montant des encaissements						
	Taux d'encaissement au comptant						
Indicateurs portant sur la facturation	Nombre et taux des non passés en caisse						
	Nombre et taux des passés en caisse						
	Montant des médicaments facturés rétrocedés						
	Montant des créances non imputées						
Indicateurs portant sur les annulations et rejets de titres	Taux d'annulation global des titres émis						
	Taux d'annulation des titres Tiers-Payeurs						
	Taux d'annulation des titres Particuliers						
	Taux de rejet des flux B2						
Indicateurs portant sur le recouvrement	Taux de NPAI						
	Taux de recouvrement global						
	Taux de recouvrement tiers-payeurs						
	Taux de recouvrement particuliers						
	Montant des ANV						
Indicateurs portant sur les ressources humaines	Effectifs de personnel						
	Absentéisme						

Tableau de bord – suivi mensuel du circuit de facturation

3.1.2 Absorber le retard du GH en matière de facturation sur les traitements externes et les frais de séjour

Un deuxième volet du plan d'actions consiste à traiter le stock de dossiers de traitements externes non facturés, ainsi que les créances non imputées.

La Direction des Ressources Humaines a accordé 12 mensualités ventilées sur 4 agents en contrat à durée déterminée de 3 mois afin de rattraper le retard de facturation sur les traitements externes à Saint-Antoine et Trousseau. Deux agents ont été positionnés sur chacun de ces sites, de juillet à septembre 2011. L'objectif qui leur a été fixé est d'absorber totalement les dossiers de patients non passés en caisse de 2009.

Par ailleurs, les cadres du secteur admissions-frais de séjour sensibilisent en permanence leurs agents à la nécessité de trouver un débiteur rapidement pour les créances non imputées. Celles-ci sont relativement faibles pour les 3 sites pour les années N-1 et N-2, mais sont importantes pour 2011. Ce phénomène est normal (les montants correspondent

environ à un mois d'activité), mais il n'en reste pas moins que plus les créances de frais de séjour seront imputées rapidement, et mieux se portera la trésorerie du groupe hospitalier. Le Nouveau Système d'Information³³ ne permet plus de calculer le délai moyen de facturation, mais le Bureau de la recette et de la facturation du siège a fait remonter au prestataire NSI les besoins des sites en termes d'indicateurs et ce délai moyen de facturation devrait être disponible sous peu. Dès lors qu'ils y auront accès, les cadres des AFSTE devront se saisir de cet indicateur pour mobiliser leurs équipes sur une facturation rapide des frais de séjour en fixant une cible à atteindre.

3.1.3 Former les agents pour diminuer le nombre de dossiers en contentieux

L'analyse des causes d'annulations et de rejets B2 nous prouve que nombre d'annulations et de rejets sont évitables car liés à des erreurs de la part des agents.

Les cadres de Saint-Antoine ont travaillé sur une fiche de rappel des bonnes pratiques, qui se matérialise par des affiches disposées dans les locaux des admissions et des frais de séjour. Ces affiches sont à déployer sur l'ensemble des locaux AFSTE du groupe.

Par ailleurs, le siège met en place un cycle de formation sur le dernier trimestre 2011 à destination des agents des AFSTE. La Direction des finances du GH sollicite les cadres afin que ceux-ci incitent fortement les agents à suivre ces cycles de formation.

Les retours d'expérience des établissements ayant participé au chantier MEAH portant sur l'optimisation de la chaîne de facturation et de recouvrement hospitalière³⁴ ont montré que la formation des agents aux grands principes de la législation de sécurité sociale, de l'admission et de règlementation, leur sensibilisation aux enjeux de la facturation et à la T2A avaient permis de réduire les rejets B2 et pouvait permettre une première amorce d'un projet de polyvalence partielle des agents.

3.1.4 Réorganiser le circuit patient pour fiabiliser les données patients

Partant du principe que la fiabilisation des données patients est plus aisée lorsque ceux-ci ont rencontré un agent des traitements externes ou des admissions, nous avons étudié des actions ciblées portant sur le circuit patient.

A) Traitements externes : « au plus près et au plus vite »

Afin de réduire le nombre de non passés en caisse, la Direction des Finances a mobilisé les ingénieurs en organisation du groupe hospitalier dans le but de proposer une nouvelle implantation des caisses à des emplacements stratégiques. Les ingénieurs en

³³ NSI a été déployé en janvier 2011 à l'AP-HP

³⁴ *Optimiser la chaîne de recouvrement et de facturation hospitalière, Retours d'expérience*, MeaH, juin 2008

organisation ont ainsi identifié sur les 3 sites les activités externes qui d'une part représentent la plus grosse activité en volume, et qui d'autre part constituent la majeure partie des recettes externes.

	Cible prioritaire	Actes	% actes	CA	% CA
TENON	Imagerie	125 422	40,40%	2 698 549	34,07%
	Gynéco-Obstétrique	43 823	14,12%	1 173 381	14,81%
	Nouveau bâtiment BUCA	132 747	42,76%	2 859 587	36,10%
TROUSSEAU	Imagerie/Médecine nucléaire	44 455	22,25%	1 783 371	35,47%
	Gynéco-Obstétrique	39 625	19,83%	740 673	14,73%
	Consultations chir pédiatrique	24 683	12,35%	523 989	10,42%
SAINT-ANTOINE	Sous sol Horloge	98 861	23,68%	2880820	33%
	Dont Imagerie	66 952	16,04%	2319364	26,85%
	Dont Hématologie	11 208	2,69%	262432	3,04%
	Dont Rhumatologie	11 334	2,72%	144183	1,67%
	Dont CDAG	9 367	2,24%	154841	2%

Principales activités externes, en volume et en valeur (2010)³⁵

Ces éléments chiffrés ont permis de dégager plusieurs actions ciblées :

- création d'un « bureau de facturation » au sous-sol du bâtiment de l'Horloge sur le site de Saint-Antoine. Il s'agit d'un point névralgique des actes externes puisque situé au confluent de l'imagerie, des consultations d'hématologie et de rhumatologie, ainsi que du centre de dépistage anonyme et gratuit, qui représente 23% en volume et 33% en valeur des actes externes de l'établissement. Les agents de ce bureau de facturation, dont l'installation est prévue en octobre 2011, auront pour mission de réaliser l'enregistrement des données administratives des patients et des données relatives à leur prise en charge avant l'acte externe. Aucun encaissement en espèces ne sera réalisé (ce qui évite ainsi l'installation réglementaire d'un hygiaphone), mais les patients payants pourront régler en carte bancaire ou en chèque, après la consultation.

- réouverture de la caisse maternité sur le site de Trousseau ; cette action ne pourra se réaliser que lorsque les travaux en cours dans la maternité seront terminés, car la caisse est actuellement dans leur emprise. D'autre part, elle implique de déployer des agents de la caisse centrale sur cette caisse, alors même que l'équipe actuelle des traitements externes est nettement sous dotée et qu'il n'y a pas de poste vacant identifié au TPER sur ce secteur. Toutefois, la maternité de Trousseau s'apprête à accueillir une grande partie de l'activité de la maternité de Saint-Antoine dont le transfert est prévu en février 2012, et le positionnement d'au moins un agent à la caisse de la maternité semble plus nécessaire que jamais. Rappelons que la facturation des consultations de gynéco-obstétrique n'a pas été réalisée depuis environ un an à Trousseau du fait du manque de personnel. Par conséquent, il semble indispensable, à l'occasion du transfert de la

³⁵ Source : Opale

maternité de Saint-Antoine, d'assurer la mobilité d'une partie du personnel des traitements externes de Saint-Antoine vers Trousseau. La réalisation de cette action ciblée est prévue pour février 2012.

- à Tenon, la réouverture d'une caisse à proximité de la radiologie, existante mais fermée depuis environ 18 mois, semble indispensable eu égard au nombre d'actes d'imagerie effectués et à leur valorisation (34% du montant total des actes externes du site). Le cadre des traitements externes, pour ce faire, souhaite redéployer les agents des caisses, car une étude d'activité sur chacune des caisses existantes fait apparaître une sous-productivité de la caisse du bâtiment Gabriel. La mise en œuvre de cette action est prévue pour novembre 2011.

B) Réguler les flux aux caisses

Sur le site de Saint-Antoine, l'attente aux caisses est particulièrement longue ; la Direction des Finances du GH, en accord avec la Direction des Investissements et Travaux, a commandé d'une borne délivrant des tickets différenciés en fonction de plusieurs critères :

- patients venant pour un enregistrement de l'identité et des droits après une consultation ;
- patients venant pour un contentieux ;
- patients venant pour un pré-enregistrement avant consultation d'orthopédie, d'anesthésie, de chirurgie digestive et hépato-biliaire (ces trois consultations sont situées sur un même plateau et absorbent un flux important de patients : si le circuit patients est modifié de telle sorte que les patients ont l'obligation d'être pré-enregistrés aux caisses des traitements externes avant leur consultation, on parviendra à réduire de manière très significative le nombre de non passés en caisse, et les recettes en seront nécessairement impactées). La mise en œuvre de cette action s'effectuera en deux temps : livraison de la borne prévue pour novembre 2011, nouvelle organisation du circuit pour les patients de consultation d'orthopédie, anesthésie, chirurgie digestive et hépato-biliaire au premier trimestre 2012.

C) Adapter les horaires d'ouverture des caisses aux horaires des consultations

Nous avons constaté une grande disparité dans les horaires d'ouverture des caisses sur les 3 sites. Les études de flux permettent de faire des calculs coûts/avantage sommaires entre le coût de l'ouverture d'une caisse à une heure où peu de patients se présentent, et les recettes qui seront facturées pendant ce créneau. Une des mesures de notre plan d'actions consiste donc à faire « glisser » les horaires des caisses, afin qu'elles ouvrent moins tôt et ferment plus tard, et s'alignent ainsi sur les horaires de Saint-Antoine (8h30-17h30). Le calendrier de réalisation de cette action est prévu pour janvier 2012, après

présentation du projet aux comités techniques d'établissement locaux de Tenon et Trousseau, et information des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail des deux sites.

D) Mettre l'accent sur le recueil des données patients aux urgences de Tenon

L'accueil administratif des patients du SAU de Tenon est actuellement réalisé par un aide-soignant ; compte-tenu du nombre de passages (41000 annuels), la présence d'un personnel administratif serait justifiée. Ce service doit néanmoins déménager en mai 2012 dans le nouveau bâtiment « BUCA³⁶ », et c'est pourquoi la mise en place d'une équipe administrative spécifique ne semble pas souhaitable avant le déménagement. Néanmoins, les urgences actuelles étant contigües aux caisses, l'équipe des AFSTE travaille, en lien avec le service des urgences, sur une modification du circuit patient, afin que le temps d'attente au SAU soit mis à profit et que les patients aillent s'enregistrer aux caisses, là encore dans la perspective de fiabiliser les données recueillies. En effet, à l'heure actuelle, l'aide-soignant enregistre l'identité et les droits d'assurance maladie obligatoire des patients, mais n'a pas le temps de traiter les droits de mutuelle, ce qui est à l'origine d'un nombre d'annulations considérable.

E) Créer un point d'accueil administratif polyvalent dans le bâtiment BUCA

L'ouverture de BUCA est l'occasion de créer un accueil administratif polyvalent admissions-frais de séjour-traitements externes. BUCA est en effet un bâtiment qui regroupe des activités multiples : chirurgie, chirurgie ambulatoire, endoscopies, imagerie, réanimation et soins continus, hospitalisation, consultations. Les agents du secteur AFSTE ainsi positionnés seront en mesure de prendre en charge l'accueil administratif et la facturation des passages aux urgences générales et gynécologiques, et si besoin effectueront l'admission des patients qui sont hospitalisés ; ils procéderont à l'enregistrement des données administratives des patients externes et effectueront la facturation des consultations et actes externes ; ils feront également l'admission et facturation des frais de séjour des patients hospitalisés. Les objectifs de la création de point d'accueil administratif sont multiples : positionner en un lieu unique au sein du bâtiment des agents intégralement polyvalents sur l'ensemble de ces tâches, afin de simplifier le circuit patient, de diminuer les non passés en caisse en garantissant des plages d'ouverture importantes, de favoriser le recueil des données au plus près et au plus vite ; il s'agit également de réduire l'amplitude horaire d'ouverture des admissions du site de Tenon (7h-21h30) en mettant en place un accueil administratif 24h/24 aux

³⁶ Bâtiment des Urgences, de la Chirurgie et de l'Anesthésie
Anne-Emmanuelle THOMAS - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2011

urgences³⁷. Cette mesure aurait pour effet, comme nous l'avons exposé dans le paragraphe précédent, de fiabiliser le recueil des données patients au SAU.

La réflexion autour du circuit patient et des modalités de présence administrative dans BUCA est en cours ; un groupe de travail est constitué sur ce point. L'échéance de la mise en œuvre de ces mesures est fixée pour l'ouverture du bâtiment en mai 2012.

Les mesures que nous avons exposées ici sont des actions ciblées destinées à produire un effet de court terme sur les recettes et les performances du circuit de facturation et de recouvrement du groupe hospitalier. Néanmoins, il semble indispensable de proposer des mesures visant à modifier en profondeur le circuit de facturation, afin de remédier durablement aux dysfonctionnements constatés pour améliorer significativement et à long terme les performances du GH en matière de facturation et de recouvrement.

3.2 Les actions doivent s'accompagner à moyen terme de mesures plus structurantes

3.2.1 Se saisir du levier « ressources humaines »

L'effectif total du secteur AFSTE sur le groupe hospitalier s'élève à 166 équivalent-temps plein. Le facteur des ressources humaines nous apparaît donc comme un paramètre qu'il faut impérativement prendre en compte dans les réorganisations du circuit de facturation. Plusieurs actions peuvent être envisagées pour contribuer à la reconfiguration de ce circuit.

