



EHESP

Elève Directeur d'Hôpital
Promotion : **2007 - 2009**
Date du Jury : **Décembre 2009**

**La gestion du changement au sein du
CH de Villefranche-Sur-Saône :
L'accompagnement du service
« facturation - bureau des entrées »**

Damien FLOUREZ

Remerciements

Je remercie Monsieur Christophe PASCAL, mon encadrant mémoire, pour le temps qu'il m'aura consacré ainsi que pour sa disponibilité et la qualité de nos échanges, formels et informels.

Je tiens à remercier Madame Véronique ROBIN, mon maître de stage et directrice de la clientèle et des finances du Centre Hospitalier de Villefranche-sur-Saône, pour sa confiance et sa bienveillance.

Merci Véronique de m'avoir permis de conserver une réelle autonomie tout au long de mon travail de mémoire, comme pendant toute la durée de mon stage. Je remercie les équipes de direction du CHV pour leur disponibilité et leur écoute à chaque moment de ce travail au long court que représente ce mémoire de fin d'étude.

Merci à Stéphane PLAZANET, responsable du service Facturation - Bureau des Entrées du Centre Hospitalier de Villefranche-Sur-Saône, pour la disponibilité et le sens pédagogique dont il a fait preuve durant ces longues heures passées dans son bureau... et ailleurs. Je le remercie d'avoir répondu à toutes mes questions, aussi diverses furent-elles. Merci Stéphane.

Merci aussi à tous les membres de l'équipe de Facturation - Bureau des Entrées dont les portes ont toujours été ouvertes pour le directeur stagiaire, quelque soit l'heure ou le jour. Qu'ils soient remerciés pour leur gentillesse et leur disponibilité durant cette période mouvementée riche en déménagements.

Je remercie mes proches pour leur soutien durant ces longues soirées de réflexion et de travail.

Merci à tous ceux que j'ai oubliés et dont les noms devraient être inscrits sur cette page.

Sommaire

Introduction	1
A L'évolution des enjeux liés à la facturation à l'hôpital	4
1. Le temps du budget global : un système alors critiqué au sein duquel la facturation était une activité périphérique	4
1.1. Le budget global déconnecte les ressources du niveau d'activité	4
1.2. Un système sclérosé qui devait être réformé	5
2. La réforme du fonctionnement des EPS a bouleversé la place et le rôle de la facturation à l'hôpital	6
2.1. Le principe technique de la T2A	7
2.2. L'application progressive et résolue de la T2A	7
2.3. L'environnement technique et technologique de la T2A	8
3. Les conséquences de la réforme du financement hospitalier sur les services médico-administratifs	9
3.1. L'impact de la T2A sur la valorisation de l'activité hospitalière	9
3.2. Les différentes étapes clefs de la facturation, l'exemple du CHV	12
3.3. La facturation demain, un rôle central et exigeant au regard des enjeux	14
3.3.1. <i>La réforme du prix de journée</i>	15
3.3.2. <i>La mise en place de la facturation directe</i>	15
B La description des processus liés à l'organisation du secteur FBE au CHV	17
1. Processus : mot latin signifiant « progrès, progression »	17
1.1. La définition du processus	17
1.2. Procédures et processus : le risque normatif	18
1.3. Les enjeux liés aux différentes formes de processus	19
1.3.1. <i>Décrire pour rassurer une organisation</i>	19
1.3.2. <i>Décrire pour comprendre</i>	20
1.3.3. <i>Un outil à forte dimension collective</i>	21
1.4. Les processus sont au cœur de la stratégie	22
1.4.1. <i>Une stratégie d'entreprise répond à plusieurs constantes</i>	22
1.4.2. <i>Les deux niveaux de l'approche stratégique</i>	22
2. La présentation des processus de facturation du CHV	23
2.1. La méthodologie technique de présentation nécessite de faire des choix	23
2.2. Présentation générale de l'établissement et du service de FBE	24
2.3. La vision stratégique et les objectifs de la direction de l'établissement	25
2.4. L'analyse du fonctionnement du service FBE	26
2.4.1. <i>Le service « accueil – hospitalisation »</i>	27

2.4.2.	<i>Le service « facturation frais de séjour »</i>	28
2.4.3.	<i>Le service « accueil et facturation - consultations et soins externes »</i>	29
2.4.4.	<i>Le service d'accueil des urgences</i>	29
2.5.	Présentation de la fonction d'encadrement du FBE	30
2.6.	Enquête sur l'organisation et le fonctionnement du service FBE en Rhône-Alpes	31
C	Les axes d'amélioration du fonctionnement du service de FBE : propositions et points clefs de mise en œuvre	34
1.	Des opportunités d'évolutions organisationnelles à saisir	35
1.1.	La création d'un échelon managérial intermédiaire	35
1.2.	L'organisation de la future borne d'accueil FBE hospitalisation et soins externes	36
2.	Des outils techniques et budgétaires à imaginer	37
2.1.	Renforcer les outils de pilotage budgétaire	37
2.2.	Modifier certains processus techniques	37
2.2.1.	<i>Automatiser le processus d'admission</i>	37
2.2.2.	<i>Fluidifier la facturation en consultation et soins externes</i>	38
2.2.3.	<i>Externaliser certaines parties de processus « annexes »</i>	38
2.3.	Transformer les processus en procédures et générer de la compétence	39
2.4.	Constituer un réseau sur la thématique	39
3.	Approche critique : De la difficulté de l'appréhension globale du changement	40
3.1.	Une base de travail complexe à réaliser mais nécessaire compte tenu de la culture interne	40
3.2.	La réforme du financement souffre potentiellement de son accélération	41
3.3.	Une réforme peut en cacher une autre	42
3.4.	Le Département de l'Information Médicale : le grand absent de ce mémoire	42
	Conclusion	44
	Bibliographie	45
	Liste des annexes	I
	Annexe 1 : Un avis de somme à payer anonyme	II
	Annexe 2 : L'articulation des enjeux de recette par mode de prise en charge majeur / Titres 1 et 2 au CHV	III
	Annexe 3 : Les chiffres clefs des recettes du CHV	IV
	Annexe 4 : Les effectifs du service FBE (anonymes)	V
	Annexe 5 : le plan des 4 sites de travail et les processus associés	VI
	Annexe 6 : Méthodologies générales de mise en œuvre des améliorations proposées	XXVIII
	Annexe 7 : Plans de la future borne d'accueil en hospitalisation et consultations	XXIX

Liste des sigles utilisés

AAH	Attaché d'Administration Hospitalière
ADC	Adjoint Des Cadres
AEQ	Agent d'Entretien Qualifié
ALD	Affection de Longue Durée
AM	Assurance Maladie
ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
ASD	Aide-soignant Diplômé
ASP	Avis de Somme à Payer
ATIH	Agence Technique Informatique Hospitalière
ATU	Accueil et Traitement des Urgences
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CHV	Centre Hospitalier de Villefranche-Sur-Saône
CMA	Co Morbidité Associée
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CREA	Compte de REsultat Analytique
DAS	Domaine d'Activité Stratégique
DGF	Dotation Globale de Financement
DIM	Département d'Information Médicale
DMS	Durée Moyenne de Séjour
EHPAD	Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
EPRD	Etat des Prévisions de Recettes et de Dépenses
EPS	Etablissement Public de Santé
ETP	Equivalent Temps Plein
FBE	Facturation / Bureau des Entrées
GHM	Groupe Homogène de Malade
GHS	Groupe Homogène de Séjour
GIP	Groupement d'Intérêt Public
ICR	Indices de Coûts Relatifs
ISO	International Standards Organisation
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MEAH	Mission d'Expertise et d'Audit Hospitalier
MERRI	Mission d'Enseignement de Recherche de Régulation et d'Innovation
MIGAC	Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation

MIPIH	Midi Pyrénées Informatique Hospitalière
NABM	Nomenclature des Actes de Biologie Médicale
NGAP	Nomenclature Générale des Actes Professionnels
NOEMIE	Norme Ouverte d'Echanges entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs
OQN	Objectif Quantifié National
PMSI	Programme Médicalisé du Système d'Information
RI	Règlement Intérieur
RSF	Résumés Standardisés de Facturation
SIH	Système d'Information Hospitalière
T2A	Tarifcation à l'Activité
TIM	Technicien de l'Information Médicale
TP	Trésorerie Principale
UNCAM	Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

Introduction

« Silence on bouge ! »

Voilà comment Francois CREMIEUX, Directeur d'Hôpital, titrait son article dans la revue *Esprit*¹ de janvier 2007. Dans son introduction, il y décrit un Hôpital qui, même si il peut s'appuyer sur une popularité sans faille exprimée par les citoyens qui pourrait lui garantir un avenir doux et tranquille, reste néanmoins secoué par les évolutions constantes de notre société et de ses exigences.

L'affirmation de la santé publique, le retournement démographique, l'importance accrue de la Recherche, la situation des comptes publics... Tous ces éléments représentent autant de défis auxquels nos établissements de santé se trouvent confrontés. En ce sens, les ordonnances du 2 mai et du 1er septembre 2005 ont impulsé la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance. Celle-ci a engendré de nombreux changements qui ont directement impacté le fonctionnement de l'hôpital.

Cette réforme a eu de nombreux impacts sur l'organisation des services. Les pouvoirs ont été indirectement redistribués, au-delà même de la réforme majeure de la nouvelle gouvernance qui s'est traduite par la mise en place des pôles. Les réformes dans leur ensemble ont eu des effets indirects sur les missions, les rôles et donc le partage des forces entre les différentes organisations internes.

Les secteurs des finances, via la mise en place des Comptes de Résultat Analytique par pôle notamment, ont vu leur position renforcée. Les données financières sont devenues sensiblement plus influentes sur la réflexion stratégie de l'établissement. De fait, de nombreux établissements ont musclé leurs équipes via le recrutement de compétences en contrôle de gestion.

Mais les services financiers n'ont pas été les seuls à voir leur zone d'influence évoluer. Le corps médical et le corps des directeurs se sont rapprochés et chacun a vu sa zone d'influence évoluer via le Conseil Exécutif.

Pourtant, d'autres secteurs n'ont étrangement pas vu leur place évoluer malgré le changement des règles de fonctionnement.

La mise en place de l'Etat des Prévisions de Recettes et des Dépenses (EPRD) a permis une plus grande transparence dans les ressources de l'établissement, leurs montants et leurs origines.

Ainsi, les bilans financiers des établissements font état de créances « client », au sens comptable. Des ressources dont les titres ont été émis, envoyés au trésor public (ou

¹ : CREMIEUX F. « L'hôpital en mouvement », *Revue ESPRIT*, janvier 2007

Trésorerie Publique, TP), qui sont en réalité des ressources à venir, potentielles... mais non perçues. Ce ne sont que des recettes virtuelles, qui ne peuvent être engagées.

70% des dépenses des établissements de santé concernent le titre 1, les dépenses de personnel. Que faire dès lors que les recettes non perçues, dans cette logique du réel induite par l'EPRD, sont sensées financer les salaires des agents ?

Une seule solution devient possible, emprunter. Cela n'est pas acceptable. Il est nécessaire de minimiser les produits à recevoir pour maximiser les recettes exploitables par l'établissement. Au cœur de cet objectif, la question des recettes, de leur niveau et leur encaissement.

Sur le plan organisationnel, la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) a induit comme partout la nécessaire professionnalisation des équipes en charge de la saisie et du traitement des informations sur l'activité médico-administrative : l'équipe du Département de l'Information Médicale (DIM) et l'équipe Facturation Bureau des Entrées (FBE).

Au Centre Hospitalier de Villefranche-sur-Saône (CHV), le DIM a ainsi connu deux changements majeurs en 2006 :

- La centralisation de l'équipe au plus près des services financiers et de la direction pour une meilleure collaboration avec les contrôleurs de gestion ;
- La professionnalisation des équipes via la reconnaissance d'un profil « métier » et la mise à disposition d'un système d'information adapté.

Dès lors, le DIM a été en capacité d'améliorer la qualité de son codage et de s'adapter au mieux aux exigences de la T2A, d'analyser les conséquences des variations des tarifs des séjours, de suivre son activité dans le temps et d'éclairer les choix stratégiques de l'établissement.

Donc, le « talon d'Achille » de l'organisation en place, et le Centre Hospitalier de Villefranche-sur-Saône ne fait pas exception, a longtemps été le service de FBE. Or les exigences de compétences et de professionnalisme sont réelles.

Même si la Mission d'Expertise et d'Audit Hospitalier a lancé un chantier sur le sujet en 2007, le service FBE n'a pas fait l'objet de l'accompagnement dont ont bénéficié de nombreux établissements pour moderniser leur DIM ou leur contrôle de gestion. On peut s'interroger sur ce décalage.

Le travail réalisé par les services de FBE est essentiellement technique. Il s'agit d'activités extrêmement opérationnelles basées sur le recensement de données clefs qui, une fois

combinées, génèrent un montant dû, une ressource financière, que les services de FBE sont en partie chargés d'encaisser si l'on veut éviter l'émission de trop de factures.

La responsabilité est majeure. Pourtant, tout porte à croire qu'il est complexe de faire évoluer le regard collectif porté sur ce secteur et son organisation.

Il semble difficile de faire admettre que les actions les plus opérationnelles peuvent avoir une dimension stratégique. Il s'agit donc d'éclairer ce secteur opérationnel pour lui donner une place plus affirmée dans l'organisation, la place qui correspond aux enjeux qu'il soutient. Pour valoriser un secteur tel que le service FBE, il est nécessaire de réfléchir aux changements nécessaires, étudier l'organisation et l'environnement pour justifier la nécessité du changement.

Dans quelle direction et comment faire évoluer le service de la facturation pour atteindre une plus grande professionnalisation individuelle et collective ?

Pour répondre à cette interrogation, après avoir présenté l'évolution de la dynamique de facturation à l'hôpital (A), nous nous attacherons ensuite à décrire l'organisation et le contexte à Villefranche-sur-saône via l'approche par les processus (B), pour présenter enfin la réflexion stratégique mise en œuvre pour demain et les propositions formulées (C).

A L'évolution des enjeux liés à la facturation à l'hôpital

De nombreux travaux ont d'ores et déjà été réalisés dans le domaine en lien avec la réforme du financement des établissements de santé. C'est pourquoi, même si cette première partie est nécessaire, elle sera volontairement synthétique. Elle visera d'abord à décrire l'historique récent du financement hospitalier (1.), puis le renversement dont il a fait l'objet et la dynamique dans laquelle il s'inscrit (2.), et présenter enfin l'impact organisationnel qu'il sous-tend au niveau de la facturation (3.).

1. Le temps du budget global : un système alors critiqué au sein duquel la facturation était une activité périphérique

1.1. Le budget global déconnecte les ressources du niveau d'activité

C'est en 1983 qu'il fut mis en place en lieu et place du « prix de journée »². A l'époque, la conjoncture économique nécessitait de sortir d'un système inflationniste et opaque. La priorité était alors donnée à la maîtrise des dépenses de santé. Il a alors été décidé de « geler » le budget de chaque établissement au niveau de l'exercice de 1982 et d'y appliquer un taux directeur d'année en année. Le prix de journée a ainsi été remplacé par le système de la Dotation Globale de Financement (DGF). Du point de vue organisationnel, les versements étaient mensuels (en douzièmes).

Il aura permis aux pouvoirs publics de reprendre la main sur le système de financement des établissements de santé.

A l'époque, les services de facturation et bureaux des entrées sont eux globalement chargés d'assurer la constitution des dossiers administratifs de chaque patient pris en charge dans l'établissement, mais aussi la constitution des éléments de facturation liés aux actes réalisés, à la situation des droits individuels « assurance maladie ». Leur « produit », la facturation, est donc au croisement des données médicales, financières et administratives.

Pas vraiment considérés comme « soignants », contrairement aux secrétaires médicales qui ont toujours défendu leur appartenance aux services de soins, ni vraiment administratifs car physiquement en relation directe avec les patients, ce secteur et les personnels qui le constitue ne jouissent pas d'une image très positive. Il convient d'en étudier la raison.

² *Eco-Santé France 2008*, 2008, données Drees, Comptes de la Santé

Dans un contexte de DGF, en dehors de la responsabilité de l'encaissement de quelques recettes subsidiaires, les services de facturation ne présentaient pas d'enjeu stratégique. Les déclarations CETELIC d'activité (remontée d'information vers les différents régimes de sécurité sociale) étaient sans aucun impact financier et budgétaire, et la facturation pesait très modestement sur la stratégie financière de l'établissement, ce qui contribuait à l'image parfois peu valorisante de ce service.

De fait, le service de facturation est alors logiquement considéré comme un centre de coût, en tant que secteur administratif. Il sera clairement délaissé³.

L'aspect répétitif et procédural de l'activité, les faibles enjeux stratégiques liés au domaine et la posture de travail assise ont permis d'offrir des possibilités de reclassement de personnels assez facilement. A titre d'exemple, ces trois dernières années, ce sont 5 agents en reclassement qui ont intégré le service FBE du CHV.

L'absence de référentiel statutaire précis sur ces fonctions a généré au fil du temps une réelle diversité de grades au sein de ces secteurs.

Les missions de ces services ont été étendues au-delà de l'activité de facturation (admissions, pré admissions, gestion des naissances, décès,...). Avec le temps, les services de FBE ont donc lentement été « mis de côté ». Mais au début des années 2000, la nécessité de réformer le système a totalement mis en avant ce secteur.

1.2. Un système sclérosé qui devait être réformé

Ainsi, durant 20 ans, le système du budget global aura permis d'apporter plus de lisibilité aux moyens alloués aux établissements Publics de Santé (EPS), mais il avait pour limite majeure de déconnecter le niveau des moyens alloués du volume et de la qualité (au sens de la nature) de l'activité réalisée par les établissements. Cet élément avait deux conséquences néfastes pour les EPS :

- Il ne récompensait pas les comportements vertueux des établissements soucieux de l'équilibre de leurs comptes ;
- La technique dite du « report de charge » masquait virtuellement les budgets déséquilibrés.⁴

³ TICOS P., VANDAELE G., « Du patient au client, Du bureau des entrées à l'espace accueil clientèle », *Gestions hospitalières* n° 438, p. 517, 2004

⁴ GUIBERT L., 2006, *Optimisation de l'organisation et du management des services d'accueil dans un contexte T2A : l'exemple de Fréjus / Saint Raphaël*, EHESP.

Ce nouveau mode de financement va totalement retourner le positionnement des services FBE et leur donner une nouvelle dimension que nous allons tenter de décrire.

2. La réforme du fonctionnement des EPS a bouleversé la place et le rôle de la facturation à l'hôpital

Le « désenchantement hospitalier » décrit par René COUANAU en 2003, le diagnostic formulé par Angel PIQUEMAL dans son rapport sur la mise en œuvre des 35 heures en 2002, les rapports d'Yvon BERLAND, président de l'Observatoire National Des Professions de Santé, peu optimistes sur les ressources médicales à venir,... Tous ces éléments sont venus nourrir un diagnostic alarmant réalisé au début des années 2000⁵.

Pour répondre à ces éléments, les pouvoirs publics ont donc proposé une réforme en quatre points :

- Rénover les outils et méthodes de planification sanitaire via les Schémas Régionaux d'Organisation des Soins de troisième génération ;
- Redéfinir le fonctionnement interne des établissements ;
- Faire évoluer le régime budgétaire et comptable des établissements ;
- Renforcer la place du management par la qualité via la certification.

Un élément clef de la réforme a impacté directement la place et le rôle des secteurs de facturation des établissements : la mise en place de la tarification à l'activité.

Le principe est assez simple : l'établissement adapte son niveau de dépenses à son niveau de recettes qui dépend de son niveau d'activité.

Le changement réside dans la médicalisation du financement de l'hôpital public, dans la fin du budget global et de ses travers et dans la volonté de mieux faire converger les systèmes de financement privés et publics. Décrivons maintenant la mise en œuvre concrète du dispositif.

⁵ Communiqué de Jean-François MATTEI, Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées dans le cadre de la présentation du plan hôpital 2007 de Mai 2003

2.1. Le principe technique de la T2A

Une part de plus en plus importante des ressources dépend désormais de la quantité et de la qualité des actes.

Les coûts sont détaillés par discipline afin de mieux appréhender le travail réalisé par chacun et regroupés au sein d'un Groupement Homogène de Séjour (GHS).

Le GHS regroupe chaque séjour hospitalier dans un ensemble homogène d'un double point de vue :

- Le contenu médical ;
- La mobilisation de ressources.

Ce groupage s'effectue à l'aide d'informations administratives (sexe, âge, durée de séjour...) saisies au sein des services de FBE et de données médicales (diagnostics, actes réalisés, co morbidités associées ou CMA...) saisies par les équipes médicales.

Un GHM (répondant à la logique de prise en charge médicale) correspond donc un GHS (logique de tarification à l'activité) que les établissements de santé comprenant des services de Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO) sont autorisés à facturer en remboursement des prestations d'hospitalisation mobilisées lors du séjour du patient. Ce système ne couvre pas les prestations délivrées aux malades pris en charge en externe (passages aux urgences, actes et consultations externes... comptabilisées à l'acte).

En sus, la mise en place des financements spécifiques aux Missions d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation (MERRI), eux-mêmes inclus à l'enveloppe dédiée aux Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC) ont permis de mieux justifier les niveaux de dépenses sur les activités relatives aux missions de service public.

Compte tenu du virage que constituait une telle réforme, elle fit l'objet d'une montée en charge jusqu'à cette année.

2.2. L'application progressive et résolue de la T2A

Fixée à 10 % en 2004, la fraction des activités financée par la T2A a été portée à 25 % en 2005 puis 35 % en 2006, 50 % en 2007 et, finalement plus rapidement que prévu, 100 % dès cette année. Durant cette période transitoire, la Dotation Annuelle Complémentaire (DAC) a complété le financement des établissements, son montant se réduisant donc

avec le temps⁶. L'application d'un taux de 100 % présente un double intérêt puisqu'elle permet aux établissements de comparer plus facilement leurs coûts de fonctionnement (entre le privé et le public notamment) avec les tarifs de référence et les oblige à s'interroger sur la formation de ces coûts.

De plus, des coefficients de transition ont accompagné cette montée en charge de la T2A afin que l'opération soit aussi neutre que possible pour les établissements publics (appelé taux de conversion). Ces coefficients doivent permettre d'organiser la convergence au sein du secteur public vers les tarifs moyens constatés dans le secteur privé.

Parallèlement, ce changement a nécessité la mise en place d'une organisation technique et informatique efficace et fiable.

2.3. L'environnement technique et technologique de la T2A

L'objectif était clair :

- Gagner en rapidité dans la gestion des flux de données ;
- Fiabiliser celles-ci en minimisant les interventions humaines.

Dans un souci de simplification, depuis la loi du 13 août 2004, les actes pris en charge par l'Assurance Maladie doivent être inscrits sur une des deux nomenclatures ont pour but de décrire les activités de prise en charge et de fixer, pour elles depuis 2005, un montant, un tarif.

Il s'agit de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP pour les consultations) et de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) auxquelles s'ajoutent la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM) pour les actes de laboratoire.⁷ Les tarifs des séjours d'hospitalisation sont eux définis sur des grilles tarifaires revues régulièrement par le législateur⁸.

Depuis cette décision de l'Union National des Caisses d'Assurances Maladie (UNCAM), toutes les modifications de la liste des actes et des prestations font l'objet de décisions UNCAM publiées au Journal Officiel.

Les flux de données entre les établissements et les financeurs ont donc été simplifiés. Jusqu'en 2005, les éléments d'activité transitaient entre les EPS et l'assurance maladie

⁶ PIOVESAN D. et PASCAL C., IFROSS – Université de Lyon 3, 2004, *La T2A, enjeux et perspectives*

⁷ La décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) du 11 mars 2005 (Journal officiel du 30 mars 2005)

⁸ La dernière version datant d'un arrêté du 25 février 2008

(Caisses Primaires d'Assurance Maladie et Caisses Régionales d'Assurance Maladie) via les Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH). En 2006, le flux et direct et passe par deux types de fichiers majeurs : Vidhosp, pour l'activité d'hospitalisation, et RSF (Résumés Standardisés de Facturation) pour l'activité de soins externes⁹. La fréquence d'envoi de ces fichiers a vu son niveau augmenter pour atteindre aujourd'hui un niveau mensuel. Le réseau NOEMIE de la plate-forme de l'ATIH (Agence Technique Informatique Hospitalière) assure le lien entre l'établissement et l'assurance maladie C'est que l'on appelle le processus de dématérialisation.

En faisant de la valorisation de l'activité médicale le levier du niveau de recettes de l'établissement, en « musclant » le dispositif technologie en place via la dématérialisation, le législateur a donc transformé l'organisation des EPS, et ce à plusieurs niveaux.

3. Les conséquences de la réforme du financement hospitalier sur les services médico-administratifs

Accompagnés par la Mission d'Expertise et d'Audit Hospitalier (MEAH) qui en a fait un chantier prioritaire depuis 2 ans¹⁰, les services médico-administratifs ont du évoluer pour ne plus appréhender la contrainte médico-économique comme une fatalité, mais comme une réalité de l'activité hospitalière. Au-delà des nouveaux outils mis en place (les Comptes de Résultat Analytique (CREA) par pôle et les Tableaux Coût Case Mix (TTCM) par pôle), le niveau de compétences et les attendus ont évolué.

Compte tenu de la chaîne de recensement et de traitement des données qui concourent à l'appréhension du volume et de la nature d'activité réalisé, ce sont les services de soins, les Départements de l'Information Médicale et les services de FBE qui ont été les plus impactés.

3.1. L'impact de la T2A sur la valorisation de l'activité hospitalière

D'un point de vue technique, la facturation influe les titres 1 et 2 de recettes de l'Etat de Prévisions des Recettes et des Dépenses :

- Le titre 1 : les produits de l'assurance maladie

Aujourd'hui, c'est l'ensemble des recettes liées à l'activité MCO qui est sous le régime de la T2A¹¹ et payée par l'assurance maladie. On y trouve d'autres recettes que nous ne détaillerons pas ici.

⁹ Pour 2008, Fichsup sera envoyé en tant qu'outil comparatif avec RSF, notamment pour les ATU.

¹⁰ <http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/index.php?id=144> - Module de formation facturation recouvrement J1partie1, site Internet de la MEAH

¹¹ Même si il existe encore un taux de convergence qui vise à amortir les effets de « sur » et « sous » dotation entre le régime DAC et T2A 100%.

- Le titre 2 : Les autres recettes hospitalières

Sur le titre 2, on retrouve le ticket modérateur :

- Les recettes liées au prix de journée (restant à la charge du patient) ;
- Les recettes liées aux forfaits journaliers ;
- Les recettes issues du recouvrement des actes de consultation et soins externes.

Le forfait journalier est défini réglementairement. Le prix de journée est défini par l'établissement et approuvé par l'ARH.

Présentation des taux de remboursement Assurance Maladie / Tiers payant pour le régime général

Nature de la prise en charge	Taux AM – titre 1	Taux 1/3 payant – Titre 2
Séjour	80	20
Actes et consultations	70	30
Actes de laboratoire	60	40
Transport SMUR	65	35

Dès lors les niveaux des recettes attendues au titre du Titre 1 et le niveau de recettes attendu au titre du Titre 2 dépendent :

- De la situation individuelle du patient (Affection Longue Durée ? Patient étranger ? Couverture Mutuelle Universelle ?) ;
- De la nature de l'acte réalisé, en hospitalisation comme en consultation (base de calcul, priorité) ;
- De la combinaison de ces deux éléments (Affection Longue Durée effective selon la nature de l'acte réalisé).

Dans le titre 2, on trouvera par ailleurs quelques éléments « hors dotation globale » payés par les CPAM en flux informatique depuis 2004 (Couverture Mutuelle Universelle complémentaires, migrants,...).

S'agissant du transfert des données aux différents débiteurs, le flux informatique pour le versement du titre 2 reste marginal. Au-delà des éléments issus de l'assurance maladie (titre 1) qui transitent via des flux informatiques sur la plate-forme de l'ATIH, la demande de paiement du « restant dû » par l'assuré ou par l'organisme complémentaire se fait via l'encaissement direct ou l'édition d'une facture après l'hospitalisation ou la consultation (qui prendra la forme globalement d'un avis de somme à payer¹²) qui sera envoyé au

¹² Annexe 1 : Un avis de somme à payer anonyme (ASP)

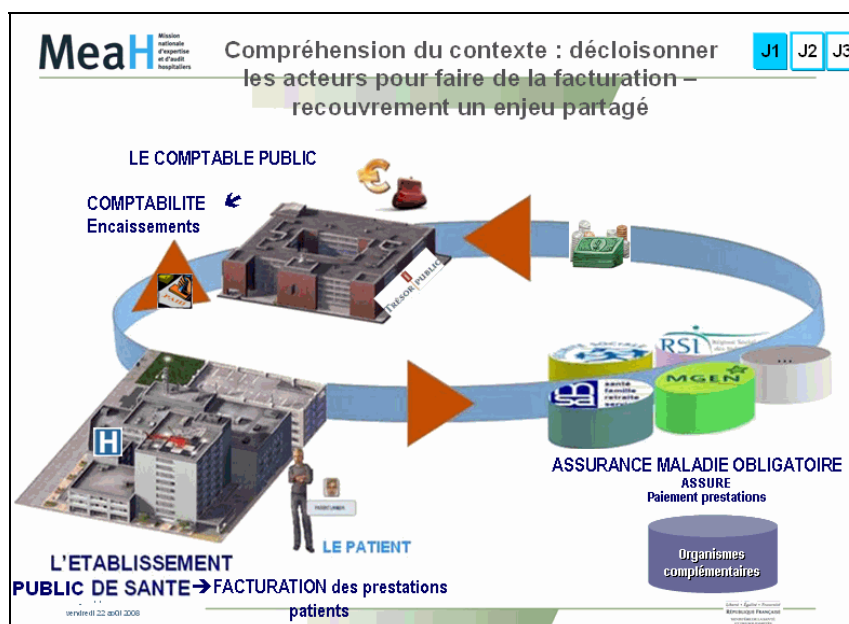
patient via une édition bi mensuelle. Des bordereaux étant envoyés à la Trésorerie Publique en cas de procédure règlementaire de recouvrement.

Dès lors que les éléments à facturer entre les deux titres sont calculés, le titre 2 fait encore l'objet d'un levier technique pour le transfert des données.

Les versements du titre 2 peuvent sous condition être accélérés pour les bénéficiaires de mutuelles. Ces paiements peuvent conserver un format numérique via une demande de prise en charge si celle-ci est conventionnée avec l'établissement via le réseau NOE. Nous reviendrons sur ce point ultérieurement.

On peut synthétiser les relations entre les différents partenaires de la manière suivante :

Présentation des relations entre les acteurs majeurs de la facturation des EPS



Source : outils de formations MEAH - <http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/index.php?id=144>

Donc, si la saisie des actes n'est pas exhaustive et réalisée dans le respect des contraintes techniques, il ne peut y avoir de facturation optimale.

Au sein des établissements, cela sous entend une bonne articulation des relations entre les acteurs :

- Les médecins et secrétariats médicaux qui saisissent l'activité médicale ;
- Les DIM qui code l'activité d'hospitalisation, l'analyse et la fiabilise ;
- Les services FBE qui réalisent l'admission et recensent les débiteurs, génèrent la facturation et prennent en charge une partie du recouvrement ;
- Les services informatiques en charge de la bonne circulation des flux.

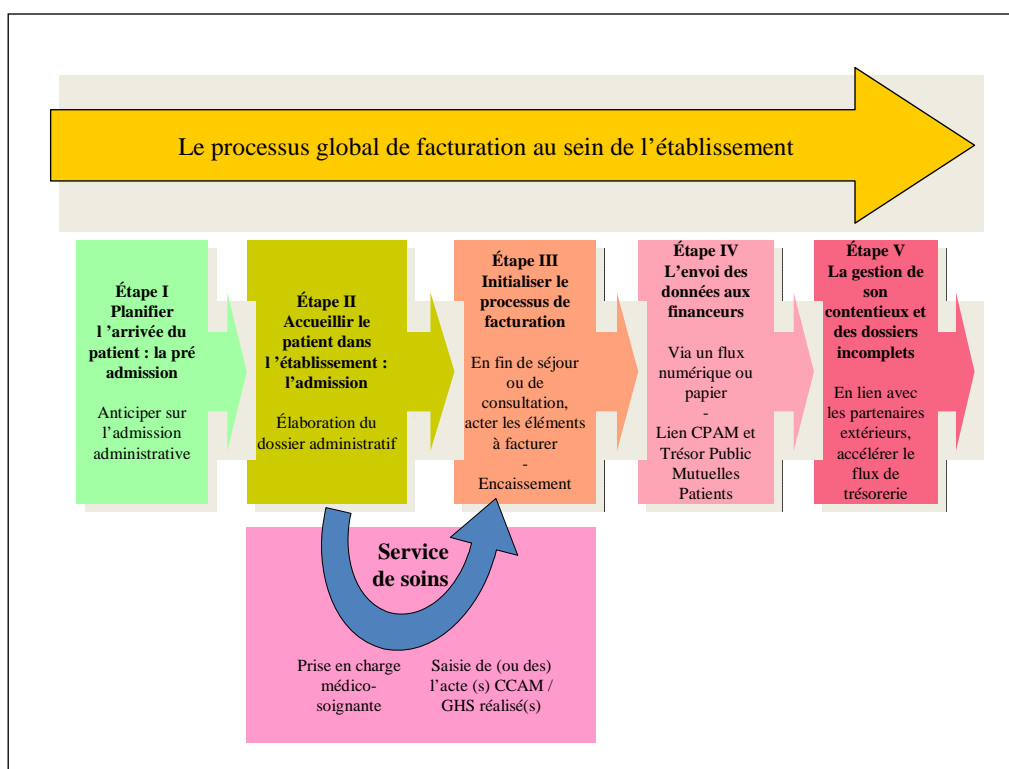
Il faut donc y ajouter les contraintes liées à l'envoi en temps et en heure des documents et les rythmes d'éditions des éléments à facturer qui ne cessent d'augmenter. Globalement, les éditions des ASP sont bi mensuelles et les envois de données à l'assurance maladie sont mensuels.

Le cadre de l'étude réalisé concerne donc le service FBE. Il s'agit de présenter les grandes phases de ce processus global. On s'appuiera pour cela sur l'exemple du CHV.

3.2. Les différentes étapes clefs de la facturation, l'exemple du CHV

A partir de cette première représentation générale réalisée ci-dessous avec les équipes du CHV et de l'étude des outils diffusés par la MEAH¹³ dans le domaine, on peut définir quelques thématiques clefs :

Description des grandes étapes de la facturation au sein du CHV



- Étape 1 - Planifier l'arrivée du patient, la pré admission : Les acteurs de la prise en charge financière d'un séjour ou d'une consultation diffèrent selon chaque situation. Il est nécessaire que le patient soit mobilisé en amont pour apporter les réponses nécessaires pour une bonne facturation (dans le cas d'une hospitalisation faisant suite à une

¹³ <http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/index.php?id=747>, Optimiser la chaîne de facturation / recouvrement hospitalière, Retours d'expériences, site Internet de la MEAH

consultation par exemple). La question du parcours du patient et de son entourage est donc majeure.