A) Redéployer les agents entre les sites

L'analyse des ratios de productivité³⁸ des admissions-frais de séjour d'une part et des traitements externes d'autre part nous montre que Trousseau et Tenon sont nettement plus productifs que les autres sites du groupe hospitalier sur les traitements externes ; Trousseau présente également un ratio de productivité très élevé sur les admissions-frais de séjour. Néanmoins, eu égard au retard de facturation de Trousseau, en particulier sur les traitements externes, on peut considérer que cette productivité très élevée traduit en réalité un sous dimensionnement en personnel de l'équipe des traitements externes.

En revanche, Saint-Antoine est de manière évidente sur doté, alors même qu'il présente des retards importants sur les frais de séjour et les traitements externes, et que chaque année on a recours à des mensualités de remplacement pour écouler le retard sur les non

³⁷ L'amplitude actuelle 7h-21h30 est justifiée par l'absence de personnel administratif dédié au SAU pour réaliser les admissions la nuit.

³⁸ Cf. Annexe n°6

passés en caisse. Ce phénomène est à mettre en lien avec un absentéisme massif (20% en moyenne sur l'année 2010, avec des pics à 25% sur certains mois).

Ces différents éléments sont à mettre en rapport avec les différents transferts d'activité intra-GH, et notamment le transfert en février 2012 d'une partie de l'activité du service de gynéco-obstétrique de Saint-Antoine vers Trousseau et Tenon. En effet, Trousseau doit accueillir 1300 accouchements annuels supplémentaires à partir de la date du transfert, ce qui rend nécessaire un redéploiement d'une partie des effectifs des AFSTE de Saint-Antoine vers Trousseau. A noter qu'un agent est mobilisé à temps plein sur l'activité d'état civil naissance, et que cet agent est intégré dans les effectifs des admissions de Saint-Antoine. Il est prévu que Tenon accueille 600 accouchements supplémentaires en provenance de Saint-Antoine, ce qui représente moins d'un ETP supplémentaire si l'on s'en tient aux ratios cibles présentés en annexe n°6. Parallèlement, Saint-Antoine doit accueillir une partie de l'activité d'urgence de Tenon³⁹, mais la « sous-productivité » des agents des AFSTE de Saint-Antoine implique une absorption à personnel constant de cette activité supplémentaire. Il est par ailleurs prévu que Tenon accueille le service de pneumologie de Saint-Antoine à compter du 2^{ème} trimestre 2012 : la perte de l'activité administrative des AFSTE liée à la baisse du nombre de passages aux urgences sera pour partie compensée par cette nouvelle activité.

On le voit donc, les différents mouvements d'activité au sein du GH, associés aux différences très importantes de dotation en personnel entre les secteurs AFSTE des 3 sites rend absolument incontournable une réflexion sur le redéploiement des personnels de ces secteurs. La prestation délivrée par les admissions-frais de séjour-traitements externes devra impérativement être intégrée à la réflexion en cours sur la conséquence des transferts d'activité sur les emplois indirects menée au niveau de la DRH du groupe hospitalier.

B) Développer la polyvalence des agents et favoriser la montée en compétences

Les retours d'expériences⁴⁰ des établissements ayant participé au chantier de la MeaH sont unanimes : les services AFSTE qui ont développé la polyvalence des agents ont nettement amélioré leurs performances.

Les avantages de ce mode d'organisation sont nombreux : en cas d'absentéisme ou de flux important de patients, il est possible de gérer de manière beaucoup plus flexible les équipes. Par ailleurs, cela permet aux agents de maîtriser l'ensemble des activités :

³⁹ En 2010, Tenon réalisait 41 000 passages au SAU, et Saint-Antoine 48 000. A l'horizon fin 2012, il est prévu que Tenon accueille 30000 passages et Saint-Antoine 60000.

⁴⁰ Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers, 2008, *Optimiser la chaîne de facturation/recouvrement hospitalière, Retours d'expériences*, Berger-Levrault, 92 pages.
Anne-Emmanuelle THOMAS - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2011

réalisation d'admissions, facturation de dossiers de frais de séjour, enregistrement administratif des patients externes et facturation des dossiers externes, dont consultations mais aussi actes techniques, bons de commande⁴¹, et rétrocessions de médicaments. Cette polyvalence est bien évidemment source de montée en compétences, et permet d'enrichir les tâches réalisées par les agents. Elle suppose un cycle de formation, à l'issue duquel les agents doivent pouvoir gérer des dossiers patients complets. Autrement dit, on passe d'une organisation de travail segmentée, où chaque agent gère des dossiers en fonction de leur nature : admission, facturation de frais de séjour, ou dossier de traitement externe, à une organisation de travail où l'agent maîtrise l'ensemble du dossier patient : chaque agent a en charge l'intégralité du dossier, que le patient ait été vu en externe ou ait été hospitalisé. Cette organisation « longitudinale » de la gestion des dossiers a vocation à responsabiliser les agents.

Si l'on s'appuie sur les expériences de passage à la polyvalence menées, notamment dans des Caisses d'Allocations Familiales⁴², on constate que la montée en compétences des agents permet de réduire le volume des dossiers incomplets et des contentieux. Par ailleurs, la rencontre avec l'utilisateur peut être perçue comme le lieu d'une « coproduction de service » qui fait généralement défaut aux agents en *front office*. « En situation de face à face, l'orientation de la discussion, le jeu des questions-réponses, l'écoute des problèmes constituent autant d'éléments propices à un traitement global de la demande » : autrement dit, un agent qui passerait une partie de son temps aux admissions ou aux traitements externes, et l'autre partie de son temps à facturer les dossiers des patients qu'il a accueillis devrait rencontrer beaucoup moins de difficultés pour facturer, ce qui aurait pour conséquence de réduire les erreurs et in fine, les annulations, rejets B2 et ANV.

Toutefois, les retours d'expérience et guides de bonnes pratiques en matière de facturation préconisent cependant de conserver un secteur « contentieux » avec des agents dédiés, dans la mesure où ces postes sont plus techniques.

Mettre en place une organisation polyvalente est donc un objectif majeur pour notre GH, mais il ne saurait se faire sans y préparer les agents qui y sont globalement très réticents. Un moyen de favoriser le passage à cette modalité de travail serait d'utiliser des leviers tels que l'attribution de primes. La NBI est en effet attribuée aux agents⁴³ rattachés à l'unité de gestion « traitements externes ». Quant aux agents des admissions-frais de

⁴¹ Saint-Antoine dispose notamment d'un Centre National de Référence en Hématologie Périnatale qui réalise des actes pour des laboratoires publics et privés de France entière : les prestations ainsi délivrées sont facturées et appelées « bons de commande ».

⁴² MAZET P., 2007, « La qualité dans l'accueil ou l'exemple paradoxal d'une modernisation réussie », *Recherches et Prévisions*, n°87, pp39-49

⁴³ Décret n°97-120 du 5 février 1997 portant attribution de la nouvelle bonification indiciaire à certains personnels de la fonction publique hospitalière

séjour, ils perçoivent une indemnité annuelle versée en fin d'année, et attribuée sur la base d'une enveloppe fixe répartie entre les agents titulaires par le cadre du service. La NBI ne peut règlementairement pas être allouée aux agents des admissions-frais de séjour. Deux possibilités s'offrent donc à la DRH pour inciter au développement de la polyvalence :

- majorer la prime annuelle des agents polyvalents et minorer celle des agents fixes quand ils sont rattachés à l'unité de gestion admissions/frais de séjour ;
- rattacher les agents polyvalents à l'unité de gestion des traitements externes en les positionnant pour au moins 50% de leur temps de travail sur les traitements externes.

C) Etudier l'hypothèse de décentralisation de l'accueil administratif du patient

Une autre modalité d'organisation de travail, qui peut d'ailleurs s'appuyer sur le développement de la polyvalence des agents, consiste à implanter les agents des AFSTE dans les services de soins.

Plusieurs établissements ont adopté cette organisation : Hôpital Européen Georges Pompidou (HEGP), Centre Hospitalier de Lannion, Centre Hospitalier de Blois⁴⁴. Elle consiste à créer, dans les services cliniques et médico-techniques, des points d'accueil administratif assurant la gestion administrative décentralisée des patients. Ces points regroupent les fonctions d'accueil des patients, de constitution et de gestion du dossier administratif, de facturation et d'encaissement des actes réalisés. A noter toutefois que certains établissements ayant adopté cette modalité d'organisation, dont l'HEGP, ont conservé une gestion centralisée pour certaines activités spécifiques ; contentieux, patients non résidents, facturation des médicaments rétrocédés).

Cette organisation est *a priori* plus consommatrice en personnel qu'une organisation centralisée, puisqu'elle implique de démultiplier les points d'accueil au sein de l'hôpital. A titre de comparaison⁴⁵, l'HEGP disposait en 2009 de 38,5 ETP pour 39 000 admissions et de 36,5 ETP pour 214 000 actes en « C », soit 9,8 ETP⁴⁶ pour 10 000 admissions et 17 ETP pour 100 000 actes en « C », ce qui en fait un des établissements aux ratios de productivité les plus faibles de l'AP-HP. Néanmoins, cette organisation décentralisée s'est faite sans polyvalence des agents. Il va sans dire que la décentralisation de l'accueil administratif est moins consommatrice en personnel lorsqu'elle est fondée sur des équipes AFSTE polyvalentes.

⁴⁴ La déclinaison organisationnelle d'un projet stratégique : l'exemple de la décentralisation de l'accueil administratif au Centre Hospitalier de Blois, Mergnac Thierry, Mémoire ENSP, 2001.

⁴⁵ Cf. Annexe n°6

⁴⁶ La borne basse de l'AP-HP est de 7,5 ETP pour 10 000 admissions et 9,4 ETP pour 100 000 actes en « C ».

Actuellement, les équipes des AFSTE sont dans une logique d'opposition aux changements que nous impose la situation financière du GH, et mettre en œuvre une telle mesure paraît très prématuré à l'heure où nous écrivons ces lignes. Néanmoins, il nous paraît intéressant d'étudier la faisabilité d'une telle réorganisation sous ses aspects « calcul coût/avantages ». En effet, compte-tenu de l'absentéisme très élevé notamment à Saint-Antoine, ainsi que des performances de productivité variables d'un site à l'autre, il semble que le secteur des AFSTE du GH souffre *globalement* d'une position de retrait des agents dans leur rapport au travail qui leur est confié. Décentraliser les équipes peut-être un moyen d'amener les agents à réinvestir leurs missions : positionnés physiquement dans les services de soins ils seraient amenés à créer du lien avec les équipes soignantes ; par ailleurs, en étant plus proches des soins délivrés aux patients, ils pourraient davantage mesurer l'importance de leur rôle dans la prise en charge du patient. Si ce changement radical d'organisation est accepté par les agents, on peut raisonnablement penser qu'il conduira à réduire l'absentéisme, et qu'il permettra aussi d'améliorer la qualité de la facturation (réduction des rejets B2 et annulations, des CNI, augmentation du recouvrement...) tout en simplifiant le circuit patient (dont on peut attendre une baisse des non passés en caisse...). Tous ces avantages sont à mettre au regard des coûts engendrés par de tels changements. Il s'agit d'un projet très ambitieux dont il faut cerner les conséquences avec précision afin d'étudier précisément l'intérêt –ou non- de sa mise en œuvre.

3.2.2 Impliquer les pôles dans le circuit de facturation

A) Créer un référent admissions-frais de séjour et traitements externes par pôle

Actuellement, les services et les pôles n'ont pas de référent au sein du secteur des AFSTE. Nous l'avons vu dans les différents diagnostics : ceci contribue au manque de lien entre le secteur AFSTE et les services de soins, qui est pourtant essentiel pour assurer une juste orientation du patient dans sa prise en charge administrative.

Proposer à certains gestionnaires d'être référents pour un pôle pourrait donc être un moyen de créer ce lien.

B) Contractualiser avec les pôles

Les nouveaux pôles ont été créés le 1^{er} juillet 2011 et les contrats de pôle seront signés en novembre. Il est prévu, à moyen terme, que ces contrats intègrent, pour certains pôles, des cibles de performance en matière d'admissions-frais de séjour-traitements externes.

Avant de pouvoir fixer ces cibles, il est impératif de procéder à un suivi sur la base de quelques indicateurs : non passés en caisse par pôle, NPAI par pôle, taux de pré-admission par pôle. Ces indicateurs seront suivis sur 6 mois afin de faire un état des lieux, puis des objectifs seront fixés aux pôles concernés.

Dans un premier temps, 4 pôles entreront dans le champ de cette mesure : pôle digestif, pôle de gynéco-obstétrique et médecine de la reproduction, pôle périnatalité, pôle thorax et voies aériennes. Ces pôles ont tous une forte dimension programmée : ils comprennent des activités de chirurgie, de chirurgie ambulatoire, d'anesthésie, ou d'obstétrique. Par conséquent, ils sont davantage en mesure d'atteindre des cibles ambitieuses (taux de pré-admission par exemple) que des pôles ayant une activité principalement non programmée.

Une note⁴⁷ rappelant les bonnes pratiques en matière de circuit du patient serviront de support aux pôles dans la mise en œuvre de ce projet.

Par ailleurs, il paraît opportun d'engager des cycles de réunions entre les AFSTE, les cadres de pôle, les cadres de proximité, les secrétaires hospitalières et médicales des services, les agents des consultations, où la direction des finances pourrait être représentée, afin de sensibiliser les services de soins au circuit administratif du patient, de leur rappeler le rôle de chacun aux différentes étapes de la prise en charge, et d'insister sur le fait que la facturation concerne soignants et administratifs, que le codage rapide et juste est essentiel.