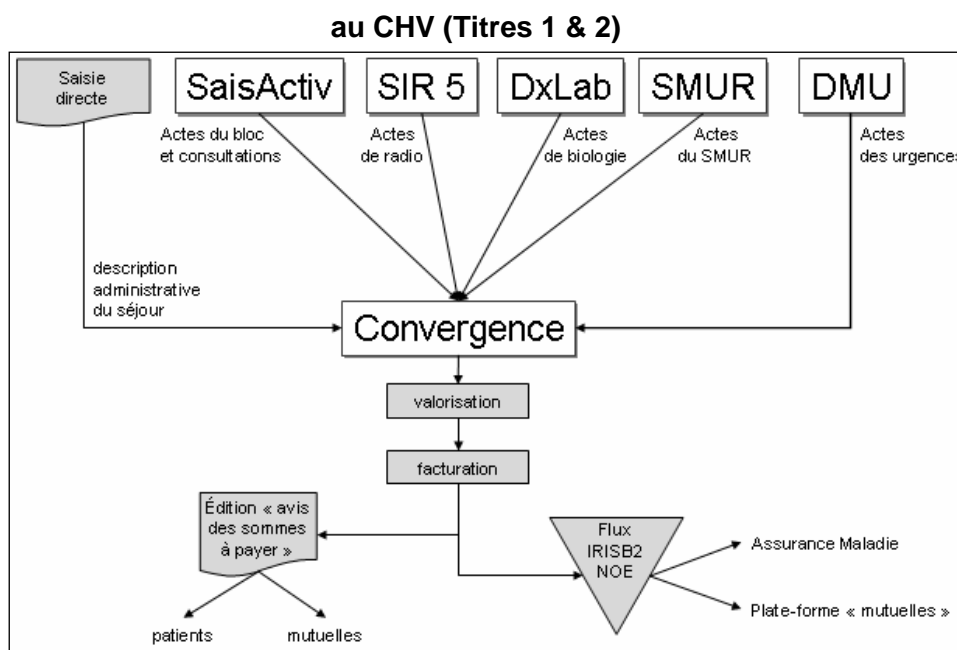
- **Etape 2** - L'admission : Il s'agit du moment de la création du dossier administratif via le recensement des droits à couverture sociale du patient, dans le cas où il n'y a pas eu de pré admission. C'est le premier passage au bureau des entrées. On constatera ultérieurement qu'il sera nécessaire de différencier l'admission en consultation, en hospitalisation et aux urgences.

- **Etape 3** – La facturation : Suite à la prise en charge, il s'agit de la phase de réalisation de la facturation, au regard de la situation des « droits sécu. » et de la nature des actes réalisés. Le montant à facturer est d'abord valorisé, puis facturé.

- **Etape 4** – L'envoi des données aux financeurs : Il s'agit de l'analyse des relations entre l'établissement et les partenaires extérieurs. Cela concerne à la fois la qualité des relations technologiques (flux de données) et la qualité des relations inter professionnelles.

- **Etape 5** – La gestion du contentieux et des dossiers incomplets : Notamment les questions des rejets de données et de la gestion du recouvrement financier. Il s'agit des éléments de vérification, de reprise, de complétude des dossiers administratifs et médicaux qui génèrent un réel retard de facturation.

Description générale de la circulation d'information dans le cadre de la facturation



Source :Dr BOTTON JF, Audit sur les processus de facturation, DIM CHV 2008

Du point de vue de la gestion de l'information, au CHV, les données saisies par les services de soins via SAISACTIV, valorisées via SIM, outil de groupage, pourvoyeur majeur de l'activité en hospitalisation des secteurs médicaux et médico-techniques, sont envoyées dans le logiciel CONVERGENCE, module qui gère les données administratives du patient et génère la facturation.

C'est au sein de l'univers CONVERGENCE que fonctionne PASTEL, produit informatique de gestion administrative des admissions et de la facturation du MIPIH (Midi Pyrénées - Informatique Hospitalière). Un Groupement d'Intérêt Public créé en 1994 en vue d'offrir des solutions informatiques aux EPS. C'est le MIPIH qui coordonne la production des modules statistiques issus de CONVERGENCE, en collaboration avec la direction informatique.

Il existe deux niveaux intermédiaires entre les utilisateurs (le service FBE) et l'administrateur du logiciel (le MIPIH) : l'unité de contrôle de gestion et le DIM, d'une part ; et, d'autre part, le service informatique chargé de l'envoi technique sur la plate-forme e-PMSI et de l'édition des factures.

Il est à noter que la partie « post convergence » du schéma met en exergue le travail réalisé avec les DIM sur la facturation « au fil de l'eau » qui vise à accélérer la saisie des actes au sein des services après réalisation de l'acte et/ou de la prise en charge et ainsi permettre une facturation plus rapide du service FEB.

Ces différentes étapes structureront l'analyse descriptive des activités réalisées au sein du service FBE du CHV, notamment sur le domaine informatique.

Néanmoins, il convient avant d'aborder ce point de présenter les réformes à venir qui impacteront le service FBE car les propositions d'accompagnement qui seront formulées devront tenir compte de ces derniers éléments de contexte.

3.3. La facturation demain, un rôle central et exigeant au regard des enjeux

Pour présenter ce que pourrait être l'avenir de la facturation hospitalière, un expert reconnu du domaine a été interviewé. Il a ainsi apporté son éclairage sur le sujet.

Monsieur Philippe MERLE, spécialiste des questions de finances hospitalières (PMSI - T2A - EPRD - Contrôle de gestion), Directeur d'Hôpital et consultant chez CAP GEMINI puis au Groupe MONTAIGNE dans le domaine du conseil stratégique aux hôpitaux, il a participé à la mission T2A. Il a donc été interrogé sur trois questions ouvertes :

- Quels sont les enjeux de la facturation hospitalière pour l'avenir ?
- Quelles en sont selon vous les conséquences en termes d'organisation interne et de relations avec les partenaires extérieurs ?

- Comment réagir ?

Voici la synthèse des échanges réalisés.

3.3.1. *La réforme du prix de journée*

La réforme du financement des établissements de santé prévoit, pour les activités de MCO, une facturation des séjours sur la base des tarifs définis par une grille tarifaire. Il existe des dispositions afin que le calcul de la participation du patient ne soit pas basé uniquement sur ces tarifs : le ticket modérateur demeure en partie calculé sur la base des tarifs journaliers de prestations arrêtés par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation sur proposition de l'établissement. Demain ceux-ci seront fixés réglementairement.

La réforme dite du ticket modérateur, prévue pour 2009 en hospitalisation (taux 80% Assurance Maladie et 20% débiteur), viendra atténuer ce levier d'action qui permettait, notamment via le prix de journée, d'agir sur les recettes du titre 2. C'est un levier qui disparaît. A titre d'exemple, on peut s'attendre à une diminution de 72% des recettes au titre de prix de journée pour le CHV. Cet élément risque de faire basculer les établissements de situations d'équilibre financier vers des logiques déficitaires.

3.3.2. *La mise en place de la facturation directe*

Cette réforme prévue dès le 1^{er} janvier 2009 pour les consultations et soins externes et 1^{er} janvier 2010 pour l'hospitalisation, se traduit par le passage d'un taux global de paiement par l'assurance maladie au nom du titre 1 à un taux qui sera strictement le reflet des données administratives et médicales de chaque patient dans le Système d'Information Hospitalier (SIH).

La complétude exacte des dossiers administratifs et médicaux conditionnera sensiblement la valorisation des séjours puisque ne seront valorisés que les éléments correctement renseignés dans le SIH et conformes aux exigences de la norme, d'une part ; et les dossiers cohérents vis-à-vis des données dont dispose la CPAM, d'autre part.

Par exemple, là où jusqu'ici un dossier incomplet (non valorisable) sur le débiteur de rang 2 (globalement la mutuelle) était tout de même facturé sur le titre 1 quoiqu'il en soit à échéance convenue et à minima (80 % titre 1 pour une hospitalisation), celui-ci ne le sera plus demain. Un titre non valorisé sera « en suspend », non valorisé en attente de complément d'information qu'elle soit administrative ou médicale.

Techniquement, l'envoi à la caisse pivot du fichier RSA pour les recettes du titre 1 via e PMSI finalise la demande de versement à la caisse pivot. Le fichier RSA est un condensé de données médicales et administratives anonymisées. Si le dossier médical est complet il y a donc versement d'au moins 80% du séjour, même si des erreurs ou incohérences sont identifiées par ailleurs.

Avec la facturation directe, si le dossier médical est incomplet ou faux, si les données administratives sont incomplètes ou fausses ou si le chaînage entre les données administratives et médicales (cohérence) est mauvais, il n'y aura aucun versement et on entrera, titre par titre dans une démarche de contentieux avec la caisse pivot.

En fait, la logique technique actuelle de financement d'une partie du titre 2, en l'occurrence des éléments « Aide Médicale d'Etat / migrants » (1% des recettes de l'hôpital) qui nécessitent un lien direct entre les CPAM et les EPS, sera donc étendue au titre 1. Le principe de la facturation directe impactera ainsi quasiment 85%¹⁴ des recettes du CHV par exemple.

Plus encore sur les recettes liées à l'hospitalisation, la qualité, la cohérence et la rapidité du codage de l'activité médicale devient essentielle. La circulation de l'information entre les services de soins, les DIM et la qualité du système d'information médicalisé - longtemps évoquée via le « chaînage des données médico-administratives » - et les enjeux liés au groupage des données seront cruciaux.

Demain, tout rejet devra non seulement être considéré comme un élément de décalage d'accès à la ressource, mais comme le générateur d'un surcoût évitable si le chaînage avait été meilleur (un contentieux, une recherche d'information quelconque, un temps de dialogue ou de confrontation avec les CPAM ou la TP,...).

Ces derniers éléments viendront nourrir la réflexion à mettre en œuvre au CHV afin de permettre au service de facturation de relever ces défis à venir.

Cette première partie démontre donc la place grandissante de ce service longtemps déprécié par les établissements¹⁵ de santé, et le CHV ne fait pas exception à la règle. Il doit gagner en transparence, en fluidité, en qualité et en professionnalisme vis-à-vis de son organisation interne, comme dans ses relations avec l'extérieur. L'exigence est

¹⁴ Annexe 2 : L'articulation des enjeux de recette par mode de prise en charge majeur / Titres 1 et 2 au CHV

¹⁵ Optimiser la chaîne de facturation / recouvrement hospitalière, Retours d'expériences, 2008, Mission d'Expertise et d'Audit Hospitaliers

grandissante. Cette activité très opérationnelle revêt donc une dimension stratégique que son déficit d'image ne lui permet pas d'appréhender dans de bonnes conditions.

Pour ce faire, en collaboration avec les équipes, la directrice en charge des finances et de la clientèle et l'encadrement, un travail de diagnostic a été mis en œuvre afin d'apporter un éclairage sur les activités aujourd'hui réalisées par le service FBE via la méthode dite des processus.

C'est à partir de ces éléments et des échanges avec des interlocuteurs externes que des préconisations seront ensuite formulées.

B La description des processus liés à l'organisation du secteur FBE au CHV

On ne peut donc appréhender correctement le fonctionnement de ce service sans un réel travail de description technique. Ainsi, après un travail de définition théorique et méthodologique (1.), nous présenterons l'état des lieux réalisé au sein du service FBE du CHV (2).

1. Processus : mot latin signifiant « progrès, progression »

L'approche dite par les processus ne peut se résumer à une simple méthode technique. Elle a à la fois une dimension technique et stratégique, individuelle et collective¹⁶.

1.1. La définition du processus

La norme ISO 8 402 présente un processus comme un « *ensemble de moyens et d'activités liés qui transforment des éléments entrants en éléments sortants. Ces moyens peuvent inclure le personnel, les finances, les installations, les équipements, les techniques et les méthodes* ».

Ce qui caractérise le processus c'est avant tout la notion de finalité commune.

Là où une fiche « métier », comme celles proposées notamment dans le Répertoire National des Métiers Hospitaliers¹⁷, regroupe un certain nombre d'actions autour d'un domaine de compétence partagé, créant de fait une identité professionnelle, le processus

¹⁶ CLAVERANNE JP, PASCAL C, 2004, *Repenser les processus à l'hôpital*, Paris, Médica Editions

¹⁷ http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/repert_metierph/accueil/enjeux.htm

Site Internet du ministère de la santé, dossier « Répertoire National des Métiers Hospitaliers »

se propose de mettre en lien de manière descriptive un enchaînement d'actions avant tout tourné vers une finalité, un objectif et une production communs.

Ainsi, même des éléments de natures diverses peuvent être regroupés derrière la notion de processus du fait de l'existence d'un objectif commun, d'une production matérielle ou immatérielle visant à répondre à une attente ou un besoin par un client.

Il a par ailleurs la caractéristique d'être cadré dans le temps et dans l'espace. C'est sa description qui fixera ces deux derniers éléments, nécessaires à la bonne appréhension de chaque processus.

Ainsi, un processus, c'est avant tout un ensemble cohérent d'activités se déroulant dans un espace et un temps déterminés, répondant à une finalité commune et produisant un output matériel ou immatériel à destination d'un client interne ou externe.

On peut enfin techniquement décliner deux types de processus : les processus principaux et les processus de support.

Les processus principaux sont tournés vers le client final de l'organisation et les processus de support (ou de soutien) répondent à une finalité intermédiaire indispensable au bon fonctionnement des processus principaux. Il est par ailleurs envisageable de découper ou de regrouper des processus en fonction de ce que l'on cherche à étudier.

Dans une logique d'implication collective, les processus, de support s'agissant des activités réalisées par le secteur FBE, ont été regroupés par site pour faciliter leur appréhension. Leur description s'est donc faite par secteur géographique.

La définition maintenant posée, voyons maintenant en quoi l'approche par les processus peut avoir différentes finalités.

1.2. Procédures et processus : le risque normatif

Une procédure n'est pas un processus, même si elle y trouve sa source¹⁸.

De l'anglais *procedure*, signifiant « procédé, méthode », la procédure désigne la manière de se comporter, d'agir, de procéder pour aboutir à un résultat donné. Ecrite, elle fait l'objet d'une formalisation et peut s'apparenter à une règle. Elle a nécessairement une dimension explicite et codifiée, transférable et codifiable, là où le processus s'appuie sur l'observation, le constat du réel, notamment dans sa complexité.

Rassurante, la procédure, comme le protocole de soins par exemple, ne laisse que peu de place à l'initiative individuelle du fait de son caractère normatif. Le développement des

¹⁸ PASCAL C., « La gestion des processus à l'hôpital entre procédure et création de valeur », *Revue française de gestion*, 2008

normes ISO dans le secteur industriel, via les normes ISO 9001, 9002 et 9003, a conduit à une certaine dérive dans le sens où cette approche finit à considérer les conditions de mise en œuvre de l'action plutôt que sa finalité.

De fait, une approche trop centrée vers la normalisation risque de générer la bureaucratisation du système. Trop de procédures empêche l'individu, le manager de proximité, l'organisation de s'interroger sur ses finalités.

Les organisations publiques ont déjà fait l'objet de nombreuses critiques : immobilisme, bureaucratisation, excès de réglementations inapplicables et non appliquées,...¹⁹. Il convient d'être vigilant sur cette question.

Même si les procédures sont légitimes car elles sont rassurantes du fait de leur caractère permanent²⁰, il faut donc avant tout se poser la question du sens.

Ainsi, toute analyse d'un processus nécessite qu'on définisse clairement le cadre d'analyse dans lequel il s'inscrit au préalable, le contexte, afin de bien saisir ce que l'on cherche à étudier, ce qu'il représente dans l'organisation générale et sa place dans l'entreprise, son rôle et la performance que l'on attend de lui.

1.3. Les enjeux liés aux différentes formes de processus

1.3.1. *Décrire pour rassurer une organisation*

Un processus n'est pas un phénomène répétitif. Il est composé de différentes pistes, selon la réalisation ou non d'hypothèses à différents stades de sa mise en œuvre.

Les processus de production seront répétitifs. Les processus dits administratifs, comme la facturation, ont un produit fini commun, mais chaque cas, chaque patient, chaque élément facturé répond à certaines spécificités.

On peut présenter un troisième type de processus dit de type « artistique ». Ces processus sont rares à l'hôpital, non répétitifs et sans méthodologie particulière définie au préalable.

Le processus hospitalier, de prise en charge soignante, est proche d'un processus de type administratif ou artistique. Tout l'enjeu est de passer de l'artistique à l'administratif afin d'apporter de la stabilité au système.

¹⁹ CROZIER M., 1963, *Le Phénomène bureaucratique*, Paris, Le Seuil

²⁰ REMY P.-L., « L'accréditation, quel apport pour la santé des français ? », Actes du colloque GS Santé, IUP Management des services de santé, université Jean MOULIN Lyon 3, FEHAP Rhône-Alpes, 28 novembre 1997.

L'objectif est bien de standardiser les processus dans un objectif d'optimisation de ceux-ci. Pour cela, il est nécessaire de stabiliser les conditions optimales de production, le coût qu'il représente et la performance que l'on en attend. Selon les objectifs fixés, un levier aura plus d'importance qu'un autre.

Indirectement, on parle ici de management par la qualité. Les procédures définissent les actions les plus pertinentes à mettre en œuvre dans un contexte donné. Cela permet le contrôle de l'ensemble via la diminution des marges d'erreurs, une meilleure compréhension des dysfonctionnements éventuels. Cela permet de différencier les erreurs humaines imputables aux individus de celles issues d'une procédure défailante.

En soit, cela permet de rassurer le management dans son ensemble et le management de proximité en particulier, mais aussi les individus. Les processus améliorés et clarifiés sont des éléments stabilisateurs pour tous.

1.3.2. *Décrire pour comprendre*

Au-delà de produit fini, il a une dimension culturelle qui s'exprime notamment dans sa phase d'élaboration.

Le processus permet de mettre en évidence plusieurs éléments :

- L'interdépendance des acteurs et la fonction d'échange : Le processus permet de mettre en exergue les échanges d'informations, les réseaux formels et informels et les ajustements continus que mettent en œuvre les acteurs, qu'ils soient internes ou externes à l'établissement. Une bonne cartographie des processus permet de mettre en évidence les réseaux croisés ;
- La force des rites et des habitudes : Ils sont nécessaires car constitutifs d'une culture commune et du sentiment d'appartenance. On peut donc constater lors de la description de processus qu'il existe des actions inutiles, purement symboliques, à portée purement sociale. Ces actions sont souvent sensibles au changement. Les individus qui les mènent sont souvent réfractaires à toute modifications de celles-ci ;
- Le processus permet de mettre en évidence la nature du management mis en œuvre au sein de l'organisation. L'existence ou non de schéma, de procédures et de processus formalisés sont un indicateur de l'importance accordée à certains sujets plutôt qu'à d'autres.

Sous cet angle, l'approche par les processus devrait permettre de mettre en exergue toute la complexité des interdépendances entre les acteurs de la facturation hospitalière.

1.3.3. *Un outil à forte dimension collective*

Ce que nous enseigne la description par les processus, c'est que toute démarche descriptive d'une organisation induit une dimension collective, même pour les processus les plus émiettés, les plus tayloriens et répétitifs.