3.2.3 Réorganiser l'ensemble du circuit patient pour le fiabiliser

A) Reporter l'hospitalisation des patients dont le dossier est incomplet

Certains établissements, dont, dans le groupe hospitalier HUPE l'hôpital Trousseau, ont mis en place une procédure très rigoureuse de gestion des pré-admissions : toute hospitalisation programmée doit s'accompagner d'une pré-admission. La veille de l'hospitalisation programmée, le service de soins se rend aux admissions et récupère les dossiers des patients devant être admis le lendemain. Les dossiers incomplets sont transmis aux services dans une enveloppe de couleur distincte de celle utilisée pour les dossiers complets, et le service renvoie systématiquement tout patient qui se présente avec un dossier incomplet aux admissions. Si à l'issue de ce nouveau passage aux admissions, si le dossier est toujours incomplet, l'hospitalisation est reportée. Bien évidemment, en cas d'urgence médicale avérée, le patient est admis, et la famille doit s'efforcer de compléter le dossier au plus vite.

⁴⁷ Cf. Annexe n°7

Cette procédure pourrait être étendue à l'ensemble des sites du groupe hospitalier HUPE, afin de rendre l'admission tout à fait obligatoire, de limiter les créances non imputées de manière significative, en particulier dans les établissements où la part de l'activité programmée est importante (Tenon).

B) Généraliser le pré-enregistrement des patients avant tout acte externe

Compte-tenu du volume élevé de « non passés en caisse » sur notre GH, et des difficultés ou retards de facturation et de recouvrement qui en découlent, il paraît opportun de généraliser à l'ensemble des établissements du groupe hospitalier, à terme, l'expérience qui va être menée dans un premier temps à l'échelle d'un plateau de consultations (chirurgie digestive, anesthésie, chirurgie hépato-biliaire et chirurgie orthopédique). En effet, si tous les patients passent aux traitements externes avant leur consultation, les données relatives à leur identité, adresse, et droits de sécurité sociale et mutuelle seront enregistrées. Il ne s'agit pas de développer un pré-paiement, celui-ci étant source de beaucoup d'annulations car on ne sait pas toujours à l'avance quels actes vont être effectués ; il s'agit uniquement d'un pré-enregistrement ayant vocation à constituer le dossier. A l'issue de la constitution de ce dossier, l'agent des traitements externes, au regard des droits produits par le patient, pourra indiquer à celui-ci s'il doit revenir aux caisses des traitements externes pour régler les actes qu'il a subis ou si ce n'est pas nécessaire. Ce pré-enregistrement, pour être le plus efficace possible, doit s'accompagner de la remise d'un document (un ticket par exemple, ou encore des étiquettes d'identification) que le patient présentera au service. La non-présentation de ce document au service doit conduire celui-ci à réorienter systematiquement le patient vers le point de traitements externes le plus proche avant de procéder à la consultation.

Cette procédure suppose que l'attente aux traitements externes ne soit pas longue, sous peine de perturber le fonctionnement des consultations. Elle implique également une harmonisation des fiches de convocation envoyées aux patients, en leur précisant qu'ils doivent prévoir d'arriver 15 ou 20 minutes avant leur consultation pour passer aux traitements externes (qu'il conviendrait sans doute de renommer « point d'accueil administratif » pour plus de compréhension). Cette fiche doit également leur mentionner les pièces à fournir et les avertir qu'ils ne seront pas reçus en consultation s'ils ne se sont pas préenregistrés.

Bien évidemment, une telle mesure, qui représente un changement de culture radical pour les équipes de soins et des traitements externes, doit être discutée avec les différentes parties impliquées, afin de réfléchir aux conséquences précises sur le circuit patient et sur sa prise en charge, aux modalités de pré-enregistrement du patient quand les caisses sont fermées alors que les consultations sont encore ouvertes, ... Néanmoins,

cette solution permet de capter la majorité des patients externes, ce qui améliorera sans doute de manière importante le délai d'émission des titres et conduira sans doute à réduire les annulations puisque les agents auront pu voir le patient, permettant une fiabilisation des informations recueillies.

3.3 ... dans le but de préparer le passage à la facturation individuelle des établissements de santé.

La FIDES doit effectivement, après de multiples reports, être mise en place en janvier 2013.

Depuis 2005, un dispositif transitoire de facturation a été mis en place :

- le premier circuit concerne les séjours, actes et consultations externes des assurés sociaux, soit 90% des flux de production ; il repose sur une déclaration d'activité agrégée transmise pour valorisation à l'ATIH puis aux ARH et désormais aux ARS ;
- le second circuit concerne représente environ 10% des flux de production et concerne quelques rubriques : la part complémentaire de la CMU, les soins aux migrants, l'AME, la rétrocession des médicaments. Dans ce périmètre, les établissements de santé facturent directement à la caisse gestionnaire dont dépend l'assuré.

« Le processus de facturation directe suppose quant à lui que pour les séjours, ou actes médicaux ou de consultation externe, l'établissement produise une facture à l'encontre de l'assurance maladie obligatoire (AMO) :

- transmise directement à l'AMO, sans passer par le canal de l'ATIH et de l'ARS, c'est-à-dire une facture « directe » ;
- relative à un acte, une consultation externe, ou un séjour, et non pas une facturation agrégée ; il s'agit d'une facturation individuelle ;
- émise dès que les données nécessaires pour son établissement ont été rassemblées et vérifiées, et non pas en fin de mois, comme dans le système transitoire : il s'agit d'une facturation « au fil de l'eau ». »⁴⁸

Chaque caisse d'assurance maladie ne reçoit donc aujourd'hui que 12 factures par an et par établissement qui lui est rattaché au titre de son activité principale. Le projet de facturation directe conduit à passer de l'ordre de 10 000 factures par an aujourd'hui à près de 60 millions. Dans leur rapport de 2008⁴⁹, l'IGAS et l'IGF estiment que « le volume des flux de factures pourrait être multiplié par un facteur 3 pour les hôpitaux ». Le rapport souligne par ailleurs que les cliniques présentent un taux de rejet de 5 à 6% alors que les meilleurs hôpitaux atteignent un taux de 7 à 10% sur les seuls flux actuellement

⁴⁸ IGAS/IGF, *Le passage à la facturation directe des établissements de santé anciennement sous dotation globale, Rapport Définitif*, Décembre 2008, 202 pages

⁴⁹ Ibid.

télétransmis. Or, ces rejets rendent nécessaire un retraitement manuel et la réémission d'une nouvelle facture. Le rapport précise que « l'importance de ces charges de travail n'est aujourd'hui pas connue ; elle pourrait annuler les gains normalement attendus de l'automatisation des chaînes de facturation – recouvrement, voire être une charge nette au bout du compte pour l'ensemble des institutions et organismes. »

Ces éléments impliquent que le GH améliore considérablement la qualité de l'information recueillie auprès du patient, afin de la fiabiliser au maximum pour éviter une multiplication des rejets B2 qui deviendrait ingérable à traiter. Les différentes mesures que nous proposons de mettre en place, tant à court terme qu'à moyen terme, ont pour objectif de permettre ce passage à la FIDES. Il devient indispensable que les agents prennent conscience de l'enjeu que représente cette facturation individuelle et au fil de l'eau et ses conséquences majeures sur la trésorerie de l'hôpital, afin d'atteindre un délai d'émission des titres et de recouvrement qui soit très satisfaisant, tout en minimisant les rejets B2. La formation des agents, la réorganisation du circuit patient, la fiabilisation des données patients, le redéploiement des agents pour adapter les effectifs au volume de consultations et de séjours des sites, etc... sont autant de mesures qui doivent favoriser l'instauration de la FIDES. Elles constituent un changement radical pour le secteur des AFSTE, et si la T2A n'a pas conduit aux réorganisations escomptées et nécessaires, le passage à la FIDES rend ces changements incontournables désormais. L'enjeu pour les cadres AFSTE du groupe hospitalier et la direction des finances sera donc de mettre en place un dispositif de réflexion et d'accompagnement des agents afin de faire aboutir ce projet avec lequel ils sont, de prime abord, opposés : les évolutions sous-tendues par cette réforme nécessitent en effet de mettre en œuvre un véritable programme de conduite du changement afin de former et d'informer de manière optimale l'ensemble des professionnels concernés.

Conclusion

L'amélioration de la facturation est l'une des 16 thématiques prioritaires de l'AP-HP. Elle s'inscrit dans le cadre d'un plan de retour à l'équilibre pour le GH HUPE qui associe une maîtrise voire une réduction des dépenses avec une augmentation des recettes. Cette augmentation des recettes passe non seulement par une augmentation d'activité, mais aussi par une optimisation du codage et de la facturation.

Il semble que le secteur des AFSTE et le parcours administratif du patient dans son ensemble n'aient pas fait l'objet des réorganisations qui auraient dû intervenir suite à la mise en œuvre de la T2A. Les audits de 2008/2009 et 2011 ont montré que les performances du GH en matière de facturation et de recouvrement sont perfectibles, et que les organisations sont hétérogènes entre les trois sites et parfois sous-optimales. Le contexte budgétaire et financier impose désormais de repenser le circuit de facturation du GH HUPE. Nous avons proposé une politique d'amélioration de la facturation, qui se décline en trois objectifs : elle doit reposer sur des actions ciblées à court terme, dont le but est de recouvrer des recettes afin de réduire rapidement le déficit ; elle vise également à mettre en œuvre des mesures plus structurantes d'optimisation de la prise en charge administrative du patient à moyen terme ; enfin, elle doit préparer les équipes des AFSTE mais aussi tous les acteurs de l'hôpital au passage à la FIDES.

Cette conclusion est aussi l'occasion pour nous d'adopter une logique de réflexivité sur la méthodologie employée, la démarche adoptée et les résultats obtenus. Cette étude a constitué un travail de longue haleine, minutieux et complexe car le circuit de facturation implique une multitude d'acteurs, qui sont éparés, et met en jeu un système d'information au fonctionnement parfois sibyllin. Le présupposé méthodologique qui consistait à comparer le fonctionnement de 3 établissements a contribué à accroître l'ampleur des investigations à mener. Néanmoins, le diagnostic auquel nous sommes parvenus, qui a reposé sur de multiples sollicitations des cadres des AFSTE des trois sites, sur une auto-évaluation approfondie ainsi que sur une analyse d'indicateurs ciblés semble avoir porté ses fruits puisque la direction des finances du GH dispose désormais d'un état des lieux précis qui permet d'appréhender finement les performances des 3 sites et les mécanismes qui expliquent les dysfonctionnements constatés. Cependant, en raison d'un calendrier de stage contraint, du caractère très chronophage de la compréhension des aspects « techniques » du fonctionnement de la facturation et des organisations des équipes AFSTE sur chacun des sites, nous n'avons pas pu étudier *dans le détail*

l'intégralité du circuit administratif du patient⁵⁰, en particulier dans les étapes qui s'effectuent dans les services de soins.

Si l'on adopte un regard critique sur la politique d'amélioration proposée, force est de constater qu'il s'agit d'un plan d'actions très ambitieux, qui devra être déployé avec une grande conviction, beaucoup de diplomatie et de souplesse eu égard aux multiples oppositions qu'il soulèvera sans doute chez les agents des AFSTE. Nous retiendrons, pour illustrer ces propos, la grève qui a touché le service des traitements externes de Saint-Antoine à l'heure où nous concluons ce mémoire : les agents ont en effet déclenché un mouvement de grève pour protester contre la « permanence du soir » instaurée aux caisses en 2009 entre 16h30 et 17h15, et ont demandé la suppression de cette permanence, pour laquelle deux agents étaient mobilisés chaque fin de journée. Après 4 jours de grève, la DRH et la Direction des Finances ont accepté de supprimer cette permanence, à deux conditions : se réserver la possibilité de faire assurer cette permanence aux nouveaux agents recrutés si le nombre et le taux de non passés en caisse est très important ; surtout, instaurer une polyvalence back office/ front office⁵¹ pour tous les agents des traitements externes, dont on peut espérer que la conséquence immédiate sera une baisse du temps d'attente par une adaptation du nombre d'agents aux caisses en fonction du flux de patients.

Pour conclure, n'oublions pas que « travaillant directement sur le processus de facturation, un grand nombre d'agents a subi le désintérêt de l'ensemble de l'institution pour cette activité, ne représentant qu'un enjeu mineur d'un établissement sous dotation globale. Aujourd'hui, montée en puissance de la T2A, mise en œuvre de la facturation individuelle au fil de l'eau sont autant de sujets [...] prioritaires, reposant en partie sur ces mêmes individus : le décalage est flagrant et le malaise n'en est que plus palpable. [...] Il est essentiel de ne pas stigmatiser ces agents, mais, au contraire, de leur donner les moyens d'assumer pleinement les responsabilités qui sont aujourd'hui les leurs »⁵². Beau challenge, qui méritera sans doute une certaine ingéniosité...

⁵⁰ A titre d'exemple, le temps nous a manqué pour rencontrer des secrétaires hospitalières ou agents d'accueil en consultation.

⁵¹ Jusqu'à l'instauration de cette mesure, seuls 5 agents sur 24 aux traitements externes faisaient du front office. Les 19 autres ne souhaitaient plus assurer d'accueil du patient, et parmi ces 19 agents, seuls 2 avaient une inaptitude au front office. La conséquence immédiate était un temps d'attente aux caisses s'élevant à une plus d'une heure en fin de matinée.

⁵² Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers, 2008, *Optimiser la chaîne de facturation/recouvrement hospitalière, Retours d'expériences*, Berger-Levrault, p 20.

Bibliographie

TEXTES REGLEMENTAIRES

Décret n°97-120 du 5 février 1997 portant attribution de la nouvelle bonification indiciaire à certains personnels de la fonction publique hospitalière

OUVRAGES

DUPONT M., 2011, *Droit Hospitalier*, 8^e édition, Dalloz-Sirey, 964 pages.