L'organisation hospitalière est complexe. Les intervenants sont nombreux, les flux importants, les réseaux croisés...Les processus doivent donc être gérés de manière dynamique et partagée car :

- Ils permettent de transformer les savoirs implicites, ou tacites, et savoirs explicites et partagés via la formalisation ;
- Ils représentent un effort de représentation et de mise en lumière de l'action individuelle et collective, et donc de valorisation. Une mise à nue rendue possible car objective, méthodique ;
- Ils facilitent l'apprentissage individuel via la mise par écrit du savoir. Le processus devient un lieu de mémoire organisationnelle et un moyen de se prémunir d'une trop grande dépendance vis-à-vis de la mémoire individuelle souvent volatile et qui a tendance à générer des stratégies individuelles contre productives²¹.

Ainsi, la formalisation des savoirs via les processus et les procédures est un point de départ de l'apprentissage individuel et collectif au sein de l'organisation, une source de dynamique.

Néanmoins, l'écrit induit par nature plusieurs dérives potentielles :

- L'illusion de vérité et d'objectivité : même l'écrit peut faire l'objet d'une interprétation, d'erreurs ou d'incompréhension ;
- L'illusion d'usage et d'efficience : l'écriture ou la lecture d'une procédure ne garantit pas sa mise en œuvre.

Ces derniers éléments viennent étayer le fait qu'il ne peut y avoir de réflexion sur les processus sans réflexion de la part du management de proximité et du top management dans le temps, en clair une réelle réflexion stratégique²².

Ainsi, mettre sur papier les actions réalisées par les individus n'a pas de sens en soi.

²¹ CROZIER M. et FRIEDBERG E., 1977, *L'Acteur et le système*, Paris, Le Seuil

²² MAROY C., DE MUNCK J., VERHOEVEN M. (op cit.), 1997, Rapport à la norme et transformation des modes d'organisation de la production et du travail dans l'entreprise, Paris, Editions De Boeck & Larcier

1.4. Les processus sont au cœur de la stratégie

1.4.1. *Une stratégie d'entreprise répond à plusieurs constantes*

Une stratégie peut agir à plusieurs niveaux d'une organisation. Il ne s'agit pas ici de traiter des stratégies individuelles, mais bien de la stratégie d'entreprise. Cette première précaution prise, voyons à présent quelles en sont les caractéristiques principales.

Tout approche stratégique s'inscrit dans le long terme. Elle pose la question du sens, contrairement à d'autres décisions au sein de l'entreprise, et celles-ci engagent systématiquement le management dans le temps.

Elle s'inscrit au sein d'un environnement qui par nature change et qui peut par exemple nécessiter l'acquisition ou la modification de certaines ressources (système d'information, nouvelles technologies, réallocation de ressources,...). Dans cette optique, il est nécessaire de bien positionner l'organisation au regard d'objectifs, de besoins clairement identifiés car des ressources pourraient être allouées. Cette allocation de ressources devra être la plus pertinente possible, tant en terme de coût, d'investissement, qu'en terme de combinaison relative.

Vis-à-vis de l'environnement interne et externe, au-delà des résultats bien entendu, une stratégie réfléchie et cohérente dans son élaboration permet de justifier des besoins de ressources importants.

De plus, vis-à-vis de la structure de management, il ne peut y avoir de stratégie sans engagement du stratège.

Enfin, la stratégie d'une organisation est influencée par son environnement et par la capacité stratégique des acteurs qui la construisent. Sur ce principe, une stratégie doit systématiquement avoir un écho opérationnel, organisationnel voir culturel.

1.4.2. *Les deux niveaux de l'approche stratégique*

La stratégie peut intervenir à deux niveaux :

La stratégie d'entreprise concerne les valeurs de base de l'entreprise²³. Comprendre ce premier niveau est essentiel puisqu'il renvoie chacun au sens de sa présence et justifie les décisions prises. Pour l'hôpital public, cela renvoie notamment aux missions de service public.

La stratégie par domaine d'activité consiste en l'identification de facteurs clés de succès dans un domaine particulier. Par exemple, sur le développement de tel ou tel activité médicale, ou, pour ce qui concerne le secteur de la facturation, la définition d'objectifs

²³ JOHNSON G., SCHOLEK K., WHITTINGTON R. et FRERY F., 2005, *Stratégie*, 7ème édition, Paris, PEARSON Editions

qualitatifs ou quantitatifs,... Ces éléments partent des objectifs généraux de l'organisation et incluent les attentes et les contraintes issues du terrain. Cela permet d'identifier ce que l'on dénommera un Domaine d'Activité Stratégique (DAS).

Ainsi, la réflexion stratégique menée passera préalablement par un temps d'échange avec le « top management » de l'établissement afin de déterminer la direction vers laquelle il souhaite orienter ce secteur.

Ces premiers éléments démontrent la nécessité de s'appuyer sur la méthode de description par les processus si l'on veut clarifier les activités réalisées aujourd'hui. Il peut même s'agir d'un fin en soi tant elle paraît porteuse de sens.

Mais le cadre de la réflexion induit l'élaboration d'une vraie stratégie par domaine d'activité issue de la direction. Cette seconde dimension viendra donc compléter l'état des lieux qui sera présenté dans les pages à venir.

2. La présentation des processus de facturation du CHV

2.1. La méthodologie technique de présentation nécessite de faire des choix

En termes descriptifs, on s'est attaché dans un premier temps à échanger avec les acteurs autour de leurs activités, puis de mettre celles-ci écrit par en s'attachant à y analyser plusieurs éléments le volume d'activité que ce processus couvre (en heures, en unité d'œuvre, nombre d'agents sollicités...) et son poids financier, ainsi que les facteurs d'évolution qui viendront impacter ce processus.

Cette méthode implique l'élaboration d'une liste des processus étudiés et un travail descriptif sur l'organisation physique des différents sites.

Ensuite, chaque processus a fait l'objet d'une analyse critique avec l'encadrement et les professionnels visant, autant que faire se peut, à proposer des améliorations concrètes.

Pour ce faire, un groupe de travail a été constitué pour impliquer, rassurer. Le groupe de travail poursuit plusieurs objectifs. Composé de professionnels de terrain, il a vocation à impliquer les acteurs des processus étudiés. La démarche participative permet de dissiper les interrogations et les méfiances et de sortir de la stigmatisation individuelle.

Elle permet en outre de générer un certain consensus autour des points essentiels.

2.2. Présentation générale de l'établissement et du service de FBE

Le Centre Hospitalier de Villefranche sur Saône est installé sur la commune de Gleizé (Rhône), sur un terrain de 16 hectares. Ce Centre est engagé dans une importante opération de immobilière. Au dernier trimestre 2009, un nouvel hôpital de 19 000 m² ouvrira ses portes. Il abritera notamment un secteur neuf pour les urgences adultes et enfants, des blocs opératoires, une réanimation médicale et un service d'imagerie. Tourné vers l'ambulatoire, le plateau technique devra être intégré dans la réflexion stratégique à mener.

Le CHV est composé de 1000 agents qui se répartissent en 900 personnes non médicaux tel que les administratifs, soignants, techniques, médico-techniques, éducatifs et 100 médecins. Centre Hospitalier Général, il est au cœur du territoire de santé de Villefranche-sur-Saône. L'hôpital a un budget d'environ 80 millions d'euros par an.

L'activité du CHV en 2006 : Données générales

NOMBRE DE LITS				
	Hospitalisation complète	Hospitalisation de jour		
Médecine	201	17		
Chirurgie	64	4		
Obstétrique	44			
TOTAL	309			
ACTIVITE GENERALE				
	Hospitalisation complète	Hospitalisation de jour		
Médecine	11515	2340	<i>DMS</i>	5,6
Chirurgie	2726	660	<i>Indice de perf.</i>	1
Obstétrique	1647	55	<i>Nb de passages urgences</i>	42 000
TOTAL	15888	3055	<i>Nb d'accouchements</i>	1260
ENVIRONNEMENT				
	Données	<i>Pour la France</i>		
Part des personnes de 60 ans ou plus vivant seules	5,6%	5,8%		
Taux d'allocataires des minima sociaux	6%	7,4%		
Part de la population urbaine	92,4%	76,1%		

Source : Données 2007 – enquête SAE

D'un point de vu organisationnel, le CHV est composé de 7 pôles :

- « Chirurgie & prestataires médicaux » ;
- « Femmes enfants » ;
- « Urgences Adultes » ;
- « Médecine » ;
- « Cardiologie et réanimation » ;
- « Evaluations soins transversaux » ;
- « Support aux soins ».

Le service FBE est intégré au pôle « support aux soins » au sein duquel il est rattaché à la direction des finances²⁴.

Les recettes du CHV sont réparties de la manière suivante sur les titres 1, 2 et 3 : 74% - 14% - 13%.

2.3. La vision stratégique et les objectifs de la direction de l'établissement

Comme présenté précédemment, il convient de débiter cet état des lieux en présentant les objectifs et les attendus fixés par la direction. Même si il existe une vision partagée au niveau global (professionnalisation, qualité,...), il est nécessaire de présenter les attentes du « top management ». Une série d'échanges a permis de définir les enjeux suivants :

- **Sortir de la dépendance managériale** : L'activité de facturation est une activité technique, jugée complexe, opaque parce que trop longtemps mise de côté, et surtout stratégique à l'heure de la T2A. Il est temps de sortir de cette opacité. Pour cela, un travail de mise à plat et de description de l'activité est nécessaire pour sortir de l'expertise centrée sur un seul individu, le cadre du service. La structure est fragilisée par cette « dépendance » structurelle. En cas de départ, il n'y a pas de solution de repli. Dans ce cadre, il est nécessaire de partager les fonctions d'encadrement et d'expertise et de repenser la ligne hiérarchique ;
- **Dans la perspective de la facturation directe**, il est nécessaire de fiabiliser la qualité du recueil des données : récupérer plus d'information et de meilleure qualité (Carte Vitale (CV) – Mutuelles – Adresse). Pour cela, il faut repenser les pratiques professionnelles autour de ces enjeux et revoir les outils de communication auprès du patient et des mutuelles. La facturation directe implique une augmentation du volume de factures émis. Certains processus de vérification doivent être automatisés pour éviter trop d'actions humaines jugées inutiles ou peu efficaces.

²⁴ Annexe 3 : les chiffres clefs des recettes du CHV

Le souhait de la direction est aussi de bénéficier d'un panorama suffisamment complet pour évaluer les possibilités de recomposition des équipes et d'apporter un éclairage technique sur ce que font simplement ces agents.

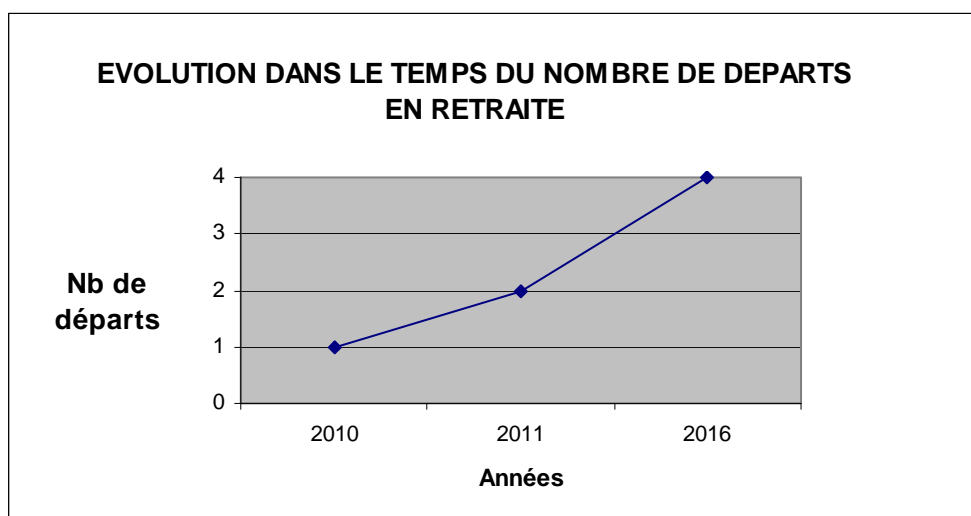
Pour répondre aux attentes de la direction et évaluer les points faibles de l'organisation du service de FBE, il a donc été nécessaire d'investiguer les processus mis en œuvre dans ce secteur mais aussi de présenter les enjeux liés au système d'information et à l'encadrement. Une enquête auprès de trois établissements de la région a permis d'affiner la vision proposée.

2.4. L'analyse du fonctionnement du service FBE

L'équipe du FBE est composée de 20 agents, 17,6 Equivalents Temps Plein (ETP). L'encadrement du service est assuré par un adjoint des cadres. La répartition des effectifs par grade est la suivante : 16 adjoints administratifs, 1 maître ouvrier, 2 ASD, 1 AEQ.

L'indice brut moyen est de 350 et l'ancienneté moyenne dans l'établissement est de 16 années et 7 mois environ²⁵.

L'analyse de la pyramide des âges permet selon deux hypothèses (départ en retraite à 41 annuités de cotisation ou atteinte de 61 ans) de produire le graphique suivant :



Dans le cadre d'une Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences, tout départ en retraite constitue une opportunité de changement pour une organisation. En ce sens, avant une vague de 6 départs en 4 années (2016 - 2020) qui n'apparaît pas sur le graphique, on constate ci-dessus que seuls trois départs sont à prévoir en 2010 et 2011. Il est à noter que depuis 2002, le secteur a connu l'arrivée de 5 agents issus d'autres secteurs et pour qui l'établissement a proposé un reclassement au sein du service FBE.

²⁵ Annexe 4 : Les effectifs du service FBE

Le secteur de FBE est réparti sur 4 sites : Le service « accueil - hospitalisation », le secteur « facturation frais de séjour », le service « accueil et facturation - consultations et soins externes » et le service d'accueil des urgences

Pour comprendre l'activité réalisée sur les sites, chacun d'entre eux sera décrit selon 4 items : l'organisation physique et du temps de travail, les activités majeures du secteur (l'approche descriptive via les processus pour l'ensemble est en annexe), la synthèse des attentes et des points d'amélioration relevés auprès des personnels interviewés pour l'occasion.

Il convient de préciser que toutes les activités n'ont pas fait l'objet d'une description par les processus. On a cherché à faire évoluer les processus clefs.

Ces éléments sont le fruit d'un travail de recueil et d'analyse réalisé en collaboration avec le secteur des ressources humaines, les services techniques et surtout au travers de nombreux échanges avec les personnels du service FBE²⁶.

2.4.1. *Le service « accueil – hospitalisation »*

Il est composé de 4 personnes, soit 3,6 ETP, exerçant sur 3 guichets en « front office » et sur 2 postes en « back office ». Il y a constamment au moins 3 personnes présentes, 2 guichets ouverts. Les personnels de ce secteur et ceux de « facturation frais de séjour » sont polyvalents.

Amplitude d'ouverture :

Du lundi au vendredi : 8 H – 18 H 30 (horaires : 8h 16h / 9h – 17h / 10h30 – 18h30)

Samedi matin : 8 H – 15 H 30 (1 personne) et Dimanche matin : 9 H – 13 H (1 personne)

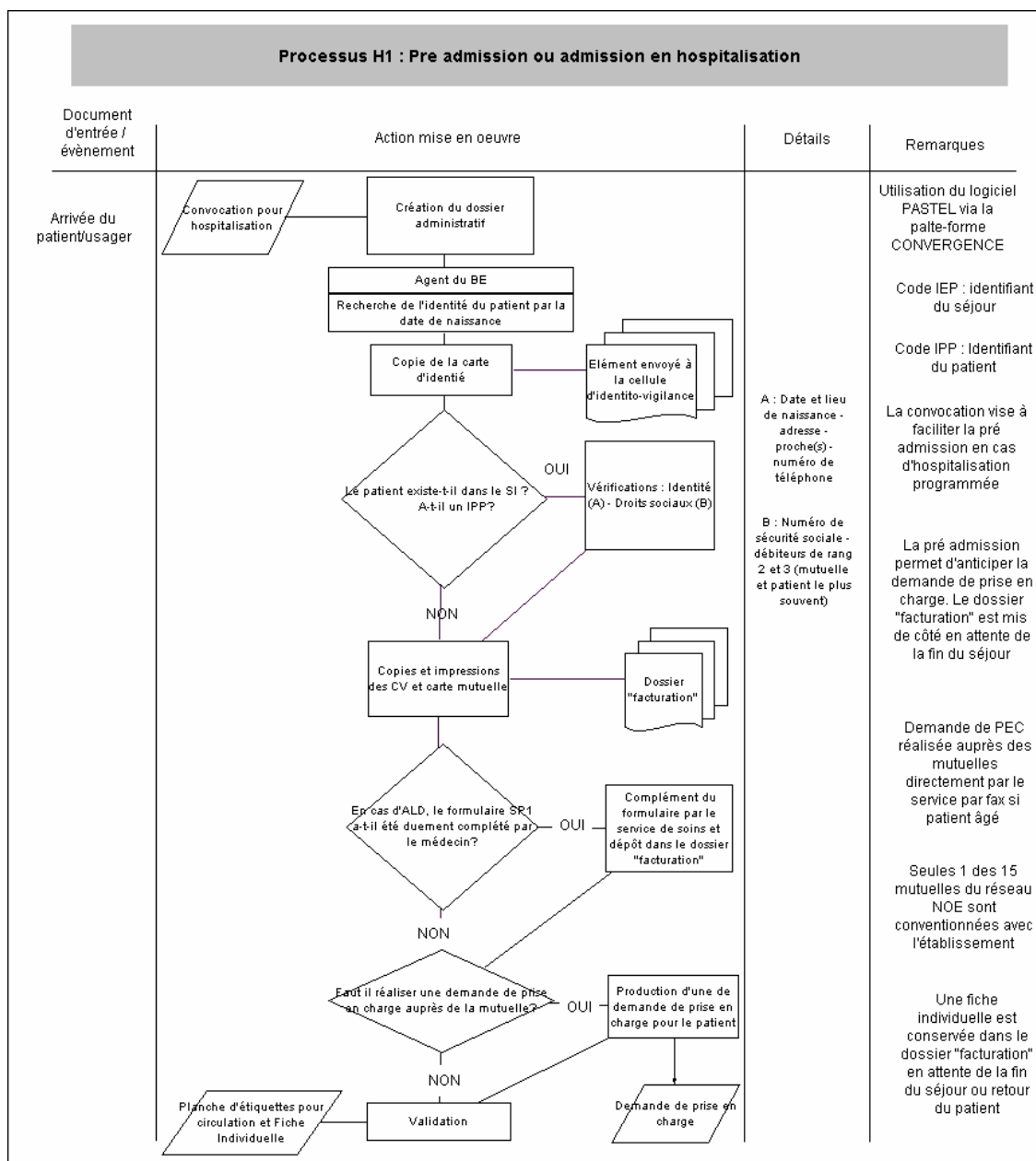
Les processus décrits :

- La pré admission et l'admission en hospitalisation
- La clôture du séjour







Le service « accueil – hospitalisation » souffre de sa situation. Il n'y pas de poste d'hôtesse dédié. De ce fait, les deux files d'attente comportent tout type de patients ou familles dont les besoins en information sont très divers. Il n'est pas possible de prioriser les besoins et les files sont très lentes. Le hall manque d'indications, d'affichages.