PEYRET Ph., 2009, *EPRD, Gestion budgétaire et comptable des établissements de santé*, Presses de l'EHESP, 544 pages.

MEMOIRES

CAUHAPE J., 2004, *Le circuit de facturation au CHU de Bordeaux : les réadaptations engendrées par la mise en place de la T2A*, Mémoire ENSP

FLOUREZ D., 2008, *La gestion du changement au sein du Centre Hospitalier de Villefranche-Sur-Saône : l'accompagnement du service « facturation-bureau des entrées »*, Mémoire ENSP

MERGNAC T., 2001, *La déclinaison organisationnelle d'un projet stratégique : l'exemple de la décentralisation de l'accueil administratif au CH de Blois*, Mémoire ENSP.

NOHARET M., 2008, *Le rôle du bureau des entrées dans le circuit de facturation du Centre Hospitalier des Quatre Villes : vers un nouveau métier pour un service au cœur du recouvrement*, Mémoire ENSP

ARTICLES

MAZET P., 2007, « La qualité dans l'accueil ou l'exemple paradoxal d'une modernisation réussie », *Recherches et Prévisions*, n°87, pp39-49

GUIDES

Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers, 2008, *Optimiser la chaîne de facturation/recouvrement hospitalière, Retours d'expériences*, Berger-Levrault, 92 pages.

Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers, 2009, Guide des indicateurs de facturation et de recouvrement, 69 pages,

http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/Guide_Indicateurs_Facturation_Recouvrement_2009_09_15.pdf

RAPPORTS

Chambre Régionale des Comptes Ile-de-France, 2010, *Rapport d'observations définitives sur l'organisation des soins de l'AP-HP*, 53 pages.

IGAS/IGF, *Le passage à la facturation directe des établissements de santé anciennement sous dotation globale*, *Rapport Définitif*, Décembre 2008, 202 pages

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Annulations en nombre et taux d'annulations tous débiteurs – tous produits
Rothschild, Saint-Antoine, Tenon, Trousseau (2008, 2009, 2010)

ANNEXE 2 : Tableau de performance du circuit de facturation Saint-Antoine, Tenon,
Trousseau (2007, 2008, 2009)

ANNEXE 3 : Synthèse des audits du circuit de facturation menés en 2008/2009 à Saint-
Antoine, Trousseau et Tenon

ANNEXE 4 : Résultats de l'auto-évaluation menée en juin 2011 sur la base de l'outil
MeaH
Trousseau, Tenon, Saint-Antoine

ANNEXE 5 : Anticipation du Résultat 2011 du GH HUPE au 30 juin 2011

ANNEXE 6 : Ratios de productivité des AFSTE des sites du GH HUPE réalisés et cible
2009

ANNEXE 7 : Note à l'ensemble des trios de pôle du GH HUPE, août 2011

ANNEXE 8 : Liste des entretiens réalisés

ANNEXE 1

Annulations en nombre et taux d'annulations tous débiteurs – tous

produits

Rothschild, Saint-Antoine, Tenon, Trousseau

2008,2009,2010

Source : Trésorerie Générale de l'AP-HP

	Annulations au titre de l'exercice...		ROTHSCHILD	SAINT ANTOINE	TENON	TROUSSEAU
Particuliers nationaux + étrangers au comptant tous produits	2010	Annulations en nombre				
		Taux d'annulation				
		Annulations en euros				
		Taux d'annulation				
	2009	Annulations en nombre	2	0	4	1
		Taux d'annulation	5,71%	-	11,76%	3,03%
		Annulations en euros	6624	0	45332	272
		Taux d'annulation	3,83%	-	4,69%	0,07%
	2008	Annulations en nombre	2	0	5	1
		Taux d'annulation	5,26%	-	11,90%	2,70%
		Annulations en euros	6500	0	70907	894
		Taux d'annulation	2,85%	-	6,01%	0,16%
Particuliers nationaux + étrangers- hors comptant tous produits	2010	Annulations en nombre	439	17 095	9 069	10 686
		Taux d'annulation	12,10%	21,49%	18,94%	19,61%
		Annulations en euros	55069	1918083	1077784	1319828
		Taux d'annulation	16,72%	22,36%	19,55%	33,46%
	2009	Annulations en nombre	634	17 655	11 590	13 565
		Taux d'annulation	12,83%	22,72%	21,02%	25,59%
		Annulations en euros	98916	2343560	2097935	1368241
		Taux d'annulation	10,23%	27,30%	34,87%	34,83%
	2008	Annulations en nombre	579	29 987	12 077	11 431
		Taux d'annulation	15,97%	35,59%	33,44%	33,49%
		Annulations en euros	125573	3339866	2487764	1603791
		Taux d'annulation	11,62%	37,28%	41,96%	38,98%
Tiers- payeurs nationaux + étrangers tous produits	2010	Annulations en nombre	295	5 187	4 513	2 900
		Taux d'annulation	3,98%	4,32%	4,96%	4,26%
		Annulations en euros	162910	2861246	1894202	1852401
		Taux d'annulation	11,11%	7,25%	6,51%	12,52%
	2009	Annulations en nombre	661	8 038	6 749	2 433
		Taux d'annulation	5,46%	6,84%	7,19%	3,96%
		Annulations en euros	415894	4607712	3687125	1641296
		Taux d'annulation	17,04%	11,96%	12,79%	10,04%
	2008	Annulations en nombre	746	7 612	5 203	3 404
		Taux d'annulation	6,16%	6,59%	5,81%	5,27%
		Annulations en euros	504393	3990213	2930869	2456645
		Taux d'annulation	18,44%	10,75%	9,44%	14,50%

	Annulations au titre de l'exercice...		ROTHSCHILD	SAINT ANTOINE	TENON	TROUSSEAU	
Collectivités tous produits	2010	Annulations en nombre	0	19	5	2	
		Taux d'annulation	-	4,29%	6,85%	0,82%	
		Annulations en euros	0	18146	3660	360	
		Taux d'annulation	-	5,42%	4,94%	0,65%	
	2009	Annulations en nombre	0	28	8	15	
		Taux d'annulation	-	5,96%	19,05%	9,20%	
		Annulations en euros	0	5305	14547	954	
		Taux d'annulation	-	2,12%	25,18%	0,30%	
	2008	Annulations en nombre	0	24	5	17	
		Taux d'annulation	-	10,00%	6,58%	10,97%	
		Annulations en euros	0	3400	13857	798	
		Taux d'annulation	-	0,85%	22,85%	1,28%	
Recettes diverses - tous produits	2010	Annulations en nombre					
		Taux d'annulation					
		Annulations en euros					
		Taux d'annulation					
	2009	Annulations en nombre	8	16	78	13	
		Taux d'annulation	4,32%	2,22%	7,85%	1,43%	
		Annulations en euros	13824	67279	80451	48909	
		Taux d'annulation	2,42%	1,46%	3,32%	0,87%	
	2008	Annulations en nombre	12	31	51	41	
		Taux d'annulation	4,27%	3,29%	4,18%	3,37%	
		Annulations en euros	23855	6343483	388006	80887	
		Taux d'annulation	2,65%	30,42%	5,48%	1,01%	
Tous débiteurs- tous produits	2010	Annulations en nombre	734	22 301	13 587	13 588	50 210
		Taux d'annulation	6,53%	11,10%	9,72%	10,97%	
		Annulations en euros	217979	4797475	2975645	3172589	11163688
		Taux d'annulation	9,38%	8,98%	7,90%	13,64%	
	2009	Annulations en nombre	1 305	25 737	18 429	16 027	61 498
		Taux d'annulation	7,54%	13,11%	12,28%	13,87%	
		Annulations en euros	535258	7023856	5925391	3059672	16544177
		Taux d'annulation	12,77%	13,34%	15,48%	11,51%	
	2008	Annulations en nombre	1 339	37 654	17 341	14 894	71 228
		Taux d'annulation	8,33%	18,74%	13,66%	14,88%	
		Annulations en euros	660322	13676961	5891403	4143015	24371701
		Taux d'annulation	13,30%	20,00%	13,01%	13,97%	

ANNEXE 2

Tableau de performance du circuit de facturation Saint-Antoine, Tenon, Trousseau (2007, 2008, 2009)

Sources : Gilda/ SAP

TABLEAU DE PERFORMANCE DU CIRCUIT DE FACTURATION 2007

Position par rapport à la moyenne AP-HP :

<	>	=	ou	-	+	=
---	---	---	----	---	---	---

Part des débiteurs ⁽¹⁾ Titre 2	AP-HP				073 - SAINT ANTOINE				087 - TENON				088 - TROUSSEAU / LRG			
	FS		TE		FS		TE		FS		TE		FS		TE	
• CPAM	173 944 687	39,19%	246 032 377	74,18%	9 258 420	45,47%	12 469 792	71,92%	9 647 618	60,55%	16 924 964	84,30%	5 129 717	46,62%	1 517 634	37,67%
• Etat et collectivités	4 879 029	1,10%	246 907	0,07%	224 409	1,10%	16 859	0,10%	17 879	0,11%	7 939	0,04%	58 309	0,53%	601	0,01%
• Mutuelles	156 592 121	35,28%	14 551 987	4,39%	6 207 849	30,49%	569 947	3,29%	3 718 654	23,34%	630 353	3,14%	2 915 764	26,50%	406 845	10,10%
• Particuliers	77 758 248	17,52%	54 191 946	16,34%	3 635 498	17,85%	2 737 164	15,79%	2 220 706	13,94%	2 332 947	11,62%	811 314	7,37%	1 848 089	45,88%
• Organismes étrangers	30 726 292	6,92%	351 714	0,11%	1 035 141	5,08%	5 627	0,03%	329 566	2,07%	21 412	0,11%	2 089 145	18,98%	6 471	0,16%
• Bons de commande			16 301 539	4,91%			1 538 812	8,88%			159 726	0,80%			248 612	6,17%
Taux de recouvrement ⁽²⁾	FS	FJ	TE		FS	FJ	TE		FS	FJ	TE		FS	FJ	TE	
• Performance / Global	70,5%	75,1%	80,4%		70,7%	74,3%	72,7%		76,5%	74,6%	89,8%		73,9%	73,4%	67,6%	
• Performance / CPAM et mutuelles	82,0%	81,5%	86,5%		79,6%	81,3%	80,3%		87,4%	83,9%	95,8%		82,4%	50,5%	83,8%	
• Performance / Etat et collectivités	69,7%	55,6%	50,9%		54,7%		18,8%		100,0%	100,0%	62,5%		29,5%			
• Performance / Particuliers	33,8%	45,9%	32,4%		41,8%	40,6%	26,9%		18,5%	35,2%	23,7%		42,1%	59,4%	40,9%	
Taux d'annulation ⁽³⁾	FS	FJ	TE		FS	FJ	TE		FS	FJ	TE		FS	FJ	TE	
• Performance / Global	9,0%	6,2%	15,1%		9,9%	5,2%	14,4%		10,7%	5,5%	15,0%		8,5%	12,4%	15,0%	
• Performance / Tiers-payeurs	8,2%	4,8%	5,7%		8,9%	4,3%	4,6%		9,0%	4,0%	5,8%		8,1%	9,4%	3,7%	
• Performance / Collectivités	1,5%	8,4%	13,3%		6,9%		21,9%		14,3%	16,7%	7,8%		16,7%		12,5%	
• Performance / Particuliers	20,3%	11,9%	30%		14,5%	9,2%	33,7%		18,9%	12,1%	34,6%		9,9%	25,1%	27,7%	
Délais ⁽⁴⁾	FS				FS				FS				FS			
• Performance Emission des titres de recettes	56 j.				71 j.				47 j.				74 j.			
Qualité des informations recueillies	FS		TE		FS		TE		FS		TE		FS		TE	
• Taux de rejet B2 ⁽⁵⁾	12,3%		7,5%		15,1%		9,2%		12,1%		5,9%		14,2%		7,0%	
• Taux NPAI (FS+FJ et TE) ⁽⁶⁾	5,5%		7,4%		8,3%		8,4%		5,6%		10,6%		4,6%		4,3%	
Encaissement au comptant (TE uniquement) ⁽¹⁾	-		21 819 885	40,3%	-		883 323	32,3%	-		877 320	37,6%	-		617 928	33,4%

⁽¹⁾ Situation à fin 2007 : TE MR 551 (Etat SE 250/251) - FS MR 075 (Etat FCN 4210)

⁽²⁾ Au 31 décembre 2007

⁽³⁾ Au 31 décembre 2007

⁽⁴⁾ Aigu >24h, Etat FSCM 110 "Délais moyens de facturation" Annuel 2007

⁽⁵⁾ 1er, 2ème et 3ème trimestres 2007 cumulés

TABLEAU DE PERFORMANCE DU CIRCUIT DE FACTURATION 2008

Position par rapport à la moyenne AP-HP :

< > = ou - + =

Part des débiteurs ⁽¹⁾ Titre 2	AP-HP			073 - SAINT ANTOINE			087 - TENON			088 - TROUSSEAU / LRG						
	FS	TE		FS	TE		FS	TE		FS	TE					
• CPAM	228 162 937	43,34%	269 741 810	73,76%	11 869 628	48,25%	12 702 955	71,33%	11 231 638	58,25%	12 329 955	79,22%	6 762 656	48,25%	1 713 282	37,86%
• Etat et collectivités	1 548 992	0,29%	349 878	0,10%	388 577	1,58%	8 785	0,05%	57 734	0,30%	2 477	0,02%	57 501	0,41%	4 252	0,09%
• Mutuelles	171 388 349	32,55%	16 985 654	4,64%	6 967 061	28,32%	598 348	3,36%	4 362 846	22,63%	695 932	4,47%	3 694 075	26,36%	529 039	11,69%
• Particuliers	91 217 642	17,33%	59 774 636	16,34%	4 099 539	16,66%	3 256 426	18,29%	3 107 599	16,12%	2 332 064	14,98%	1 675 353	11,95%	1 720 371	38,02%
• Organismes étrangers	32 066 918	6,09%	493 286	0,13%	1 277 854	5,19%	7 477	0,04%	520 983	2,70%	45 319	0,29%	1 826 193	13,03%	17 240	0,38%
• Bons de commande			18 368 628	5,02%			1 233 827	6,93%			158 207	1,02%			541 222	11,96%
Taux de recouvrement ⁽²⁾	FS	FJ	TE	FS	FJ	TE	FS	FJ	TE	FS	FJ	TE	FS	FJ	TE	TE
• Performance / Global	63,5%	69,9%	79,6%	59,6%	67,3%	67,4%	68,9%	67,3%	74,3%	61,2%	70,3%	64,1%	72,1%	76,2%	76,4%	
• Performance / CPAM* et mutuelles	72,2%	75,1%	86,1%	68,7%	74,0%	75,4%	80,7%	75,8%	81,8%	72,1%	76,2%	76,4%	72,1%	76,2%	76,4%	
• Performance / Etat et collectivités	67,5%	33,3%	68,3%	27,5%		50,0%	51,8%	100,0%	66,7%	7,0%		75,0%	7,0%		75,0%	
• Performance / Particuliers	33,2%	49,5%	33,1%	38,1%	41,3%	36,3%	20,8%	34,2%	24,6%	30,2%	58,7%	37,6%	30,2%	58,7%	37,6%	
Taux d'annulation ⁽³⁾	FS	FJ	TE	FS	FJ	TE	FS	FJ	TE	FS	FJ	TE	FS	FJ	TE	TE
• Performance / Global	11,5%	5,9%	15,5%	11,7%	4,9%	19,6%	11,2%	4,8%	10,9%	10,2%	9,6%	16,9%	10,2%	9,6%	16,9%	
• Performance / Tiers-payeurs	10,2%	4,5%	5,7%	10,1%	3,8%	5,0%	9,5%	3,4%	4,0%	8,5%	8,2%	5,5%	8,5%	8,2%	5,5%	
• Performance / Collectivités	3,3%	15,7%	5,0%	2,7%		8,6%	0,0%	14,3%	0,0%	28,6%		2,8%	28,6%		2,8%	
• Performance / Particuliers	26,4%	11,6%	31,1%	18,6%	8,9%	35,8%	21,5%	10,6%	35,9%	18,3%	14,3%	34,8%	18,3%	14,3%	34,8%	
Délais ⁽⁴⁾	FS			FS			FS			FS			FS			
• Performance Emission des titres de recettes	65j.			93j.												
Qualité des informations recueillies	FS	TE		FS	TE		FS	TE		FS	TE		FS	TE		
• Taux de rejet B2 ⁽⁶⁾	12,5%	7,8%		15,3%	9,3%		9,6%	7,8%		12,4%	7,7%		12,4%	7,7%		
• Taux NPAl (FS+FJ et TE) ⁽⁶⁾	4,0%	5,7%		6,1%	6,3%		4,1%	7,5%		2,8%	3,4%		2,8%	3,4%		
Encaissement au comptant (TE uniquement) ^(1*)	-	22 703 908	39,4%	-	807 566	24,8%	-	866 139	37,1%	-	539 271	31,3%	-	539 271	31,3%	

(1) Situation à fin 2008 : TE MR 552 (Etat SE 250/251) - FS MR 076 (Etat FCN 4210)

(1*) Situation au 6 janvier 2009 : TE MR 552 (Etat SE 250/251)

(2) Au 31 décembre 2008

(3) Au 30/11/08

TABLEAU DE PERFORMANCE DU CIRCUIT DE FACTURATION 2009

Position par rapport à la moyenne AP-HP :



Part des débiteurs : Titre 2, Titre 3 (rétrocessions) ⁽¹⁾	Total hôpitaux				SAINT ANTOINE				TENON				TROUSSEAU-LA ROCHE GUYON			
	FS		TE		FS		TE		FS		TE		FS		TE	
• CPAM (CMUC, AME, RI, RETROCESSIONS)	210 084 079	44,88%	253 702 607	75,56%	13 464 953	49,69%	11 042 020	65,05%	11 856 456	59,56%	9 219 403	72,84%	7 801 567	53,71%	1 687 450	33,93%
• Etat et collectivités	3 492 004	0,75%	210 367	0,06%	198 493	0,73%	5 027	0,03%	56 534	0,28%	986	0,01%	278 281	1,92%	3 865	0,08%
• Mutuelles	151 515 389	32,37%	15 427 460	4,59%	7 421 256	27,39%	687 319	4,05%	4 361 719	21,91%	749 364	5,92%	3 836 526	26,41%	550 602	11,07%
• Particuliers	76 081 127	16,25%	51 749 005	15,41%	4 915 410	18,14%	3 613 519	21,29%	3 101 867	15,58%	2 537 337	20,05%	1 119 970	7,71%	2 178 137	43,80%
• Organismes étrangers (CONVENTIONS)	26 926 930	5,75%	400 560	0,12%	1 098 332	4,05%	9 766	0,06%	528 607	2,66%	19 451	0,15%	1 488 149	10,25%	3 111	0,06%
• Bons de commande			14 255 311	4,25%			1 616 103	9,52%			130 524	1,03%			550 177	11,06%
Total tous débiteurs :	468 099 529	100,00%	335 745 310	100,00%	27 098 444	100,00%	16 973 755	100,00%	19 905 184	100,00%	12 657 065	100,00%	14 524 493	100,00%	4 973 342	100,00%
Taux de recouvrement⁽²⁾	FS/FJ		TE		FS/FJ		TE		FS/FJ		TE		FS/FJ		TE	
• Tiers-payeurs	78,6%				77,7%				84,27%				73,80%			
• Collectivités	66,7%				78,7%				77,68%				53,90%			
• Particuliers	37,9%		54,8%		36,0%	39,4%			33,69%	53,88%			40,50%		47,10%	
Taux d'annulation⁽³⁾	FS/FJ		TE		FS/FJ		TE		FS/FJ		TE		FS/FJ		TE	
• Tiers-payeurs	7,6%		5,9%		7,4%	6,7%			6,66%	7,35%			8,60%		2,30%	
• Collectivités	1,9%		5,4%		1,6%	5,7%			24,49%	26,09%			0,00%		10,00%	
• Particuliers	19,0%		22,7%		12,6%	23,9%			17,23%	21,35%			17,10%		26,10%	
Délais⁽⁴⁾	FS				FS				FS				FS			
• Emission des titres de recettes					64								31			
Qualité des informations recueillies	FS		TE		FS		TE		FS		TE		FS		TE	
• Taux de rejet B2 ⁽⁵⁾																
=> CPAM	11,1%		8,7%		13,3%	12,2%			8,15%	8,24%			9,20%		5,30%	
=> Mutuelles	4,4%		6,7%		4,7%	9,6%			3,15%	7,52%			4,20%		4,10%	
=> Global CPAM et Mutuelles	8,3%		8,1%		10,2%	11,8%			6,45%	8,09%			7,60%		5,10%	
Encaissement au comptant (TE uniquement)⁽⁶⁾	-		18 889 734	36,5%	-	617 554	17,1%	-	0	777 170	30,63%	-	393 051	18,00%	-	

(1) Part des débiteurs au 06/01/2010 TE MR 75 et (MR74 Pitié uniquement) (Etat SE 250/251) - Situation au 31/12/10 FS MR 75 (Etat FCN 4210) - Hors hôpitaux déployés

(2) Taux de recouvrement au 31/12/09 - source TG/AP : (E006/E008) - Tiers payeurs et collectivités => FS/FJ/TE - Hors hôpitaux déployés

(3) Taux d'annulation au 31/12/2009 source TG/AP - hors hôpitaux déployés

(4) Aigu >24h, Etat FSCM 110 "Délais moyens de facturation" annuel 2009 - Hors hôpitaux déployés

(5) Situation au 31/12/2009 "Suivi des envois et des retours de lots" - Hors hôpitaux déployés

(6) Encaissement au comptant au 06/01/2010 TE MR 551 - hors hôpitaux déployés

ANNEXE 3

*Synthèse des audits du circuit de facturation menés en 2008/2009 à Saint-Antoine,
Trousseau et Tenon*

	Points forts	Points faibles
Urgences	Présence d'un agent administratif 24h/24	Non vérification des données de prise en charge Problème d'interface Gilda/Urqual : pas de remontée d'activité, ATU non facturés
Traitements externes		Un taux de recouvrement et d'encaissement au comptant à optimiser Qualité du recueil d'information : l'identité du patient n'est pas toujours fiabilisée La fiche de circulation n'est pas toujours exhaustive : les actes complémentaires codés a posteriori (et après le paiement de la facture) sur la même UH ne peuvent être facturés. Peu de codage en temps réel Codage incomplet ou erroné (+ supports de codage pas toujours mis à jour) Une proportion de patients non passés en caisse très élevée Utilisation insuffisante de CDR Dossier patient incomplet ou erroné Taux d'absentéisme élevé Connaissance de Gilda à améliorer Fort cloisonnement entre les caisses et le reste du service Indicateurs à optimiser en matière de qualité des informations recueillies
Frais de séjour	Certains services valident directement l'admission dans Gilda, évitant ainsi d'appeler les admissions	Un taux d'annulation égal à la moyenne AP-HP Un délai d'émission des titres de recettes important Un taux de recouvrement à optimiser Un taux de rejets important Erreurs de mouvements dans Gilda (entrée, sortie du patient) Les actes ne sont pas toujours saisis au fil de l'eau Le formulaire ALD est parfois transmis tardivement par les services Les dossiers de pré admission ne sont pas toujours complets, ce qui oblige le patient à venir compléter son dossier le jour de l'admission 37 % de préadmissions (hors activité des urgences) Circuit du dossier du patient complexe Formation des soignants à Gilda insuffisante
Admissions	La répartition de l'activité est en adéquation avec l'effectif	
Synthèse	Forte implication des responsables et des agents pour améliorer la chaîne de facturation (d'ailleurs des travaux ont déjà été engagés avec les agents à l'été 2008) Un pilotage régulier de l'activité et des indicateurs de performance par les responsables en coordination avec le DAF	Rendre fonctionnelle l'interface URQUAL/Gilda Organiser des formations spécifiques à destination du personnel soignant (mouvements dans Gilda, codage de C2/C3, etc.) Désigner un référent pour le codage de l'activité externe au niveau de la Direction des Finances/ DIM Décloisonner les services admissions, frais de séjour et traitements externes Travail collaboratif entre SIL, services de soins et A-FS-TE à développer

	Points forts	Points faibles
Urgences		<p>Parcours patient ne favorisant pas la collecte des informations de prise en charge</p> <p>Problème d'interface Urqual / Gilda</p> <p>L'agent administratif ne fait que l'admission et pas de facturation</p> <p>Pas de saisie en temps réel de l'activité mais 1 à 3 jours après le passage aux urgences du patient</p> <p>Entre 7h et 11h, pas d'accueil administratif : risque de non recueil de données administratives</p>
Traitements externes	<p>Indicateurs satisfaisants en matière de qualité des informations recueillies</p> <p>La répartition de l'activité est en adéquation avec l'effectif</p>	<p>Un taux de recouvrement et d'encaissement au comptant à optimiser</p> <p>Qualité du recueil d'information : l'identité du patient n'est pas toujours fiabilisée</p> <p>Activité non saisie en temps réel + fiches de circulation souvent erronées sur la partie CCAM (codes difficiles à lire) : actes CCAM non facturés par les traitements externes.</p> <p>Fiche de circulation pas toujours exhaustive : les actes complémentaires codés a posteriori (et après le paiement de la facture) sur la même UH ne peuvent être facturés.</p> <p>Lettres de convocation hétérogènes et ne précisant pas toutes au patient les papiers à apporter.</p> <p>Certains patients ne se présentent pas en caisse (attente trop longue, locaux mal adaptés...).</p> <p>Utilisation insuffisante de CDR</p> <p>Dossiers patients parfois incomplets</p> <p>Les caisses sont mal signalisées.</p> <p>Caisse centrale fermée le vendredi AM pour rattrapage de facturation par les agents</p> <p>Taux d'annulation à optimiser</p>
Frais de séjour	<p>décalé d'émission des titres de recettes inférieur à la moyenne AP-HP</p> <p>Bon taux de préadmissions (44% du total des admissions)</p> <p>Taux de créances non imputées inférieur à la moyenne AP-HP</p>	<p>Un taux de recouvrement à optimiser</p> <p>Dossiers de pré-admission parfois incomplets nécessitant une seconde venue des patients aux admissions</p> <p>Malgré l'intervention du bureau des convoqués, les dossiers ne sont pas toujours complets lorsqu'ils arrivent aux frais de séjour pour facturation</p> <p>Le patient n'est pas toujours couché dans la bonne UH. En outre par manque de formation, les services de soins appellent souvent les admissions pour faire les mouvements</p> <p>Les actes ne sont pas toujours saisis en temps réel / erreurs de saisie</p> <p>Attente parfois longue des formulaires ALD</p>
Admissions		<p>Des dossiers avec des problèmes de codage de variables bloquantes</p> <p>Sur la semaine, l'effectif est adapté à la charge de travail. En revanche, sur la journée, un pic d'activité de 7h à 9h n'est pas suffisamment couvert par les effectifs présents.</p>
Système d'information		<p>Insuffisance de la capacité réseau générant des coupures fréquentes de Gilda</p> <p>CDR n'est pas encore déployé sur tous les postes</p> <p>Pas lecteur de MAJ carte vitale aux TE</p>
Synthèse	<p>Forte implication des responsables, des agents pour améliorer la chaîne de facturation</p> <p>Volonté des services de soins de s'impliquer dans la démarche collaboratif du bureau des convoqués avec les services de soins</p> <p>Travail en cours sur les indicateurs de suivi de la facturation</p>	<p>Une équipe A, FS, TE non rattachée à la direction des finances. Un tel rattachement permettrait de rendre visible l'importance des recettes dans le pilotage financier de l'établissement</p> <p>Des problèmes informatiques qui jouent sur la productivité et la qualité de la facturation</p> <p>Pour les traitements externes, un circuit patient qui doit davantage prioriser le recueil d'informations administratives</p> <p>Pour les admissions, frais de séjour, la polyvalence est une priorité</p> <p>La formation sur les mouvements dans GILDA est à renforcer</p>