²⁶ Annexe 5 : le plan des 4 sites de travail et les processus associés

A titre illustratif, voici un exemple des processus réalisés avec les professionnels tous disponibles en annexe 5 :



LEGENDE :

	Document et/ou produit		Stockage (dossier / Informatique,...)
	Acteur et action mise en oeuvre		Question et choix ?
	Action mise en oeuvre (même acteur que l'action précédente)		Processus

2.4.2. Le service « facturation frais de séjour »

Situé au sein de l'administration générale, il est chargé d'assurer la facturation et le suivi de celle-ci pour l'hospitalisation uniquement. Il est composé de 5 personnes, soit 4,5 ETP, exerçant sur 4 postes de travail. Elles exercent les mêmes fonctions mais se sont vu répartir la responsabilité de la facturation par regroupement de lettres par ordre

alphabétique et selon le volume moyen de factures par lettre. Le secteur est ouvert de 8 heures à 17 Heures.

Leur activité est directement liée au service informatique. Il s'agit du processus le plus interdépendant et le plus technique : la valorisation/facturation.

Le service de facturation est situé au sein de l'administration générale. Malgré la distance avec le site, les personnels bénéficient du calme nécessaire à la facturation.

2.4.3. *Le service « accueil et facturation - consultations et soins externes »*

Il est composé de 5 personnes, soit 4,8 ETP, exerçant sur 3 guichets en « front office » et sur 2 postes en « back office ». Les processus sont en grande partie très proches de ceux présentés dans le secteur d'hospitalisation. Contrairement à ce dernier, le secteur maîtrise son processus de facturation (émission de l'ASP).

Amplitude d'ouverture :

Du lundi au vendredi : 8 H – 17 H 30 (horaires : 8h 16h / 7h45 – 15h45 / 8h30 – 16h30 / 9h30 – 17h30)

Samedi matin: 8 H – 11 H 45 (1 personne)

Les processus décrits :

- L'admission des patients en consultation et soins externes
- Clôture du dossier avant facturation
- Facturation / encaissement

Ce service a connu un déménagement complet durant l'été 2008. Temporairement, le service a investi un local peu adapté à la bonne gestion des flux « patient ». Les agents attendent avec une certaine impatience de pouvoir investir la borne d'accueil prévue fin 2009.

2.4.4. *Le service d'accueil des urgences*

Il est composé de 4 agents, soit 4 ETP, exerçant sur 1 guichet en « front office » et sur 1 poste en « back office » potentiellement transformable en « front office » en cas de besoin.

Ouverture du lundi au dimanche, de 7 H – 21 H (horaires : 7h – 15h / 8h – 16h / 13h – 21h)

Les processus décrits :

- Admission aux urgences adultes et pédiatriques

- Administration des mutations - sorties - transferts d'établissements

2.5. Présentation de la fonction d'encadrement du FBE

L'encadrement du bureau des admissions est assuré depuis mars 2006 par un adjoint des cadres.

Il est en charge de l'encadrement de l'équipe FBE, de la gestion de l'ensemble des activités de facturation pour les recettes du titre 2 et une partie des recettes du titre 3 (chambres individuelles) au sein de l'établissement. Il n'est que partiellement en charge de la production des fichiers à l'attention de l'ATIH.

Voici ses activités principales :

- L'encadrement du personnel
- La facturation des activités de long séjour (EHPAD)
- La réalisation et le suivi des prévisions de recettes
- Le suivi de l'activité d'orthogénie – « Clinique ouverte »
- Analyse et retraitement des contentieux de la CPAM

Seul cadre du service, il a été longuement entendu afin d'intégrer son analyse à la réflexion sur les évolutions à mettre en œuvre pour améliorer le fonctionnement de son service. Entre ressentis et éléments objectivés, les échanges qui ont eu lieu ont permis de relever les difficultés suivantes :

« ...Je passe du temps à réaliser des activités techniques, mais peu en lien avec la fonction de cadre (activité « clinique ouvert », orthogénie,...)... »

« ...Très pris par mes activités d'encadrement, je cours entre mon bureau et le site pour traiter les problèmes du quotidien. Je n'ai pas de maîtrise de mon temps... j'ai l'impression d'être très éparpillé et peu efficace, malgré le fait que le service tourne !!»

« ...Mes tableaux de bord d'activité sont utiles mais me prennent beaucoup de temps... »

« ...Souvent, je perçois des zones de fragilité, mais je n'ai pas le temps de creuser... »

Lorsque le cadre se tourne vers les établissements extérieurs (au sein du groupe des responsables de services de FBE sur la région Rhône-Alpes), il a le sentiment de manquer de connaissances techniques et réglementaires. Conscient du fait qu'il concentre un nombre important de connaissances, il ne se considère pas comme expert de son sujet.

Concernant la production des données informatiques, les fichiers Vidhosp sont générés par le DIM et le fichier RSF par le contrôle de gestion, en lien avec le service informatique.

Ce sont les interfaces entre les systèmes d'information qui permettent de connaître la qualité des éléments facturés via un rapport d'erreur. Ce rapport ne bloque pas la facturation, mais il permet d'identifier les factures produites, mais incorrectes au nom du titre 2.

L'encadrement du secteur a sur ce point fait part du manque de lisibilité et de réactivité de l'organisation mise en place : Requêtes sans réponses de la part du MIPIH, beaucoup d' « automatisme procédurier » sans réelles connaissances techniques, cloisonnement des services...

C'est pourquoi en complément des processus majeurs du FBE, des processus spécifiques ont été élaborés avec les acteurs sur la gestion des données²⁷.

En outre, il existe un réel manque d'investigation vis-à-vis des possibilités de conventionnement direct avec les mutuelles appartenant au réseau NOE dans la région²⁸. Le réseau NOE de la Mutualité Française a été créé en 1990 pour faciliter les échanges de données entre les professionnels de santé et les mutuelles dans le cadre du tiers payant (Titre 2). Il participe clairement d'une plus grande fiabilité et d'une plus grande efficacité dans les relations entre les EPS et les mutuelles puisqu'il garantit un versement sous huitaine.

Même si la motivation reste forte, les attentes de changement de l'encadrement sont donc réelles vis-à-vis d'une organisation qui laisse peu de place au recul et à la réflexion.

Les enjeux à venir sont clairs pour le cadre de proximité. Pourtant, on perçoit une certaine impuissance à trouver les bons leviers pour faire évoluer l'organisation.

Afin d'éclairer la réflexion menée en interne, une enquête a donc été réalisée autour de quelques thématiques avec trois établissements de taille comparable.

2.6. Enquête sur l'organisation et le fonctionnement du service FBE en Rhône-Alpes

Deux axes d'échanges ont été préalablement identifiés :

²⁷ Annexe 5 : le plan des 4 sites de travail et les processus associés

²⁸ Le CHV n'est conventionné NOE qu'avec une seule des 15 mutuelles du réseau dans la région

- Comment fonctionne votre service de facturation / admission (description des équipes : organisation – effectifs – activité de l'établissement) ;
- Quels sont selon vous les défis de votre secteur ? Comment envisagez-vous la mise en œuvre de la facturation directe ? (conditions de mise en œuvre et exigences).

A (600 lits – 30 000 séjours – 95 000 consultations en 2007 / 7 personnes physiques (26 ETP avec les équipes décentralisées) et encadrement par un AAH et un ADC – SI : PASTEL / PASTEL CROSSWAY²⁹)

L'établissement a décidé de déconcentrer la fonction « admission » dans les étages via la mise en place de binômes adjoints administratifs (agent de FBE) / secrétaires médicales. Les conclusions de cette démarche sont catastrophiques. Les personnels ne sont pas impliqués. Il persiste un défaut d'information et de motivation sur le sujet. Les dossiers sont donc mal complétés. La fonction « admission » est clairement dévalorisée et paraît contradictoire avec la perception des secrétaires médicales de leur fonction.

La facturation est assurée en central par 7 agents.

L'ensemble de l'activité admission / facturation mobilise en tout 26 ETP. Aucun ne perçoit de ligne hiérarchique claire. Chacun se demande de qui il dépend. La décentralisation a manqué de préparation. Même si la logique initiale de « simplification du flux de patient » était louable, elle a été trop rapidement mise en œuvre et surtout, sans le corps médical. Les médecins ne sont pas suffisamment impliqués dans la logique médico-administrative. Les enjeux sont mal diffusés. A ce jour, tout médecin bénéficie d'un délai de 10 jours pour coder son acte CCAM.

S'agissant de la télétransmission sécurisée³⁰, l'établissement en est à la phase 3 et constate un taux rejet de 90%.

Là encore, l'établissement n'est pas prêt à basculer dans le processus de facturation directe. Il manque d'outils et l'inefficience actuelle de son organisation ne lui permet pas de se projeter dans l'avenir.

B (463 lits – 30 000 séjours – 98 000 consultations en 2007 / 23 personnes physiques et encadrement par un AAH et un ADC – SI : PASTEL / PASTEL CROSSWAY)

Le secteur admission et bureau des entrées est découpé en 4 secteurs (admissions consultations et hospitalisations, urgences, secteur mère/enfant, accueil et facturation). Parallèlement, il existe une cellule qualité partagée avec le DIM mise en place suite à la montée en puissance de la T2A.

²⁹ PASTEL CROSSWAY est un module complémentaire à PASTEL de saisie de l'activité médicale. Au CHV, un logiciel interne a été expressément créé, SAISACTIV.

³⁰ Un protocole d'accord a été signé 2006 entre les acteurs des télétransmissions suite à la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie afin d'en coordonner la mise en œuvre

Impliqués dans le réseau NOEMI de dématérialisation des relations entre l'établissement et les caisses de sécurité sociale, ils en sont par ailleurs au niveau 4 des phases de mise en œuvre de la télétransmission et constatent un taux de rejet de leur facturation de 11%, sans pour autant avoir pu étudier clairement les motifs de ces rejets.

Pour l'avenir, l'établissement n'est pas en situation de pouvoir relever les enjeux de la facturation directe car il manque de lisibilité quant à son activité, la volumétrie encaissée et ses relations avec les partenaires externes (CPAM et TP) sont peu développées.

Etablissement C (1200 lits – 70 000 séjours – 160 000 consultations en 2007 / 15 personnes physiques et encadrement par un AAH et un ADC – SI : PASTEL / PASTEL CROSSWAY)

Les fonctions sont très découpées et le champ du service BE se limite à l'accueil, la saisie des éléments, la mise sous pli et l'envoi. Le traitement des rejets est très insuffisant. Les rejets sont très importants et les télétransmissions mauvaises : l'établissement en est au niveau 2. Beaucoup de lots télétransmis sont « en échec ».

Les liens avec la CPAM et la TP sont faibles.

Le besoin de professionnalisation est très perceptible par l'encadrement. Néanmoins, le manque de lisibilité dans les actions à mener génère un réel scepticisme.

On peut retirer trois enseignements clefs de ces échanges :

- L'hypothèse d'une décentralisation de la fonction « admission » (création du dossier administratif) est possible mais risquée, surtout dans la perspective de la facturation directe à court terme. Cette hypothèse organisationnelle doit être accompagnée compte tenu de l'enjeu ;
- L'encadrement des équipes de facturation est le plus souvent assuré par deux personnes (duo AAH / ADC) afin de permettre un réel encadrement de la fonction. A champ de compétence comparable, le CHV ne paraît ni sous doté, ni sur doté en effectifs ;
- La perspective de la facturation directe est une notion floue. Techniquement et au niveau de l'organisation, personne ne se sent ni accompagné, ni prêt.

Maintenant que les processus, les objectifs, les organisations et l'environnement ont été dépeints, étudions à présent les propositions visant à faire évoluer ce secteur, ainsi que plus globalement les éléments stratégiques clefs de cette réflexion.

C Les axes d'amélioration du fonctionnement du service de FBE : propositions et points clefs de mise en œuvre

On l'a vu, la mise en place de la T2A a permis le développement de la comptabilité analytique. Des contrôleurs de gestion ont été embauchés et nombreux sont les établissements qui montent leurs propres TCCM.

Il est temps maintenant de compléter cette culture financière de la dépense par une culture de la recette.

Montant moyen par titre non recouvré au CHV

	Montant moyen du titre
TOTAL	261,76 €
CPAM	1 074,34 €
Etat (AME)	4 097,86 €
Mutuelles	363,53 €
Particuliers	100,92 €

Si on privilégie une approche efficiente, il paraît donc plus efficace de travailler sur les relations CPAM / Etat dans le cadre du recouvrement, puisque le montant moyen du titre recouvré génère relativement plus de recettes. Le domaine des particuliers et mutuelles peu rentables par titre et sont plus facilement améliorables via le développement de l'encaissement direct et le réseau NOE notamment, qui permettent d'éviter l'émission d'ASP à recouvrir pour la TP.

En outre, pour contextualiser l'impact potentiel de ce changement de fonctionnement, il convient de présenter un tableau de synthèse par titre et par mode de prise en charge (hospitalisation / consultation).

On constate que le modèle de facturation directe devrait demain, via son extension progressive au titre 1, couvrir près de 85% des recettes de l'établissement.

Cette culture de la recette passe par plusieurs exigences concrètes pour le service FBE :

- Le renforcement de l'organisation ;
- Un renforcement des compétences individuelles et collectives sur l'activité médicale et la facturation (chaînage avec le PMSI) ;
- La structuration d'une cellule en capacité de rentrer dans un rapport de force potentiel avec les représentants de l'assurance maladie.

Après avoir présenté les différentes pistes d'amélioration organisationnelles (1.) puis techniques (2.), nous proposerons une approche critique du travail réalisé (3.). Toutes les propositions formulées sont agrégées dans un tableau de synthèse en annexe, accompagnées d'une proposition de méthodologie de mise en œuvre³¹.

1. Des opportunités d'évolutions organisationnelles à saisir

1.1. La création d'un échelon managérial intermédiaire

On ne peut concrètement faire reposer tout ou partie de 95% des recettes de l'hôpital sur un secteur dont le management au sens large serait défaillant.

Compte tenu de l'expertise nécessaire aujourd'hui, il a été proposé de renforcer l'encadrement via la création d'un poste d'encadrement de proximité chargé du management « de terrain ».

En charge du management au quotidien (matériel, système d'information, ressources techniques,...), il permettrait au cadre supérieur de s'attacher au suivi des recettes, au recouvrement, d'assurer la veille technique (liens CPAM et TP) et réglementaire dans le domaine, de mettre en place les outils de suivi nécessaires.

Délesté des activités de management de proximité, le cadre supérieur aurait toute latitude pour travailler plus spécifiquement sur la qualité de la facturation, les enjeux de la facturation directe, les relations internes et externes (voir par ailleurs) et créer du lien entre le service FBE, le DIM. Il serait alors à même de mieux coordonner des activités aujourd'hui réalisées par le service informatique et l'unité de contrôle de gestion.

En terme de mise en œuvre, la pyramide des âges démontre que le service n'aura pas l'occasion de recruter à court terme. Selon le choix stratégique formulé, plusieurs options sont possibles en matière de gestion des hommes et des postes mais un schéma pourrait être privilégié :

- Basculer l'adjoint des cadres actuel sur le grade d'attaché d'administration hospitalière « au choix » pour créer un espace statutaire intermédiaire avec les agents ;
- Recruter un jeune potentiel formé dans le domaine statistique et/ou comptable (niveau bac+2) sur le grade d'adjoint des cadres avec une perspective d'accompagnement vers le concours d'ADC ou d'AAH.

³¹ Annexe 6 : Méthodologies générales de mise en œuvre des améliorations proposées

La difficulté réside dans le fait que cela générerait un poste en sur effectif. Conformément au souhait de la direction, ce poste supplémentaire pourrait faire l'objet d'une compensation durant l'année 2010, via le non remplacement d'un départ en retraite d'un agent du service FBE (deux départs sont prévus cette année là).

Pour ce faire, il convient de proposer des outils, des méthodes et une organisation collective qui permettraient de réaliser des économies en « temps / homme ». C'est ce que l'on tentera d'évoquer en seconde partie. Avant cela, voyons comment faire évoluer l'organisation du service, dans la perspective du futur site.

1.2. L'organisation de la future borne d'accueil FBE hospitalisation et soins externes

S'agissant de l'organisation physique de l'accueil au sein de l'établissement, plusieurs propositions ont été formulées en vu de la future borne d'accueil qui sera mise en place fin 2009³² dans le cadre de l'ouverture du plateau technique :

- Renforcer les outils signalétiques au sein de l'accueil de l'établissement pour diminuer le flux d'usagers sur les postes de « front office » en consultation et en hospitalisation³³ ;
- Constituer un poste d'accueil / orientation dans le cadre du projet 2009, adapté aux profils de certains agents (pour les postes aménagés ou adaptés) ;
- Mettre en place un système d'appel patient pour 2009 en différenciant « l'hospitalisation / les consultations – soins externes » ou « l'admission (l'entrée) / la facturation (la sortie) » ;
- Renforcer la cellule « facturation - contentieux » pour qu'elle soit en capacité de gérer les rejets « sécu » dès 2009.

Au sein de cette future borne. Le « front office » serait réparti sur 7 postes de travail potentiels, dont un poste d'accueil. Le « back office », 8 postes de travail, serait concentré sur les activités de facturation en consultations et soins externes. Une cellule spécifique pourrait être créée afin de gérer les relations TP / CPAM sur le site, à condition de conserver le bénéfice des locaux au sein de l'administration (voir plan des locaux en annexe), pour réaliser la facturation en hospitalisation.