	Points forts	Points faibles
Traitements externes	<p>Certains services font passer le patient par la caisse avant la délivrance des soins pour valider son identité, obtenir un NIP et enregistrer ses droits à l'Assurance maladie.</p>	<p>Hétérogénéité des pratiques administratives entre des services similaires Des agents des consultations peu formés (méconnaissance du parcours patient, des règles de fonctionnement de l'hôpital et de la réforme T2A) Défaut d'encadrement Pas de coordination entre les caisses et les services de soins Pas de contrôle systématique de la saisie d'activité (mois, année): AGENDA/GILDA Pas d'indicateur de suivi de la facturation connu des services: activité saisie restant à facturer / passages en caisse et rapidité de la facturation</p> <p>Peu de médecins saisissent leur activité (hors SAG) Pas d'agent spécifiquement désigné pour la saisie d'activité médicale. Recueil de l'information : organisation non validée du recueil de l'activité médicale, feuilles de recueil d'actes incomplètes, transmission de l'information non systématique Codification des actes : codes inexistantes ou pas mis à jour Modalités de saisie : absence ou oubli de saisie, organisation aléatoire ou non pérenne, responsabilités non définies, et agents non formés. Manque de précision de l'information</p> <p>Fausses identités et adresses erronées pour 6 % des factures (N'habite Pas à l'Adresse Indiquée, NPAI) Coûts de recherche et de relance : 25 % en temps agent (2h / jour) Défaut d'organisation dans le service Mauvaise compréhension par les agents des règles de passage en caisse Caisses fermées avant la fin des consultations Pas de responsable du secteur AFSTE</p>
Frais de séjour		<p>Transferts et urgences : renseignement souvent incomplet des données patient. Mauvais renseignement du mode d'admission (admission, transfert, urgence) : conséquence sur la valorisation du séjour. Mouvements : retard ou erreur dans la saisie des informations (changement d'UH) ; blocage de l'ensemble du dossier de séjour</p> <p>Non pertinence de l'hospitalisation : séjours plus longs que nécessaire (autour de 30%); actes frontières Le DIM : ne fonctionne pas en flux tendu mais par périodes d'urgence : des choix de non-corrrection doivent être faits Actuellement, le DIM a pour principale vocation de corriger les erreurs venant en amont de la chaîne ; une meilleure organisation ne permettrait-elle pas d'éviter cela ?</p>
Système d'information		<p>Erreurs et blocages dans la saisie sur informatique Logiciels peu performants</p>

ANNEXE 4

Résultats de l'auto-évaluation menée en juin 2011 sur la base de l'outil MeaH

Trousseau, Tenon, Saint-Antoine

TROUSSEAU

DIAGNOSTIC JUIN 2011

	Points forts	Points faibles
HOSPITALISATION		
Pré-admissions	Pré-admission quasi-systématique. Procédure fiable et connue des services	
	Les services de soins orientent convenablement les patients	
Accueil du patient	Procédures uniformisées d'admission	Pas d'étude des flux réalisée récemment pour mettre en adéquation les passages aux admissions et les effectifs d'agents des admissions. Attente très longue.
	Recherche systématique d'un patient dans Gilda à l'admission	Les horaires d'ouverture des admissions ne coïncident pas suffisamment avec les horaires des consultations pour permettre aux patients de venir faire une préadmission à la sortie de consultation.
	Identification des points d'accueil qui ne respectent pas les procédures et mise en œuvre d'actions correctrices	Pas de suivi des NPAI
		Carte vitale pas lue systématiquement, CDR non fait systématiquement pour cause de problèmes de lecteur de carte
	Utilisation des contrôles de droits en ligne et demande de prise en charge en ligne pour les mutuelles par les agents	
	Procédures avec les assistantes sociales formalisées et connues	
Production de soins et codage au fil de l'eau	En cas d'entrée directe dans un service, celui-ci invite systématiquement le patient à repasser aux admissions	Le codage des diagnostics n'est que rarement réalisé le jour de la sortie ce qui ne permet pas le paiement immédiat.
	Les actes de bloc, de biologie, d'imagerie et d'exploration fonctionnelle sont saisis et récupérés en temps réel	Les médecins sont sensibilisés au codage et aux principaux concepts de celui-ci (GHS, CMA, actes classants, ...)
	Le DIM fixe des délais de restitution de codage, réalise	

	un suivi, et transmet les résultats aux services. Le DIM relance les médecins n'ayant pas codé.	
Complétude administrative et médicale	Il y a une vérification de la complétude de chaque dossier pour s'assurer que toutes les pièces justificatives sont bien présentes.	
		Pas de politique de gestion des dossiers incomplets.
		Pas de communication sur les patients sortants du jour ; pas de saisie en temps réel des mouvements par les soignants qui ne sont pas sensibilisés aux conséquences sur la facturation
	Les dossiers sans diagnostic sont remontés aux services	Pas de vérification de la complétude médicale des dossiers (=vérifier que le dossier inclut tous les actes et examens avant de le transmettre pour facturation)
Contrôle et validation des données		Aucune validation des données administratives et de la facturabilité du dossier
Facturer	Suivi des délais et des retards de facturation ; mise en œuvre de moyens pour rattraper ces retards	
	Analyse des motifs d'erreurs et communication aux acteurs concernés	
Encaisser en régie	Directives claires concernant modalités de paiement dans le cas de patients étrangers	
Organiser la sortie du patient	La sortie est une procédure formalisée	La politique de gestion des lits n'est pas prise en compte dans la gestion des plannings des points d'accueil
		Les sorties se font à n'importe quelle heure du jour et de la nuit, sans tenir compte des heures d'ouverture des admissions
Télétransmettre et émettre les titres	Les démarches de télétransmission avec les mutuelles sont engagées	
Recouvrer	Les « reste à recouvrer » sont suivis et une relance est effectuée	Le taux de recouvrement n'est pas un indicateur suivi en routine
Gérer les retours	La gestion des contentieux est effectuée par des référents identifiés	
	Le service des AFSTE et le DIM travaillent ensemble sur les rejets	Il y a un certain retard dans le traitement des contentieux
Pilotage et communication	Les admissions sont situées sur le parcours naturel du patient	Pas d'identification de l'interface entre les fiches de poste des secrétaires

		médicales et des admissions
	Suivi des délais de facturation et de la qualité de celle-ci	Peu d'agents sont polyvalents
	La facturation fait partie des éléments négociés dans les contrats de pôle ; des objectifs sont fixés et un suivi est réalisé	Il n'existe pas l'établissement une instance qui suit régulièrement les problématiques de facturation et recouvrement (qualité et rapidité du codage, délais de facturation, recouvrement, trésorerie, ...)
Milieu/matériel		Les points d'accueil ne sont pas sur le parcours naturel du patient, la signalétique n'est pas claire
URGENCES		
		Le SAU dispose d'un accueil administratif qui lui est propre, de 14h à 7h uniquement (alors qu'il y a 50 000 passages annuels)
CONSULTATIONS		
Accueil du patient	Etude de flux réalisée récemment pour adapter les effectifs aux flux. Nombre de guichets ouverts variable pour s'adapter aux flux.	Néanmoins, attente très longue du fait de problèmes informatiques récurrents.
	Fiches de circulation patients payants pour que ces dossiers soient traités en temps réel avant la sortie du patient	Rien n'oblige le patient à passer par les caisses avant sa sortie
	Uniformité des procédures d'accueil administratif du patient en consultation externe	Pas de suivi des NPAI
	Recherche systématique d'un patient dans Gilda lorsqu'il se présente aux traitements externes	Pas de polyvalence complète des agents sur AFSTE, mais polyvalence sur accueil administratif et facturation des TE
	Carte vitale lue systématiquement, CDR fait systématiquement sur les 3 principales caisses de sécurité sociale	
	Utilisation des contrôles de droits en ligne et demande de prise en charge en ligne pour les mutuelles par les agents	
	Plages horaires des caisses compatibles avec les horaires des consultations	
Production des soins et codage au fil de l'eau		La saisie du codage n'est pas toujours réalisée en temps réel, ce qui ne permet pas au patient de payer avant sa sortie
		Aucun travail sur l'exhaustivité des consultations externes (pas de croisement entre agenda (le logiciel de prise de

		RDV) et nombre de factures émises
		Le prépaiement n'est pas réalisé même dans les consultations standardisées
		Aucune organisation n'est mise en place pour que la remise des pièces aux patients (radio, carnet de vaccination, ordonnances, ...) soit faite uniquement après encaissement
Complétude administrative et médicale		Il n'y a pas de vérification de la complétude de chaque dossier pour s'assurer que toutes les pièces justificatives sont bien présentes.
		Pas de politique de gestion des dossiers incomplets.
		Pas de liens particuliers avec les services de soins
Facturer	Analyse des motifs d'erreur et communication aux acteurs concernés	
	Analyse des délais de facturation et mise en œuvre des moyens pour les rattraper ce retard.	
Télétransmettre et émettre	Suivi des rejets	Rejets qui restent élevés
Recouvrer	Suivi du taux de recouvrement	Pas de suivi des RAR ni de relance des débiteurs année n-1
Gestion des retours	Analyse des rejets B2	Travail en lien avec le DIM pour l'analyse des rejets
	Suivi des motifs de contentieux	
	Gestion des contentieux effectuée par une cellule dédiée	
Pilotage et communication	Agents polyvalents sur facturation et accueil administratif du patient, mais pas sur AFSTE.	Peu de suivi de l'activité des TE à l'aide d'indicateurs (nombre de dossiers traités, qualité des informations administratives, ...)
		Il n'existe pas l'établissement une instance qui suit régulièrement les problématiques de facturation et recouvrement (qualité et rapidité du codage, délais de facturation, recouvrement, trésorerie, ...)
		La facturation TE ne fait pas partie des éléments négociés dans les contrats de pôle
Milieu/matériel		Gros problèmes informatiques sur CDR + problèmes de lecteurs de carte qui empêchent la consultation

		systematique de CDR
SIH		Problèmes de délais de remontée d'activité pour les labos

**TENON
DIAGNOSTIC JUIN 2011**

	Points forts	Points faibles
HOSPITALISATION		
Pré-admissions		Pas de pré-admission systématique
Accueil du patient	Recherche systématique d'un patient dans Gilda à l'admission	Pas de fiche de circulation spécifique pour identifier les patients payants.
	Les horaires d'ouverture des admissions coïncident avec les horaires des consultations pour permettre aux patients de venir faire une préadmission à la sortie de consultation.	Pas d'étude des flux réalisée récemment pour mettre en adéquation les passages aux admissions et les effectifs d'agents des admissions. Attente parfois importante.
	Identification des points d'accueil qui ne respectent pas les procédures et mise en œuvre d'actions correctrices (urgences)	Pas de suivi des NPAI
	Carte vitale lue la plupart du temps, CDR fait la plupart du temps sur les 3 principales caisses de sécurité sociale	Faible utilisation des contrôles de droits en ligne et des demandes de prise en charge en ligne par les mutuelles par les agents
		Aucune polyvalence des agents entre admissions et frais de séjours.
		Peu de formation des agents aux évolutions de la réglementation et de leur impact sur la facturation.
		Procédures avec les assistantes sociales peu formalisées et peu connues des agents
Production de soins et codage au fil de l'eau		Globalement, les services de soins ne sont pas familiers de la prise en charge administrative du patient (pas d'identification des patients en ALD, des patients payants...)
		En cas d'entrée directe dans un service, celui-ci invite rarement le patient à repasser aux admissions
		Le codage des actes n'est globalement pas réalisé par le praticien
		Peu de formation/sensibilisation des médecins au codage, malgré les propositions qui leur sont faites (refus).
	Les actes de biologie, d'imagerie et d'exploration fonctionnelle sont récupérés en	Les actes au bloc ne sont pas saisis en temps réel pour certains praticiens

	temps réel	
	Le DIM fixe des délais de restitution de codage (100% d'exhaustivité le 15 de chaque mois), réalise un suivi, et transmet les résultats aux services. Le DIM relance les médecins n'ayant pas codé.	Le codage est rarement réalisé le jour de sortie du patient, ce qui ne permet pas le paiement immédiat du patient (sauf HDJ)
Complétude administrative et médicale		Il n'y a pas de vérification de la complétude de chaque dossier pour s'assurer que toutes les pièces justificatives sont bien présentes.
		Pas de politique de gestion des dossiers incomplets.
		Pas de liens avec les services de soins ; notamment, pas de communication sur les patients sortants du jour ; pas de saisie en temps réel des mouvements par les soignants qui ne sont pas sensibilisés aux conséquences sur la facturation
	Les dossiers sans diagnostic sont remontés aux services	Pas de vérification de la complétude médicale des dossiers (=vérifier que le dossier inclut tous les actes et examens avant de le transmettre pour facturation)
Contrôle et validation des données		Aucune validation des données médicales, administratives et de la facturabilité du dossier
Facturer		Agents non formés à la T2A et ses enjeux
	Suivi des délais et des retards de facturation	Pas de moyens mis en œuvre pour rattraper ces retards (manque de personnel)
	Analyse régulière des motifs d'erreurs et communication aux acteurs concernés	
Encaisser en régie		Informations souvent manquantes pour faire payer les patients payants à leur sortie
		Pas de directives claires concernant modalités de paiement dans le cas de patients étrangers
Organiser la sortie du patient		La politique de gestion des lits n'est pas prise en compte dans la gestion des plannings des points d'accueil
		La sortie du patient ne fait l'objet d'aucune procédure formalisée
		Les sorties se font sans tenir compte des heures d'ouverture des frais de séjour.
		Le bulletin d'hospitalisation est délivré par l'accueil de l'hôpital
Recouvrer		Les liens avec la TG ne se font