³² Annexe 7 : Plans de la future borne d'accueil en hospitalisation et consultations

³³ Les outils de communication proposés par la MEAH sur son site Internet sont adaptés

En effet, il faudra réserver un bureau au cadre de proximité sur le site, au sein de cette future borne, dans la mesure où l'option « renforcement de l'encadrement » était conservée.

2. Des outils techniques et budgétaires à imaginer

2.1. Renforcer les outils de pilotage budgétaire

Comme expliqué lors de la description de l'évolution de la fonction « facturation » dans les hôpitaux, il ne peut y avoir aujourd'hui de facturation de qualité sans mise en place d'outils de pilotage.

On peut relever différents types de tableaux de bord de suivi d'activité qui, si leur production était automatisée, permettrait un meilleur suivi de l'activité de facturation :

- Les montants des tickets modérateurs générés chaque mois à la date de génération de l'acte et pas à la date de facturation (suivi comparé avec l'activité médicale issue du PMSI) ;
- Le nombre de dossiers facturés par mois / nombre de dossiers facturables (en volumes et en montants).

Parallèlement, s'agissant des rejets liés aux envois de données à la CPAM de Villefranche-sur-Saône pour les éléments du titre 2 (8,72% de taux de rejet), on peut les caractériser de la manière suivante :

- Erreur dans la saisie des éléments de sécurité sociale (carte vitale) – 22 rejets sur 87 ;
- CV non à jour – 16/87 ;
- Mauvaise saisie des informations dans les services de soins – 14/87.

Ces différents axes sont autant de pistes potentielles d'amélioration. Mais bien d'autres indicateurs devraient être créés.

Cette démarche de suivi quantitatif, de production d'indicateurs pourrait s'accompagner d'une plus grande transparence dans les procédures d'activité et rapprocherait la décision du terrain via le transfert de décision auprès du cadre de proximité. Le principe de subsidiarité de la décision serait respecté et même renforcé par une présence physique.

2.2. Modifier certains processus techniques

2.2.1. Automatiser le processus d'admission

Afin d'accélérer le processus d'admission, il est essentiel de mettre en place une démarche avec le GIP MIPIH pour faciliter l'intégration des données issues de la Carte Vitale dans le dossier administratif de PASTEL en temps réel. Cela permettrait d'éviter

une partie des démarches de vérification d'identité et/ou de saisie de données, systématique à chaque utilisation du logiciel CONVERGENCE.

2.2.2. *Fluidifier la facturation en consultation et soins externes*

Le processus de vérification manuelle (reprise des ASP pour vérification des adresses, taux de prise en charge et éléments facturés) doit être allégé via un pré traitement informatique. Il n'est pas piloté.

Il s'agit d'une masse de près de 5000 ASP par mois qui sont traités selon la disponibilité des agents sans différenciation par nature de contentieux à traiter. Cela représente environ 5 jours / homme par mois.

Afin de réduire le temps passé par le personnel sur la phase de vérification des Avis de Somme à Payer avant envoi et contentieux, plusieurs requêtes via Business Object ont été imaginées :

- Tri des « payants 100% » pour envoi d'une demande de renseignements complémentaires ;
- Facturation de l'acte le plus élevé pour les passages combinant une consultation et un acte médico-technique (ou plusieurs) via un tri par Unité Médicale de facturation ;
- Isoler les Aide Médicale d'Etat pour lesquelles une majoration n'est pas à facturer.

Ainsi les ASP à contrôler pourront être traités par lots et le processus de gestion des contentieux simplifié ou encore traité par regroupement des contentieux à réaliser par nature. Aujourd'hui, une première note de frais est envoyée, puis un ASP accompagné d'un document informant le patient de la nécessité de passer dans l'établissement pour fournir sa mutuelle.

Il s'agit d'opérations humaines inutiles qui pourraient être automatisées via l'édition d'une liste édictée sous Business Object et ensuite gérée en central par un seul et même agent qui contacterait les personnes concernées par téléphone.

2.2.3. *Externaliser certaines parties de processus « annexes »*

Parallèlement, on peut imaginer que la mise sous pli des ASP et des notes de frais qui représente une charge importante (location machine, entretien et maintenance,... le tout est évalué à 3236 euros par an) soit externalisé. Cela permettrait de réaliser des économies en charge de location et en envois postaux.

Une autre forme d'externalisation pourrait être étudiée. Elle est gratuite. Il s'agit de faire faire certaines parties de processus par les patients directement.

Aussi, en renforçant préalablement les liens avec les mutuelles, on peut mettre les demandes de prise en charge à la disposition des patients, ainsi que des enveloppes timbrées payantes et les adresses des 10 ou 15 mutuelles les plus importantes, pour que la « patientèle » gère cet aspect directement lors de son passage.

En cas de pré admission, toute hospitalisation programmée pourrait faire l'objet de l'envoi via le courrier sa demande de PEC.

2.3. Transformer les processus en procédures et générer de la compétence

Parallèlement à ces outils de suivi d'activité, il conviendra de synthétiser les processus présentés dans le document et en annexe afin de constituer des procédures, des référentiels pour les personnels en cas de litige ou d'arrivée d'un nouvel agent.

Pour cela, il paraît nécessaire de partir du travail réalisé avec les personnels avec les outils que propose la MEAH notamment et de produire quelques classeurs « référentiels » qui permettraient de s'appuyer sur une forme de guide interne de bonnes pratiques.

Il n'existe pas au CHV de règlement intérieur à proprement parler, mais c'est sous cette forme qu'un règlement intérieur FBE pourrait être diffusé aux interlocuteurs internes et externes. Cela permettrait de communiquer sur ce que fait le service FBE, sur ses attributions et ainsi participer du décloisonnement du secteur.

Même si ces dernières propositions faciliteront la mise en place de bonnes pratiques, il faudra compléter celles-ci par un plan de formation ambitieux sur la tarification à l'activité, les règles de facturation et l'activité médicale.

2.4. Constituer un réseau sur la thématique

Même si il peut s'agir d'une évidence. Le constat majeur de l'organisation en place, c'est donc le cloisonnement, dans et en dehors du service FBE. Or, la qualité de son activité, du service rendu, est très liée à la qualité de ses relations avec ses interlocuteurs amonts (facturation au fil de l'eau, compréhension des enjeux médicaux, du flux des patients et usagers) et aval (CPAM, TP et mutuelles).

Un réseau « patientèle » regroupant le DIM, le FBE, des représentants des services de soins pourrait être créé, ce en lien avec la TP et la CPAM avec qui il convient de définir des relations structurées.

Par exemple, l'identification de référents en fonction du sujet au sein de la CPAM et de la TP de Villefranche-Sur-Saône. On pourrait aussi proposer des rendez-vous thématiques par téléphone pour gérer les rejets de la norme B2.

L'étendue des propositions formulées nécessite un engagement total de la direction des finances et de la patientèle. Cela concerne à la fois la mise en œuvre du projet (pilotage), mais aussi l'investissement nécessaire en ressources humaines qualifiées dédiées.

Les propositions sont nombreuses et comme présenté en annexe, leurs degrés de faisabilité ne sont pas identiques. Néanmoins, le travail réalisé a permis d'apporter des pistes à la direction de l'établissement et la direction des finances et de la patientèle semble soucieuse de voir aboutir tout ou partie des pistes proposées.

Partant de l'appréhension d'une thématique technique comme la facturation, toute la réflexion mise en œuvre a permis de tirer de nombreux enseignements, positifs comme négatifs sur le sujet, comme sur la difficulté de ce type de démarche. Ce dernier élément sera présenté dans les lignes à venir.

3. Approche critique : De la difficulté de l'appréhension globale du changement

3.1. Une base de travail complexe à réaliser mais nécessaire compte tenu de la culture interne

Le travail de description et d'analyse élaboré avec les professionnels a permis d'identifier de réelles marges de progression et d'évolution. Mais ce travail a nécessité beaucoup de temps et d'échanges avec les personnels.

Le service FBE du CHV était caractérisé par une réelle opacité. Et c'est à partir de ce point de départ que ce sujet de mémoire a émergé.

Son organisation et son fonctionnement ont souffert de l'isolement durant très longtemps et il a fallu du temps et un réel exercice de conviction pour réussir à sortir de la vision souvent très subjective, voir affective, et orale du travail pour passer à une approche objective.

Cette phase d'état des lieux, qui devait initialement être une phase « rapide », fait finalement figure d'étape phare du travail d'investigation interne. Les interfaces nombreuses, les évolutions de la réglementation, le manque d'outils et de visibilité sur le travail réalisé,... sont autant d'éléments qui ont rendu la réflexion très chronophage.

L'affect n'est pas le propre de l'hôpital, mais il y est omniprésent, même au service de FBE. Comme expliqué en introduction, il s'agit d'un service longtemps sous valorisé de fait et les personnels qui y travaillent ont développé une approche « alimentaire » de leur

emploi. Ils sont donc peu investis et de fait peu impliqués dans la logique de changement proposée. Cela reste inégal puisque certains font preuve d'un réel investissement.

L'autre type de comportement rencontré s'apparente plutôt à un comportement défensif vis-à-vis du changement, voir anxieux.

Tous ces éléments ont conforté le choix méthodologique fait. Il était nécessaire de passer du temps avec les personnels pour décrire, échanger et directement rassurer sur l'objet de la démarche entreprise.

3.2. La réforme du financement souffre potentiellement de son accélération

Menées « tambour battant » depuis 5 ans, les réformes hospitalières sont venues percuter les organisations et les cultures internes des EPS. Parmi elles, la réforme de la tarification à l'activité nécessite du temps.

Au-delà du retournement de logique de financement et la mise en place de l'EPRD, la réforme a généré une réelle complexification du système. On l'a vu, les DIM ont été renforcés, mais pas les services de FBE. En tout cas ils n'ont pas été aussi sensiblement accompagnés.

A défaut, les services de FBE auraient du bénéficier des effets « pyramide des âges » d'ici 2012 et la mise en place de la T2A à 100%. Il y a là pour l'hôpital des opportunités de réflexion interne sur la gestion des postes, des remplacements et du recrutement. Il n'en est finalement rien. Le calendrier s'est accéléré.

L'exemple du CHV est tout à fait illustratif de ce dernier point avec une vague de départs en retraite qui débute après 2010.

La mise en place des pôles est faite sur le papier (81% des établissements sont constitués en pôles selon l'enquête récente réalisée par le ministère de la santé sur le sujet en mai 2008), pourtant la phase des délégations de gestion est plus complexe à mettre en œuvre. Elle ne concerne aujourd'hui qu'à peine 50 % des EPS.

On peut en donner plusieurs traductions, mais il paraît clair que dès lors que l'on touche à la répartition des compétences et des pouvoirs, il faut du temps. Rien ne peut s'imposer de fait en la matière.

L'objectif n'est pas ici de dire qu'il est « temps d'attendre », mais plutôt de constater à regret que la nécessité de faire vite empêche l'établissement de profiter du levier démographique, un outil clef très facilitateur du changement.

Pourtant, la facturation directe a d'ores et déjà bénéficié de nombreux reports puisque sa mise en œuvre initiale était prévue en 2005 / 2006. Le calendrier a été fréquemment modifié.

Sur ce point, l'Inspection Générale des Affaires Sociales a annoncé début septembre 2008 sa volonté d'étudier plus précisément les impacts de la facturation directe sur l'organisation et les liens entre l'assurance maladie et les EPS. Un nouveau décalage a été évoqué et il semblerait que des établissements « tests » soient sur le point d'être recrutés. Le CHV souhaite d'ailleurs se porter volontaire.

3.3. Une réforme peut en cacher une autre

Demain, une recette ne sera perçue par l'établissement que si le dossier médical est bon et complété correctement, et si les informations concernant les droits à remboursement du patient sont correctes.

En janvier 2009, la partie des recettes du titre 1 sur les consultations et soins externes passera en facturation directe. En janvier 2010, ce sera au tour des séjours.

Mais entre les deux étapes, qui risquent de générer quelques difficultés de gestion, une autre réforme vient se glisser : la réforme des règles de codage.

Cette réforme prévue pour mars 2009 modifie les modalités techniques de codage et, par exemple, là où un médecin pouvait émettre un diagnostic principal et un diagnostic associé sans condition d'ordre ou autre, demain, il en sera tout autrement. Les diagnostics principaux devront être posés à l'entrée, avant le diagnostic associé.

Ainsi, l'étape majeure de la facturation directe prévue en 2010 avec la nécessité d'accélérer le chaînage « hospitalisation », beaucoup plus complexe que le chaînage « consultation / soins externes » au regard notamment des processus « SI » en annexe pour le CHV, sera d'autant plus difficile à franchir qu'une autre réforme se sera ajoutée à la première.

Il va falloir accepter un temps d'adaptation, assumer des pertes potentielles avant que le système soit efficace. Il y a un clairement un risque financier et comptable. A ce jour, au CHV, ce risque n'est pas quantifiable par manque de lisibilité.

3.4. Le Département de l'Information Médicale : le grand absent de ce mémoire

Lors de la définition du besoin et de la problématique à traiter avec la direction de l'établissement, l'objectif était d'étudier un thème qui allie à la fois des enjeux stratégiques pour l'établissement et l'exigence d'un travail technique, de fond et de terrain. C'est en ce sens que c'est ce sujet a été choisi.

Or comme explicité plus haut, il a nécessité de nombreux temps d'échange avec les acteurs (10 jours/homme de présence dans le service pour échange avec les professionnels et autant avec le cadre du service auquel il convient d'ajouter les temps de réflexion et d'échange informels).

Le DIM est centralisé et peu de rencontres ont été organisées avec les responsables et les Techniciens d'Information Médicale du DIM de l'établissement. Or les experts rencontrés ont surtout confirmé qu'au-delà du fonctionnement du service FBE, c'est la qualité de travail et le fonctionnement du DIM qui se doit d'être étudié. Du fait des contraintes réglementaires liées au secret médical et du fait de la centralisation du codage, cette thématique est très concentrée par les médecins DIM. Elle donne le sentiment d'une « chasse gardée ».

Il est regrettable de n'avoir pas pu investiguer plus en profondeur le fonctionnement de ce secteur.

La demande initiale formulée par la direction de l'établissement visait avant tout à donner plus de lisibilité aux activités du service de FBE et d'insuffler une réflexion interne sur les échéances proches.

En cela, on peut penser suite aux commentaires formulés après lecture des résultats de ce mémoire avec la direction que ces objectifs ont été atteints.

Mais la lumière faite sur ce secteur a surtout mis en exergue la nécessité de travailler maintenant sur les pratiques professionnelles et les processus du DIM.

Il s'agit là, au-delà des recommandations formulées, de la suite logique de cette étude pour le Centre Hospitalier de Villefranche-sur-saône dans la perspective de la facturation directe.

Conclusion

Le principe de la T2A est simple, en tant qu'établissement je ne touche que les moyens que j'ai obtenus au sens propre du terme. Un principe donc renforcé par la facturation directe.

Il est temps pour l'hôpital de mieux appréhender la culture de « recettes », ou plutôt, de se la remémorer... puisque avant le budget global, le financement au « prix de journée » fonctionnait sur ce principe.

Dès lors, l'activité du service de FBE sort de l'anecdotique. C'est pourquoi il était important de dresser une image précise et juste de son fonctionnement. Pour ce faire, la méthode de description par les processus a permis d'éclairer de nombreux points, mais aussi d'intégrer les professionnels à la démarche.

Le CHV l'a bien compris mais au-delà de la volonté de mieux structurer la chaîne de facturation, louable en soi, se pose la question de la connaissance collective de l'activité réalisée par chacun, quant à son volume, ses conditions de réalisation et sa finalité.

Cette question touche à la fois le service de FBE, que ce mémoire a vocation à faire évoluer modestement en ce sens, le DIM et peut être plus globalement tous les services de l'hôpital.

Par exemple, s'agissant du DIM, l'état des lieux réalisé a permis de reconfigurer le champ des services impactés par la facturation directe et d'induire à l'avenir un réel décloisonnement.

On l'a vu les objectifs de qualité sont ambitieux et cet état des lieux n'est qu'une première étape qui en appelle donc d'autres. C'est en ce sens que des propositions concrètes ont été formulées en collaboration avec les acteurs pour faire « respirer » les organisations et accompagner la mise en place des futures réformes.

Pourtant, certaines interrogations demeurent, notamment celle du calendrier et du phasage. L'heure tourne et les EPS ne sont pas prêts, ni en terme d'organisation, ni en terme d'outils informatiques et techniques.

Il est temps d'agir et d'intégrer ce nouvel impératif de gestion à l'hôpital, au même titre que n'importe qu'elle entreprise.

La question renvoie certainement à l'histoire hospitalière récente.

En assimilant la T2A à la logique de profit contre laquelle beaucoup se sont insurgés, à tort ou à raison, là n'est pas la question, peut être avons nous transformé le sujet des « recettes » en dogme. Un dogme qu'il est nécessaire maintenant de dépasser au risque de mettre nos établissements en difficulté.

Bibliographie

Livres :

CLAVERANNE J.P., PASCAL C., 2004, *Repenser les processus à l'hôpital*, Paris, Médica Editions

CROZIER M., 1963, *Le Phénomène bureaucratique*, Paris, Le Seuil

CROZIER M. et FRIEDBERG E., 1977, *L'Acteur et le système*, Paris, Le Seuil

FESSLER J.-M, FRUTIGER P., 2003, *La tarification hospitalière à l'activité : éléments d'un débat nécessaire et propositions*. Paris, Editions Lamarre

MAROY C., DE MUNCK J., VERHOEVEN M. (op cit.), 1997, *Rapport à la norme et transformation des modes d'organisation de la production et du travail dans l'entreprise*, Paris, Editions De Boeck & Larcier

JOHNSON G., SCHOLLES K., WHITTINGTON R. et FRERY F., 2005, *Stratégie*, 7ème édition, Paris, PEARSON Editions

Revue, communiqués et fascicules :

CREMIEUX F. « L'hôpital en mouvement », *Revue ESPRIT*, janvier 2007

PASCAL C., « La gestion des processus à l'hôpital entre procédure et création de valeur », *Revue française de gestion*, 2008

PIOVESAN D. et PASCAL C., IFROSS – Université de Lyon 3, 2004, *La T2A, enjeux et perspectives*

Optimiser la chaîne de facturation / recouvrement hospitalière, Retours d'expériences, 2008, Mission d'Expertise et d'Audit Hospitaliers

Eco-Santé France 2008, 2008, données Drees, Comptes de la Santé

TICOS P., VANDAELE G., « Du patient au client, Du bureau des entrées à l'espace accueil clientèle », *Gestions hospitalières n°438*, p. 517, 2004

Conférence :

P-L. REMY, « L'accréditation, quel apport pour la santé des français ? », Actes du colloque GS Santé, IUP Management des services de santé, université Jean MOULIN Lyon 3, FEHAP Rhône-Alpes, 28 novembre 1997.