		qu'au niveau du Siège. Manque d'informations sur ce point.
		Pas de suivi des « reste à recouvrer » ; pas de relance effectuée.
Gérer les retours	La gestion des contentieux est effectuée par des référents identifiés	
	Globalement pas de retard dans le traitement des contentieux.	
Pilotage et communication	Communication au patient sur les pièces à présenter, affiches indiquant la localisation des caisses et des admissions dans de multiples lieux de l'hôpital, ...	Pas d'identification de l'interface entre les fiches de poste des secrétaires médicales et des admissions
		Pas d'agents polyvalents
		La facturation ne fait pas partie des éléments négociés dans les contrats de pôle
Milieu/matériel		Les admissions et frais de séjour ne sont pas sur le parcours naturel du patient
Urgences		Le SAU ne dispose d'aucun accueil administratif. C'est l'aide soignant positionné en binôme avec l'IAO qui fait l'accueil administratif en même temps que le recueil d'informations médicales.
	Vérification d'identité systématique	
	Vérification d'adresse systématique	
	Recueil des droits AMO (lecture de carte vitale ou photocopie des attestations)	Aucun recueil des droits AMC
CONSULTATIONS		
Accueil du patient	Recherche systématique d'un patient dans Gilda lorsqu'il se présente aux traitements externes	Pas de fiches de circulation patients payants pour que ces dossiers soient traités en temps réel avant la sortie du patient
	Carte vitale lue systématiquement, CDR fait systématiquement sur les 3 principales caisses de sécurité sociale	Rien n'oblige les patients à passer par la caisse avant ou après la consultation (sauf quelques services isolés)
		Pas d'étude des flux aux caisses récente pour adapter les effectifs aux venues des patients
		Plages horaires des caisses insuffisamment compatibles avec les horaires des consultations
	Recours aux assistantes sociales formalisé,	Pas de suivi des NPAI

	interlocuteur identifié, ...	
	Information systématique du patient sur son reste à charge	Les droits AMC ne sont pas systématiquement demandés au patient et pas d'utilisation des contrôles de droits en ligne et de demande de prise en charge en ligne pour les mutuelles par les agents
Production des soins et codage au fil de l'eau		La saisie du codage n'est globalement pas réalisée en temps réel, ce qui ne permet pas au patient de payer avant sa sortie
		Aucun travail sur l'exhaustivité des consultations externes (pas de croisement entre agenda (le logiciel de prise de RDV) et nombre de factures émises
		Le prépaiement n'est pas réalisé même dans les consultations standardisées
		Aucune organisation n'est mise en place pour que la remise des pièces aux patients (radio, carnet de vaccination, ordonnances, ...) soit faite uniquement après encaissement
Complétude administrative et médicale		Il n'y a pas de vérification de la complétude de chaque dossier pour s'assurer que toutes les pièces justificatives sont bien présentes.
		Pas de politique de gestion des dossiers incomplets.
		Pas de liens avec les services de soins
Contrôle et validation des données		Pas de responsable (ni médical, ni administratif) identifié pour valider la facturabilité du dossier
Facturer		Peu d'analyse des retards de facturation ; pas de réel rattrapage de ceux-ci
		Peu d'analyse des motifs d'erreur
Recouvrer		Pas de suivi des RAR ni de relance des débiteurs année n-1
		Pas de véritables actions sur le suivi et l'amélioration du recouvrement au niveau de l'établissement
Gestion des retours	Analyse des rejets B2	
	Suivi des motifs de contentieux	Pas de travail en lien avec le DIM pour l'analyse des rejets
	Gestion des contentieux effectuée par une cellule dédiée	

	Pas de retard dans le traitement des contentieux	
Pilotage et communication	Suivi de l'activité des TE à l'aide d'indicateurs (nombre de dossiers traités, qualité des informations administratives, ...)	
	Suivi des délais de facturation	Il n'existe pas l'établissement une instance qui suit régulièrement les problématiques de facturation et recouvrement (qualité et rapidité du codage, délais de facturation, recouvrement, trésorerie, ...)
	Les agents sont polyvalents front office/ back office	La facturation ne fait pas partie des éléments négociés dans les contrats de pôle
Milieu/matériel		De nombreux points d'accueil sont fermés faute de personnel
SIH		Problèmes de délais de remontée d'activité pour imagerie, urgences, blocs

**SAINT-ANTOINE
DIAGNOSTIC JUIN 2011**

	Points forts	Points faibles
HOSPITALISATION		
Pré-admissions		Pas de pré-admission systématique
Accueil du patient	Procédures uniformisées d'admission	Pas d'étude des flux réalisée récemment pour mettre en adéquation les passages aux admissions et les effectifs d'agents des admissions.
	Recherche systématique d'un patient dans Gilda à l'admission	Les horaires d'ouverture des admissions ne coïncident pas suffisamment avec les horaires des consultations pour permettre aux patients de venir faire une préadmission à la sortie de consultation.
	Identification des points d'accueil qui ne respectent pas les procédures et mise en œuvre d'actions correctrices	
	Suivi des NPAI par un agent identifié	
	Carte vitale lue systématiquement, CDR fait systématiquement sur les 3 principales caisses de sécurité sociale	
	Utilisation des contrôles de droits en ligne et demande de prise en charge en ligne pour les mutuelles par les agents	
	Procédures avec les assistantes sociales formalisées et connues ; présence d'une PASS	
Production de soins et codage au fil de l'eau	En cas d'entrée directe dans un service, celui-ci invite systématiquement le patient à repasser aux admissions	Le codage des actes n'est globalement pas réalisé par le praticien
	Les actes de biologie, d'imagerie et d'exploration fonctionnelle sont récupérés en temps réel	Les actes au bloc ne sont pas saisis en temps réel
	Le DIM fixe des délais de restitution de codage (100% d'exhaustivité le 15 de chaque mois), réalise un suivi, et transmet les résultats aux services. Le DIM relance les médecins n'ayant pas codé.	Le codage est rarement réalisé le jour de sortie du patient, ce qui ne permet pas le paiement immédiat du patient (sauf HDJ)
Complétude administrative et médicale		Il n'y a pas de vérification de la complétude de chaque dossier pour s'assurer que toutes les pièces justificatives sont bien

		présentes.
		Pas de politique de gestion des dossiers incomplets.
		Pas de liens avec les services de soins ; notamment, pas de communication sur les patients sortants du jour ; pas de saisie en temps réel des mouvements par les soignants qui ne sont pas sensibilisés aux conséquences sur la facturation
	Les dossiers sans diagnostic sont remontés aux services	Pas de vérification de la complétude médicale des dossiers (=vérifier que le dossier inclut tous les actes et examens avant de le transmettre pour facturation)
Contrôle et validation des données		Aucune validation des données médicales, administratives et de la facturabilité du dossier
Facturer	Suivi des délais et des retards de facturation ; mise en œuvre de moyens pour rattraper ces retards	Agents non formés à la T2A et ses enjeux
	Analyse des motifs d'erreurs et communication aux acteurs concernés	
Encaisser en régie	Directives claires concernant modalités de paiement dans le cas de patients étrangers	Informations souvent manquantes pour faire payer les patients payants à leur sortie
	Si les frais annexes sont transmis au cadre des AFS, ils sont facturés (chambre individuelle, repas accompagnant...)	
Organiser la sortie du patient	Les sorties se font globalement pendant les heures d'ouverture des admissions	La politique de gestion des lits n'est pas prise en compte dans la gestion des plannings des points d'accueil
	La sortie est une procédure formalisée	
Télétransmettre et émettre les titres	Les démarches de télétransmission avec les mutuelles sont engagées	Les rejets B2 sont nombreux
Recouvrer	Les « reste à recouvrer » sont suivis et une relance est effectuée	Les liens avec la TG ne se font qu'au niveau du Siège. Manque d'informations sur ce point.
	Les NPAI sont suivis	
Gérer les retours	La gestion des contentieux est effectuée par des référents identifiés	Il y a un certain retard dans le traitement des contentieux
	Analyse des motifs de contentieux par le Siège	
Pilotage et communication	Communication au patient sur les pièces à présenter, affiches indiquant la localisation des caisses et des admissions	Pas d'identification de l'interface entre les fiches de poste des secrétaires médicales et des admissions

	dans de multiples lieux de l'hôpital, ...	
	Les admissions sont situées sur le parcours naturel du patient	Peu d'agents sont polyvalents
		Il n'existe pas l'établissement une instance qui suit régulièrement les problématiques de facturation et recouvrement (qualité et rapidité du codage, délais de facturation, recouvrement, trésorerie, ...)
		La facturation ne fait pas partie des éléments négociés dans les contrats de pôle
SIH		Problèmes de délais de remontée d'activité pour imagerie, urgences, blocs
Urgences	Le SAU dispose d'un accueil administratif qui lui est propre, 24h/24	
CONSULTATIONS		
Accueil du patient	Fiches de circulation patients payants pour que ces dossiers soient traités en temps réel avant la sortie du patient	Pas d'étude des flux aux caisses récente pour adapter les effectifs aux venues des patients
	Recherche systématique d'un patient dans Gilda lorsqu'il se présente aux traitements externes	Plages horaires des caisses insuffisamment compatibles avec les horaires des consultations
	Carte vitale lue systématiquement, CDR fait systématiquement sur les 3 principales caisses de sécurité sociale	
	Utilisation des contrôles de droits en ligne et demande de prise en charge en ligne pour les mutuelles par les agents	
	Recours aux assistantes sociales formalisé, interlocuteur identifié, ...	
Production des soins et codage au fil de l'eau		La saisie du codage n'est pas réalisée en temps réel, ce qui ne permet pas au patient de payer avant sa sortie
		Aucun travail sur l'exhaustivité des consultations externes (pas de croisement entre agenda (le logiciel de prise de RDV) et nombre de factures émises
		Le prépaiement n'est pas réalisé même dans les consultations standardisées
		Aucune organisation n'est mise en place pour que la remise des pièces aux patients (radio, carnet de vaccination, ordonnances, ...) soit faite uniquement après

		encaissement
Complétude administrative et médicale		Il n'y a pas de vérification de la complétude de chaque dossier pour s'assurer que toutes les pièces justificatives sont bien présentes.
		Pas de politique de gestion des dossiers incomplets.
		Pas de liens avec les services de soins
Contrôle et validation des données	Un responsable est identifié et valide la facturabilité du dossier	
Facturer	Analyse des motifs d'erreur et communication aux acteurs concernés	
Télétransmettre et émettre	Suivi des rejets	Rejets qui restent élevés
Recouvrer	Suivi du taux de recouvrement	Pas de suivi des RAR ni de relance des débiteurs année n-1
	NPAI traités	
Gestion des retours	Analyse des rejets B2	
	Suivi des motifs de contentieux	
	Travail en lien avec le DIM pour l'analyse des rejets	
	Gestion des contentieux effectuée par une cellule dédiée	
Pilotage et communication	Suivi de l'activité des TE à l'aide d'indicateurs (nombre de dossiers traités, qualité des informations administratives, ...)	Seuls les nouveaux agents sont polyvalents
		Il n'existe pas l'établissement une instance qui suit régulièrement les problématiques de facturation et recouvrement (qualité et rapidité du codage, délais de facturation, recouvrement, trésorerie, ...)
		La facturation ne fait pas partie des éléments négociés dans les contrats de pôle
Milieu/matériel		Les points d'accueil ne sont pas tous sur le parcours naturel du patient
SIH		Problèmes de délais de remontée d'activité pour imagerie, urgences, blocs

ANNEXE 5

Anticipation du résultat 2011 du GH HUPE au 30 juin 2011

DEPENSES (M€)				RECETTES (M€)			
Titres	EPRD 2011	Prévision atterrissage	Evolution	Titres	EPRD 2011	Prévision atterrissage	Evolution
DT1	441,583	440,699	-0,883	RT1	582,596	574,772	-7,824
DT2	141,237	140,276	-0,961	RT2	75,016	74,553	-0,462
DT3	87,535	87,728	+0,193	RT3	61,709	62,801	+1,092
DT4	60,214	60,029	-0,815				
TOTAL	730,569	728,734	-1,835	TOTAL	719,321	712,127	-7,194
				SOLDE EPRD 2011		-11,248	
				SOLDE ATERRISSAGE 2011		-16,606	

ANNEXE 6

Ratios de productivité des AFSTE des sites du GH HUPE réalisés et cible 2009

Source : bureau de la recette et de la facturation

	Productivité réalisée 2009					
	A-FS			TE		
	Admissions	ETP hors encadrement	ETP pour 10000 admissions	Nombre d'actes en C	ETP hors encadrement	ETP pour 100000 actes en C
Rothschild	3889	4	10,3	27645	5	18,1
Saint-Antoine	41384	43	10,4	224232	23	10,3
Tenon	36033	31,3	8,7	210185	16,7	7,9
Trousseau	27805	20,5	7,4	169257	11,5	6,8
Total GH	109111	98,8	9,1	631319	56,2	8,9
Total AP-HP	834999	666	8	4784746	440	9,2
RATIOS CIBLES	AFS borne haute (moyenne des 7 meilleurs hôpitaux) : 6,1			AFS borne haute (moyenne des 7 meilleurs hôpitaux) : 6,9		
	AFS borne basse (médiane): 7,5			AFS borne basse (médiane): 9,4		
	ETP Cible 2009					
	A-FS			TE		
	Alignement sur ETP cible borne haute	Alignement sur ETP cible borne basse	Ecart à la cible borne basse	Alignement sur ETP cible borne haute	Alignement sur ETP cible borne basse	Ecart à la cible borne basse
Rothschild	2,35	3	1	1,9	2,6	2,4
Saint-Antoine	25,06	31	12	15,4	21	2
Tenon	21,82	27	4,3	14,4	16,7	0
Trousseau	16,84	21	-0,5	11,5	11,5	0
Total GH	66,07	82	16,8	43,2	51,8	4,4

ANNEXE 7

Note à l'ensemble des trios de pôle du GH HUPE, août 2011

NOTE A L'ENSEMBLE DES TRIOS DE POLE

Objet : Amélioration de la facturation et rappel des procédures à respecter

L'amélioration de la facturation apparaît comme l'une des 16 priorités fixées par la Directrice Générale de l'AP-HP pour 2011. Notre groupe hospitalier s'est engagé sur les objectifs institutionnels fixés par le Siège qui sont au nombre de trois :

- 1/ Fiabiliser la saisie des informations administratives des patients ;
- 2/ Etablir une juste facturation dans les meilleurs délais ;
- 3/ Permettre l'augmentation du taux de recouvrement.

Toutes ces mesures doivent permettre d'augmenter les recettes des hôpitaux universitaires Paris-Est ; l'enjeu financier est majeur : à titre d'exemple, en 2009, ce sont plus de 6 millions d'euros de créances qui ont été admis en non valeur sur les 4 hôpitaux du groupe hospitalier.

Les indicateurs de suivi des performances en matière de facturation et de recouvrement montrent que nos résultats sont perfectibles. Dans ce but, tous les acteurs qui interviennent au cours de la prise en charge du patient doivent connaître les étapes du circuit administratif afin de fournir les bonnes informations.

Cette note rappelle les grands principes de ce circuit.

1. LES PATIENTS EXTERNES

Lors de la prise de rendez-vous, qu'elle soit physique ou téléphonique, il est indispensable de respecter plusieurs règles :

- Enregistrer très précisément l'identité et l'adresse du patient dans le logiciel de prise de rendez-vous ;
- Vérifier l'exactitude de ces renseignements à chaque prise de RDV ;
- Préciser systématiquement au patient de venir avec sa carte d'identité, sa carte vitale et/ou son attestation de sécurité sociale et/ou de son justificatif d'Aide médicale d'Etat, sa carte de mutuelle, d'un justificatif de domicile et des

coordonnées du médecin traitant. Ces éléments doivent être mentionnés sur la convocation envoyée au domicile du patient.

A l'issue de la consultation, orienter **systématiquement** le patient vers les caisses des traitements externes de l'hôpital, y compris lorsque le patient est connu du service. Lui préciser que s'il n'a pas le temps de passer aux traitements externes à la fin de la consultation, ou si les caisses sont fermées, il a la possibilité de revenir ultérieurement, muni des pièces nécessaires.

Par ailleurs, nous vous rappelons l'importance de la saisie rapide voire immédiate des actes dans les services de consultation et/ou d'actes techniques (imagerie, laboratoires, médecine nucléaire), qui permet au service des traitements externes de facturer en temps réel au patient les soins qu'il a reçus.

2. LES PATIENTS HOSPITALISES

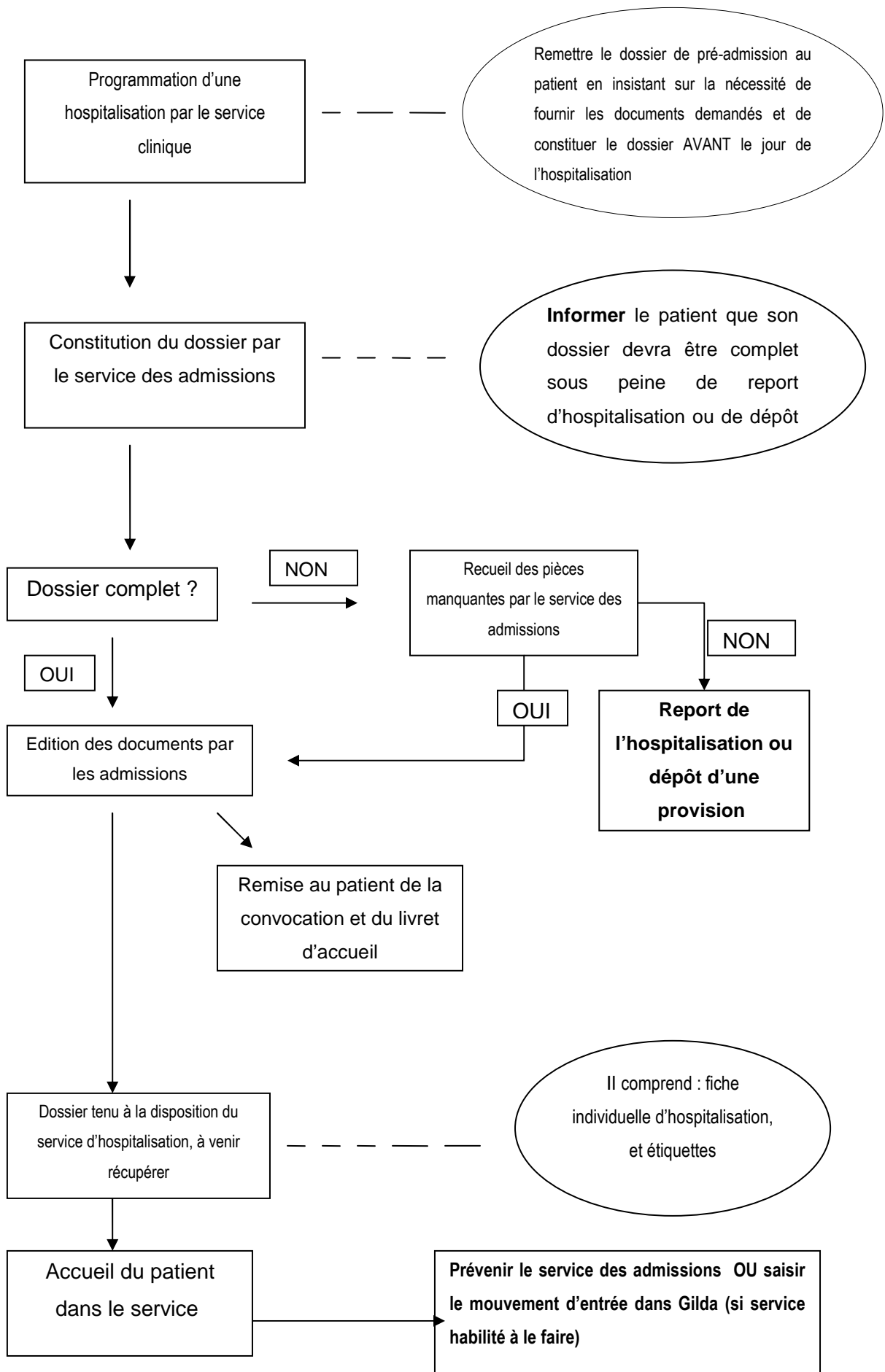
Les patients sont hospitalisés soit :

- après un passage aux urgences ;
- après une consultation à l'hôpital (admission programmée) ;
- directement dans certains services (réanimation et soins intensifs ou continus notamment).

2.1. Les patients en hospitalisation programmée

Tous les patients en hospitalisation programmée doivent réaliser une pré-admission. Il est indispensable de sensibiliser à nouveau les secrétaires de consultation et les secrétaires hospitalières de vos équipes sur ce point. En effet, la pré-admission permet de fiabiliser considérablement les données administratives du patient, d'éviter à celui-ci, quand le dossier est incomplet, le paiement d'une partie ou de la totalité des frais de séjour voire le report de l'hospitalisation. De plus, la pré-admission permet l'arrivée directe du patient dans le service de soins, à l'heure prévue, puisque le patient n'a pas besoin d'aller aux admissions le jour de son entrée à l'hôpital. Enfin, la pré-admission permet de facturer plus vite les dossiers de frais de séjour aux débiteurs, assurant ainsi un recouvrement plus rapide.

Le circuit du patient convoqué peut se représenter comme le schéma ci-dessous :



2.2. Les patients en hospitalisation non programmée

On distingue 3 cas de figure :

1/ pour les patients entrés par les urgences : les documents sont récupérés par les agents de l'accueil administratif des urgences qui éditent également les documents d'admission.

2/ pour les patients non programmés « autres » : le service établit un bon d'admission qu'il donne au patient pour que celui-ci se rende au service des admissions OU le service se rend lui-même aux admissions.

3/ pour les patients en admission « directe » : le service fait une « admission réduite » et demande au patient (si celui-ci est en état de se déplacer) ou à sa famille de compléter le dossier en se rendant au bureau des admissions. Il s'agit d'une procédure réservée à certains services, *uniquement en cas de fermeture des admissions centrales* :

-Saint-Antoine : Réanimation, Unité de Soins Intensifs

-Tenon : aucun service concerné

-Trousseau : uniquement au SAU entre 7h et 14h quand l'agent administratif est absent

-Rothschild : gériatrie

Que l'hospitalisation ait été programmée ou non, nous vous rappelons que le **codage des actes dans les meilleurs délais** est une priorité majeure, et ce pour un bon recouvrement des frais de séjour. Les mouvements doivent eux aussi être faits en temps réel par les services de soins : ce sont les mouvements qui permettent aux frais de séjours d'enclencher la procédure de facturation et donc le recouvrement des recettes.

Par ailleurs, nous vous demandons de bien vouloir faire appel au plus vite aux assistantes sociales lorsque vous constatez des problèmes de couverture sociale et/ou de précarité chez des patients de votre service. Ceci permettra d'initier les démarches nécessaires à la prise en charge administrative de ces patients.

Les services cliniques, dans leur activité de consultation comme dans leur activité d'hospitalisation, sont concernés par la prise en charge administrative du patient tout autant que les services admissions-frais de séjour et traitements externes et doivent s'impliquer dans la démarche d'amélioration qui repose sur l'ensemble des acteurs de l'hôpital.

ANNEXE 8

Liste des entretiens réalisés

- Anne-Claude Gritton, responsable du Bureau de la Recette et de la Facturation, Siège de l'AP-HP
- Elisabeth Le Forestier, copilote de la thématique prioritaire « amélioration de la facturation », Direction du pilotage de la transformation, Siège de l'AP-HP
- Gaetane Le Callonec, moniteur GH HUPE Bureau de la Recette et de la Facturation
- Simon Daguin, contrôleur de gestion, service maîtrise des risques, Trésorerie Générale de l'AP-HP
- Brigitte Orsoni, Attachée d'administration, responsable des admissions-frais de séjour-traitements externes GH HUPE
- Bruno Gasparini, Attaché d'administration, adjoint au responsable des admissions-frais de séjour-traitements externes GH HUPE
- Stéphane Ferrier, Adjoint des cadres hospitaliers, cadre des admissions-frais de séjour Saint-Antoine
- Christophe Gauvin, Adjoint des cadres hospitaliers, cadre des traitements externes Saint-Antoine
- Brigitte Gandossi, Adjoint des cadres hospitaliers, cadre des frais de séjour, Tenon
- Bruno Jouanneau, Adjoint des cadres hospitaliers, cadre des admissions, Tenon
- Violaine Berceron, Adjoint des cadres hospitaliers, cadre des traitements externes, Tenon
- Maryse Rulle, Adjoint des cadres hospitaliers, cadre des admissions-frais de séjour, Trousseau
- Marie-Louise Daufour, Adjoint des cadres hospitaliers, cadre des traitements externes, Trousseau
- Gestionnaires Saint-Antoine, Tenon et Trousseau

THOMAS

Anne-Emmanuelle

Décembre 2011

Elève Directeur d'Hôpital

Promotion 2010-2012

« L'amélioration de la facturation et du recouvrement: une nécessité à l'heure de la tarification à l'activité - Analyse comparée et propositions dans trois sites du Groupe Hospitalier Hôpitaux Universitaires Paris Est »

PARTENARIAT : Ecole des Mines de Paris « Mines Paris Tech »

Résumé :

L'amélioration de la facturation est l'une des 16 thématiques prioritaires de l'AP-HP. Le GH HUPE est particulièrement concerné : les performances qu'il produit en matière de facturation et de recouvrement sont perfectibles. Les dysfonctionnements du circuit de facturation ont un impact budgétaire et financier considérable.

La T2A, qui aurait du être un levier de changements organisationnels majeurs du secteur admissions-frais de séjour-traitements externes, mais n'a pas généré les effets escomptés pour le GH HUPE. Le contexte budgétaire et financier impose désormais de repenser le circuit de facturation du GH HUPE. Nous avons proposé une politique d'amélioration de la facturation, qui se décline en trois objectifs : elle doit reposer sur des actions ciblées à court terme, dont le but est de recouvrer des recettes afin de réduire rapidement le déficit ; elle vise également à mettre en œuvre des mesures plus structurantes d'optimisation de la prise en charge administrative du patient à moyen terme ; enfin, elle doit préparer les équipes des AFSTE mais aussi tous les acteurs de l'hôpital au passage à la FIDES.

Mots clés :

T2A, ADMISSIONS, FRAIS DE SEJOUR, TRAITEMENTS EXTERNES, FACTURATION, RECOUVREMENT, FIDES

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.