Réglementation :

Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

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

Mémoire :

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

Sites Internet :

<http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/index.php?id=144>

Module de formation facturation recouvrement J1partie1, site Internet de la MEAH

<http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/index.php?id=747>

Optimiser la chaîne de facturation / recouvrement hospitalière, Retours d'expériences, site Internet de la MEAH

http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/repert_metierfph/accueil/enjeux.htm

Site Internet du ministère de la santé, dossier « Répertoire National des Métiers Hospitaliers »

Liste des annexes

Annexe 1 : Un avis de somme à payer anonyme

Annexe 2 : L'articulation des enjeux de recette par mode de prise en charge majeur / Titres 1 et 2 au CHV

Annexe 3 : les chiffres clefs des recettes du CHV

Annexe 4 : Les effectifs du service FBE

Annexe 5 : le plan des 4 sites de travail et les processus associés

Annexe 6 : Méthodologies générales de mise en œuvre des améliorations proposées

Annexe 7 : Plans de la future borne d'accueil en hospitalisation et consultations

Annexe 1 : Un avis de somme à payer anonyme

2 AVIS DES SOMMES A PAYER

C.H. VILLEFRANCHE S/SAONE VILLEFRANCHE CEDEX 690782222

Centre Hospitalier Ville Matricule
 N° ENTRÉE: [REDACTED] ÉTABL 77 C.H. VILLEFRANCHE S/SAONE 690000575
 N° de titre 152877
 Emis et rendu exécutoire le 8/08/2008
 N° Bordereau 100109
 N° Feuillet 01
 Exercice 2008 2007

Nom: [REDACTED] Née le: 24/02/2007
 Nom J.F.: [REDACTED] NUM. [REDACTED]
 Prénom: [REDACTED]

PLACE ROGER ROUSSET
69400 VILLEFRANCHE SUR SAONE
REFUS CMU ET MALGRE TEL RIEN DE FAIT

Nom: [REDACTED] Prénom: [REDACTED] N° MUTUALISTE: [REDACTED] 64
 ORG: 016924938 RISQ 10

Prestations

DATE	DÉSIGNATION	NOMBRE	TARIF	TARIF DE RESPONSABILITÉ	TAUX	A VOTRE CHARGE	PREST. DE
201207	CONSULTATION SPECIALICS	1	2300		30	690 108	0427

6,90

RENSEIGNEMENTS HÔPITAL : C.H. BP 436 69655 VILLEFRANCHE CEDEX
 CONSULTATIONS : 0474092546 /SMUR : 0474092548
 HOSPITALISATIONS : 0474092544
AVIS A JOINDRE A VOTRE RECU POUR REMBOURSEMENT AUPRES DE VOTRE MUTUELLE

*****6,90 E A PAYER

PAIEMENT

BANQUE DE FRANC C6980000
 C.C.P. 30001 00886 C6980000000 09
 R.I.P.
 Heures d'ouverture: 138 RUE PHILIPPE HERON 69665 VILLEFRANCHE S/S CEDEX
 8H15-12H00 ET 13H15-16H00 DU LUNDI AU VENDREDI
 Téléphone: 0474094422 FR2230001008860000Y000Y05507235

RECEVEUR DE VILLEFRANCHE
 138 RUE PHILIPPE HERON
 69665 VILLEFRANCHE/SAONE CEDEX

IDENTIFICATION NNI [REDACTED] 64
 004856590 NUM. 004856590
 69056 P.C. 69056
 * E *
 004 ET: 77 MONTANT *****6,90
 2008 CH. 004 ET. 77
 012772077 EX. 2008 [REDACTED]
 152877 DOS. 012772077
 TIT. 080152877004000

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE ZONE

*****6,90 E

40000000006908606905600442201277207708023>0152877000052+

MONTANT POSTE ET A N° ENTRE ET DÉTAIL N° TITRE

Annexe 2 : L'articulation des enjeux de recette par mode de prise en charge majeur / Titres 1 et 2 au CHV

	Recettes du Titre 1					Recettes du Titre 2				
	Nature	Flux de production	Acteur / fréquence	Montants	Remarque	Nature	Flux de production	Acteur / fréquence	Montants	Remarque
Hospitalisation	Séjours (taux de 80% sur les séjours)	Informatique (VIDHOSP)	Une fois par mois	54,1%	Pas ou peu de contrôle	Séjours (taux de 20% sur les séjours)+ forfaits journaliers	Flux NOE (mutuelles conventionnées) et ASP papier pour les mutuelles / ASP papier pour les patients (+ bordereaux TP)	Bureau des entrées / Informatique / 2 fois par mois	11,0%	Recouvrement des sommes non perçues en encaissement direct assuré par le Trésor Public
	Suppléments + prélèvement d'organe	Informatique (VIDHOSP)	Une fois par mois	2,4%	Pas ou peu de contrôle	100% pour les étrangers, migrants, AME, soins urgents... (impossible à ce jour de les différencier entre l'hospitalisation et la consultation)	LOTS IRIS B2 pour la CPAM concernant les étrangers (+ bordereaux TP)	Bureau des entrées / Informatique / 2 fois par mois	1%	Tout dossier incomplet ou faux sera rejeté, non payé par la CPAM
Consultations et actes externes	70% pour les consultations et actes 80% pour les actes de laboratoire,... (Si acte >91 euros ou ALD, 100% titre 1)	Informatique (RSF)	Une fois par mois	3,1%	Pas ou peu de contrôle	T.M : 30 % pour les consultations et actes externes, 40 % pour les actes de laboratoires, 35 % sur les interventions smur...	Flux NOE (mutuelles conventionnées) et ASP papier pour les mutuelles / ASP papier pour les patients (+ bordereaux TP)	Bureau des entrées / Informatique / 1 fois par mois	2,6%	Recouvrement des sommes non perçues en encaissement direct assuré par le Trésor Public
Dotation Annuelle Complémentaire				25,8%						
TOTAL				85,4%		TOTAL 14,6%				

Annexe 3 : les chiffres clefs des recettes du CHV

Données générales d'activité FBE :

	2006	2007	Taux d'évolution
Nombre de séjours	20 905	22098	5,7%
Nombre de consultations	64020	68737	7,4%
Nombre de passages aux urgences	42133	42 000	-0,3%
Encaissements régie	183 260 €	198 857 €	8,5%

Source : Contrôle de gestion du CHV

Les titres du CHV non recouverts par la TP (majoritairement, des éléments du titre 2) :

Nature (nombre de titres / montants)	2006	2007
TOTAL	2 927 titres / 339 354 €	4 389 / 1 148 878 €
Caisse Primaire d'Ass. Maladie	61 / 25 664 €	244 / 262 139 €
Etat (AME)	36 / 22 335 €	102 / 417 982 €
Mutuelles	54 / 15 893 €	154 / 55 984, 33 €
Particuliers	2702 / 264 944 €	3723 / 375 729 €

Source : la Trésorerie Publique de Villefranche-sur-Saône

Après avoir retiré les recettes du titre 1 non perçues à ce jour incluses à ces montants (les produits divers), on obtient les ratios suivants :

Pour 2006 : 3,4% des sommes dues au nom du titre 2 n'ont pas été perçues.

Pour 2007 : 8,8% des sommes dues au nom du titre 2 n'ont pas été perçues.

Montant moyen par titre non recouvert :

	Montant moyen du titre
TOTAL	261,76 €
CPAM	1 074,34 €
Etat (AME)	4 097,86 €
Mutuelles	363,53 €
Particuliers	100,92 €

Annexe 4 : Les effectifs du service FBE (anonymes)

STATUT ET REMUNERATION

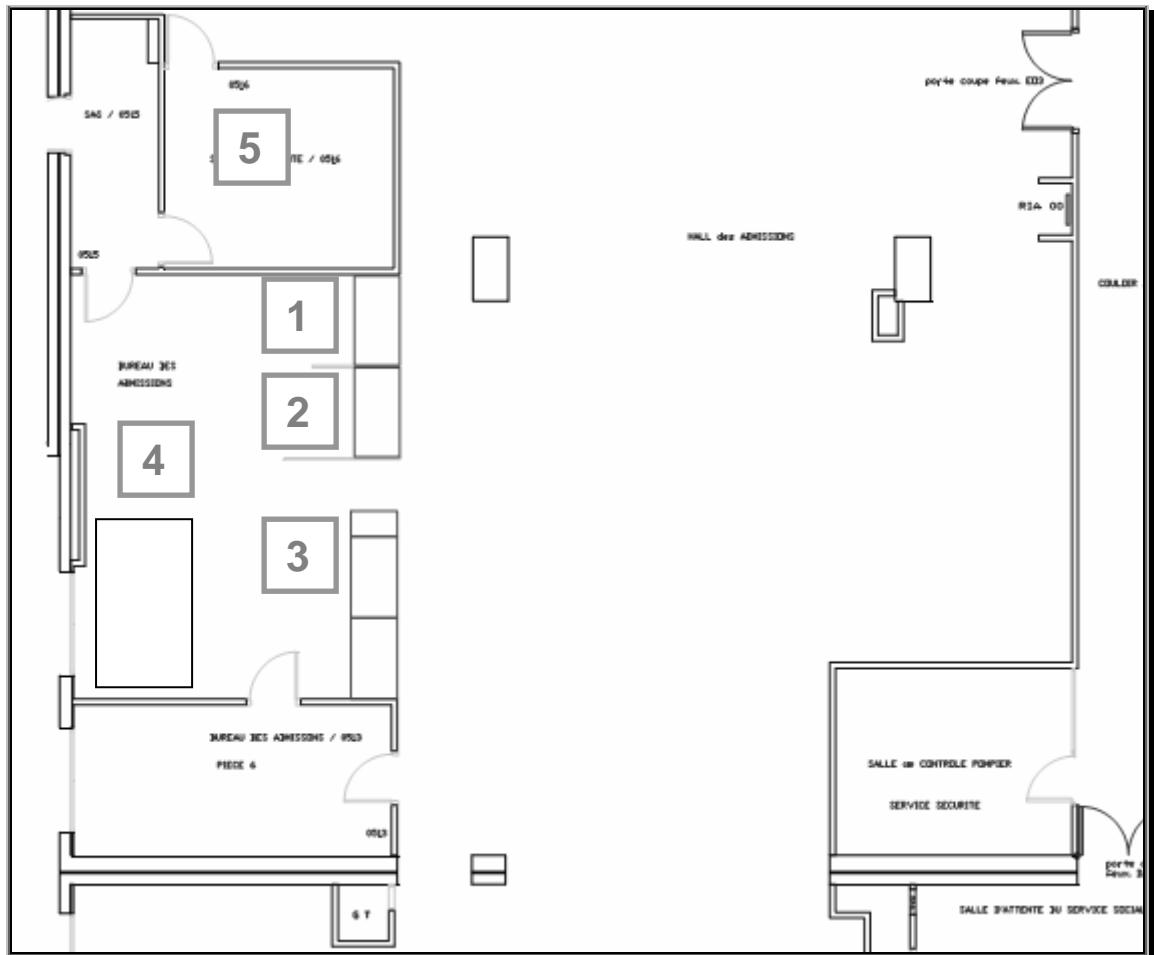
Secteur	Statut (LC)	Grade (LC)	Nom usuel	Prénom	Effectif en ETP	Indice Brut	Indice Majoré	PART DE LA MS
Urgences	TITULAIRE	AGENT ENTRET.QUAL.	GOUTTESOLARD	OUAFAE	1	293	290	4,7%
Urgences	TITULAIRE	ADJ.ADM.HOSP. 2C	GALLAND	FABIENNE	1	324	309	5,0%
Urgences	TITULAIRE	AIDE SOIGNANT CS	DENOYER	MICHELE	1	427	379	6,1%
Urgences	TITULAIRE	ADJ.ADM.HOSP. 1C	VACLE	M.THERESE	1	333	316	5,1%
Pédiatrie	TITULAIRE	MAITRE OUVRIER	CHRISTEL	MARTINE	1	379	349	2,8%
Hospitalisation	TITULAIRE	ADJ.ADM.HOSP. 2C	RIQUET	CORINNE	0,8	298	291	3,8%
Hospitalisation	C. POST/VAC	ADJ.ADM.HOSP. 2C	HARDY	SANDRINE	1	281	290	4,7%
Hospitalisation	TITULAIRE	AIDE SOIGNANT CN	REVEL	CATHERINE	0,8	343	324	4,2%
Hospitalisation 60% / Facturation SMUR 40%	TITULAIRE	ADJ.ADM.HOSP. 1C	BAUDIMENT	JEANINE	1	409	368	6,0%
Facturation	CONT.PERM.	ADJ.ADM.HOSP. 2C	JACQUEMET	ANGELIQUE	0,5	281	290	4,7%
Facturation	TITULAIRE	ADJ.ADM.HOSP. 1C	CHEVALIER	ALICE	1	298	291	4,7%
Facturation	TITULAIRE	ADJ.ADM.HOSP. 2C	MARECHAL	SYLVIE	1	298	291	4,7%
Facturation	TITULAIRE	ADJ.ADM.HOSP. 2C	COROFORO	KARINE	0,5	287	290	2,3%
Autre	STAGIAIRE	ADJ.ADM.HOSP. 2C	BRANCHE	SYLVIA	0,2	290	287	0,9%
Facturation	TITULAIRE	ADJ.ADM.HOSP. PL 2	BOURGOIS	CHRISTIANE	1	446	392	6,3%
Externes	TITULAIRE	ADJ.ADM.HOSP. 2C	PITOT	MARIE-LAURE	0,8	293	290	3,8%
Externes	TITULAIRE	ADJ.ADM.HOSP. 1C	RAMPON	CATHERINE	1	374	345	5,6%
Externes	TITULAIRE	ADJ.ADM.HOSP. PL 2	PECHARD	CHANTAL	1	427	379	6,1%
Externes	TITULAIRE	ADJ.ADM.HOSP. 1C	COLAS	M.PAULE	1	409	368	6,0%
Externes	TITULAIRE	ADJ.ADM.HOSP. PL 1	PLAZANET	ANNICK	1	479	416	6,7%
Encadrement	TITULAIRE	ADC.HOSP. CN	LAMRAOUI	STEPHANE	1	382	352	5,7%

PERSPECTIVES DE DEPART

Nom usuel	Prénom	61 ANS	41 ANNEES	REMARQUES
GOUTTESOLARD	OUAFAE	2038	2043	
GALLAND	FABIENNE	2029	2043	
DENOYER	MICHELE	2016	2014	
VACLE	M.THERESE	2010	2036	
CHRISTEL	MARTINE	2020	2027	Mi temps thérapeutique
RIQUET	CORINNE	2031	2033	
HARDY	SANDRINE	2030	2049	
REVEL	CATHERINE	2024	2029	
BAUDIMENT	JEANINE	2011	2016	DIM pui BE
JACQUEMET	ANGELIQUE	2046	2047	
CHEVALIER	ALICE	2037	2041	
MARECHAL	SYLVIE	2031	2033	
COROFORO	KARINE	2030	2043	
BRANCHE	SYLVIA	2028	2042	
BOURGOIS	CHRISTIANE	2017	2031	
PITOT	MARIE-LAURE	2037	2041	
RAMPON	CATHERINE	2023	2024	1 an de congé parental
PECHARD	CHANTAL	2019	2018	
COLAS	M.PAULE	2017	2017	
PLAZANET	ANNICK	2016	2017	
LAMRAOUI	STEPHANE	2035	2040	

Le service « accueil - hospitalisation »

Plan du site



Présentation des postes de travail :

1 : Poste d'accueil des visiteurs, admission et clôture des dossiers, production de documents administratifs

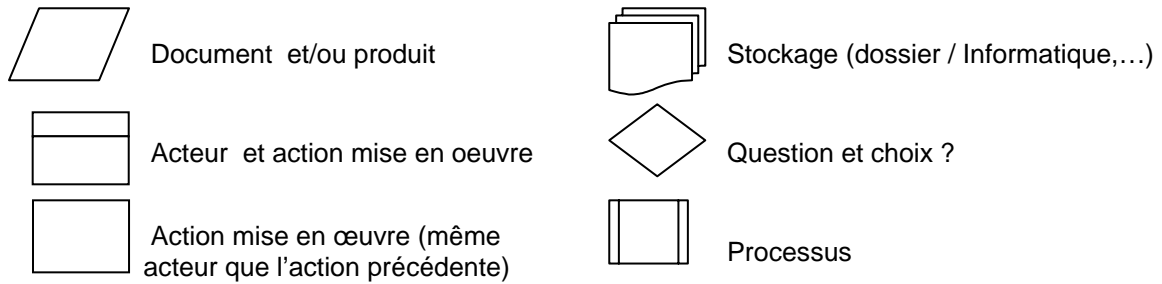
2 : Poste d'accueil des visiteurs, admission et clôture des dossiers, production de documents administratifs

3 : Poste d'accueil des visiteurs et d'encaissement (régies)

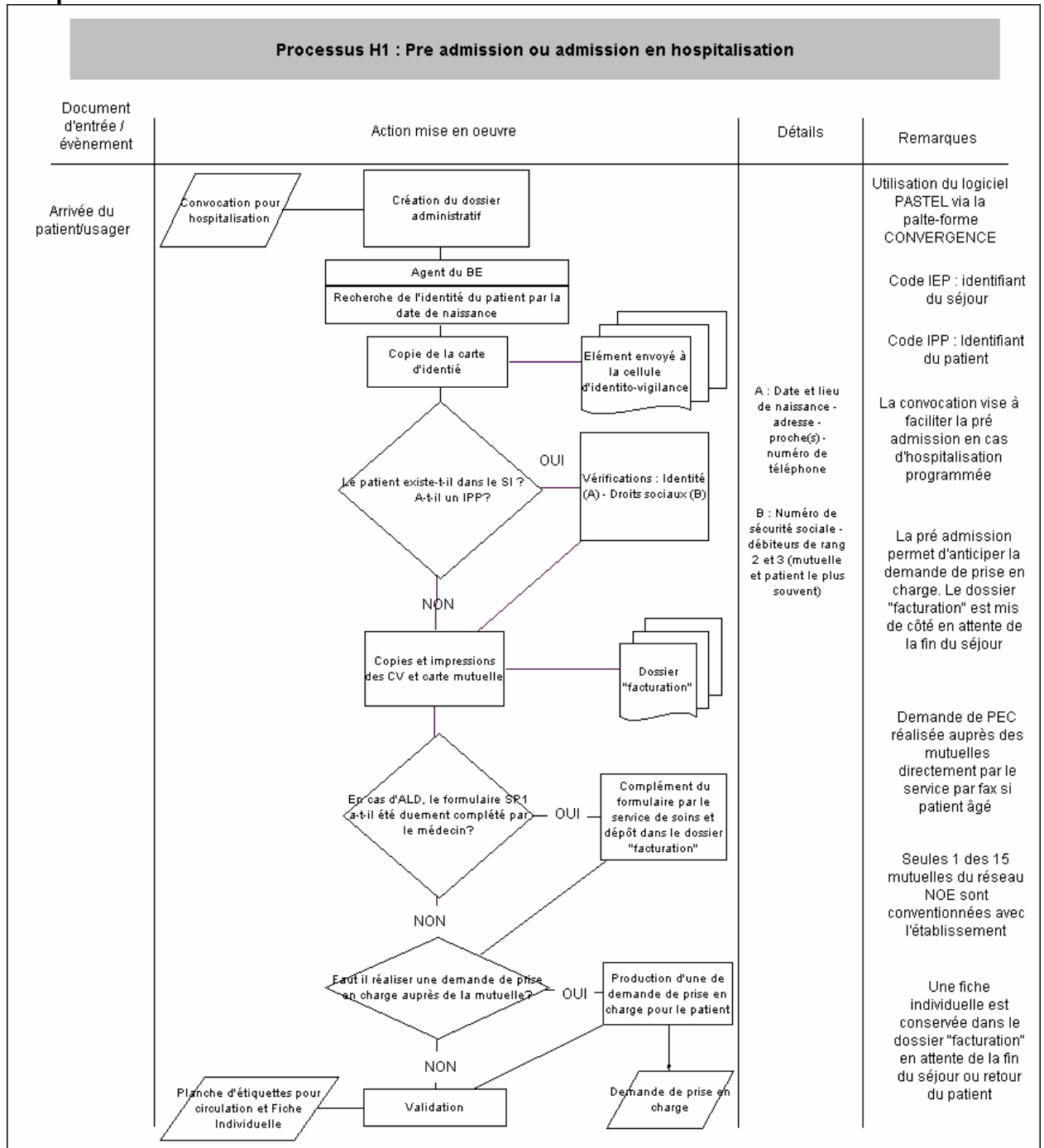
4 : Gestion des dossiers en attente de documents (PEC) ou de fin de séjour

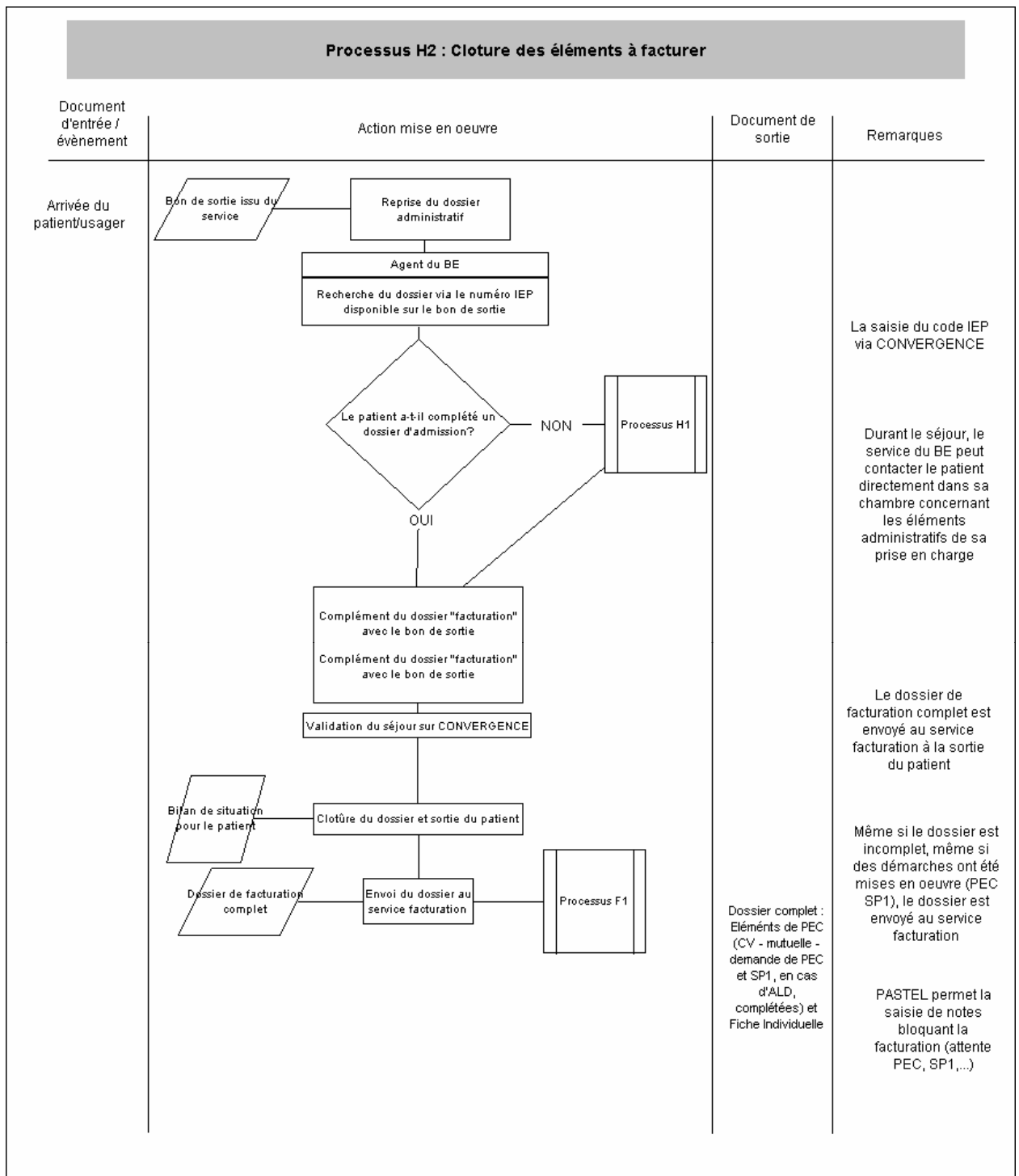
5 : Gestion des régies et du coffre

LEGENDE :



Les processus clefs





Commentaires et échanges :

- « Les relations avec les mutuelles manquent de fluidité et on passe beaucoup de temps à les appeler ».
- « Il serait intéressant de pouvoir compléter le dossier PASTEL directement avec les éléments de la carte vitale ».
- « Il manque un lecteur Carte Vitale complémentaire ».
- « Le hall d'accueil manque d'informations pour l'orientation des patients ».

Les autres activités réalisées au sein du secteur

Aucune facture liée à un séjour « type » ne peut être payée directement en dehors de quelques rares exceptions. Néanmoins, d'autres éléments peuvent faire l'objet d'un paiement. Chaque régie correspond à une nature de versement.

Il existe 4 régies différentes :

- Régie « produits divers »
- Régie de frais de séjour
- Régie d'avances (coffre)
- Régie clinique ouverte (pour l'activité libérale d'un praticien)

Les montants arrêtés (arrêtés de régie) sont envoyés via bordereaux à la trésorerie principale une fois par mois (sauf « repas visiteurs », une fois par semaine).

- Régie « produits divers »

Repas du personnel (badges)

Description :

- Saisie des numéros de badge via RECO4 – encaissement via CB ou chèque
- Suivi des montants encaissés en fin de journée

Les forfaits en pédiatrie – accompagnants (20 ou 6 euros)

Vendus à l'unité aux accompagnants qui en font la demande. Chaque ticket vendu est accompagné d'un reçu.

A la sortie, les tickets restants sont récupérés et une attestation des tickets consommés est produite pour les mutuelles (remboursements).

De la même manière, les encaissements des repas « visiteurs » sont encaissés sur une régie qui leur est propre (9 euros).

Les encaissements des frais de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers

Il s'agit de l'encaissement des frais d'inscription aux concours d'entrées et les frais divers liés aux différentes scolarités.

Ces éléments sont ensuite envoyés mensuellement à la Direction des Affaires Financières qui se charge de la saisie des titres sur CONVERGENCE en vu de la production d'un ASP.

Les encaissements « archives »

En cas de demande dossier médical, une lettre à l'adresse du directeur est envoyée par le demandeur. La direction la relaie au service des archives qui envoie une copie de la demande et contacte le patient pour convocation.

Les frais liés aux copies du dossier sont à la charge du patient. C'est le secteur « accueil - hospitalisation » qui encaisse les sommes dues sur la régie dédiée.

Une attestation de paiement est ensuite fournie au patient.

Les Interruptions Volontaires de Grossesse

Il s'agit d'une activité ayant débuté en avril 2008. Le secrétariat du service d'ambulatoire fournit un document de synthèse avec le programme prévisionnel.

Lors de la pré admission ou le cas échéant, le matin même de l'intervention, la patiente fournit les documents requis (CV, demande de PEC si la personne ne souhaite pas absolument conserver l'anonymat) et/ou paye directement le ticket modérateur sur le forfait via la régie dédiée par chèque ou en espèce.

Une copie des documents est conservée dans le coffre.

Les ASP pour les dossiers restant à facturer sont envoyés à la TP, avec les chèques reçus, une fois par mois.

- Régie clinique ouverte (pour l'activité libérale)

L'activité de clinique ouverte est directement administrée par le cadre du service. Il s'agit de l'encaissement des paiements d'honoraires sur son activité libérale.

- Régie d'avances (coffre)

Tout patient hospitalisé de manière programmée ou en urgence peut, si il le souhaite, déposer tout élément de valeur dans un coffre. Les personnels donnent ces éléments au secteur « hospitalisation ».

Les éléments mis au coffre sont inscrits dans un cahier dédié (main courante). Un document de suivi est laissé au patient et une copie à l'équipe du service de soins.

Les éléments sont rendus au patient contre une signature et pièce d'identité à l'appui. Si le patient part sans récupérer ses documents, un courrier lui est envoyé.

Il existe d'autres activités que l'activité de régie plus diffuses.

L'accueil et l'orientation – Eléments illustratifs

Les différentes informations sur l'orientation interne (hospitalisation et consultations) :

- Hôtellerie (téléphone – audiovisuel)
- Toilettes
- Téléphones
- Orientation des usagers lors de visites (numéros de chambre)

Les déclarations d'état civil complétées avec les familles puis envoyées aux mairies concernées (naissance et décès)

Il s'agit de formulaires complétés à l'aide des livrets de famille puis envoyés aux mairies. S'agissant des naissances, chaque jour, un agent du service monte en maternité afin de recueillir les naissances.

En cas de décès, les opérations administratives sont réalisées en collaboration avec les familles qui sont reçues dans le service, ce sans pour autant bénéficier d'un espace privatif.

Les appels des ambulances et taxis pour la gestion des sorties (sur le principe de rotation des fournisseurs)

Les documents clefs

Éléments de facturation liés à l'activité d'orthogénie : tarifs individuels

Nouvelle mise à jour du 16 avril 2008

Bureau des Admissions - S.P



CENTRE HOSPITALIER DE VILLEFRANCHE SUR SAONE

ACTIVITE D'ORTHOGENIE

UF 367

TARIF DE L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

Madame, Mademoiselle [REDACTED] SERVICE : *Ambulatoire*
 entrera le *02/07/2008* née le : *6/12/1978*
 sortira le *02/07/2008*

Description	Code	100%	20%	X
MODE MEDICAMENTEUX (tarif inchangé - Arrêté du 23/07/2004)				
Forfait pour l'interruption volontaire de grossesse par mode Médicamenteux	AMF	257,91 €	51,58 €	X
MODE INSTRUMENTAL (tarifs applicables au 16 avril 2008 - Arrêté du 4 avril 2008)				
Forfait pour une IVG sans anesthésie pour une durée égale ou inférieure à 12 H	IMD	228,46 €	45,69 €	
Forfait pour une IVG avec anesthésie pour une durée égale ou inférieure à 12 H	AMD	286,06 €	57,21 €	
Forfait pour une IVG sans anesthésie pour une durée comprise entre 12 H et 24 H	IPD	272,12 €	54,42 €	
Forfait pour une IVG avec anesthésie pour une durée comprise entre 12 H et 24 H	APD	329,72 €	65,94 €	
Forfait pour 24 H supplémentaires d'hospitalisation	FJS	43,73 €	8,75 €	

Cadre réservé au Régisseur
 somme réglée par l'assurée.

CENTRE HOSPITALIER
 69655 VILLEFRANCHE S/SAONE
 Acquitte, *30/6/08* *pour che pure*
 Le Régisseur des Recettes

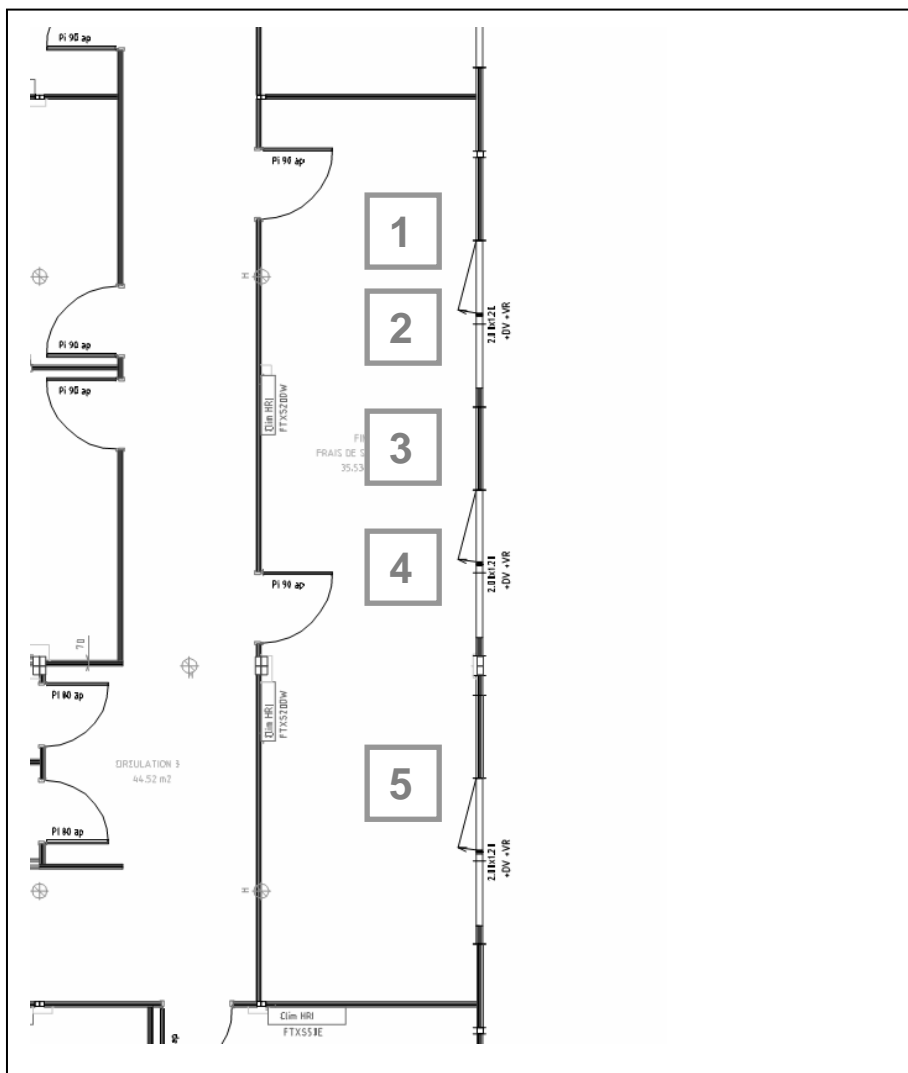
RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

Avant l'intervention, vous devez régler la facture à l'accueil du Bureau des Entrées
 N'oubliez pas d'apporter :
 votre carte vitale (ou attestation CMU) à jour,

C.H. VILLEFRANCHE							Encaissements						
RESULTAT DE PERIODE - Période du mardi 01 janvier 2008 au jeudi 31 janvier 2008													
LIEU : Sections : 02													
SERVICE(S) :													
Le 02/02/2008							Etat Encaissements - Page 2						
Modes de règlements		C.B. EURO		Chèque EURO		Espèces EURO						TOTAUX	
Organismes / Sections		Qt	Montant	Qt	Montant	Qt	Montant	Qt	Montant	Qt	Montant	Qté	Montant
APPRO							APPROVISIONNEMENTS						
01 CH VILLEFRANCHE													
02 REGIE		300	10 730,00	204	7 020,00	28	900,00					532	18 650,00
Total sur l'organisme		300	10 730,00	204	7 020,00	28	900,00					532	18 650,00
TOTAL APPROVISIO		300	10 730,00	204	7 020,00	28	900,00					532	18 650,00
REMB.							REMBOURSEMENTS						
01 CH VILLEFRANCHE													
02 REGIE		0	0,00	8	-65,46	0	0,00					8	-65,46
Total sur l'organisme		0	0,00	8	-65,46	0	0,00					8	-65,46
TOTAL REMBOURS		0	0,00	8	-65,46	0	0,00					8	-65,46
TOTAL GENERAL		300	10 730,00	212	6 954,54	28	900,00					540	18 584,54

Le secteur « facturation frais de séjour »

Plan du site



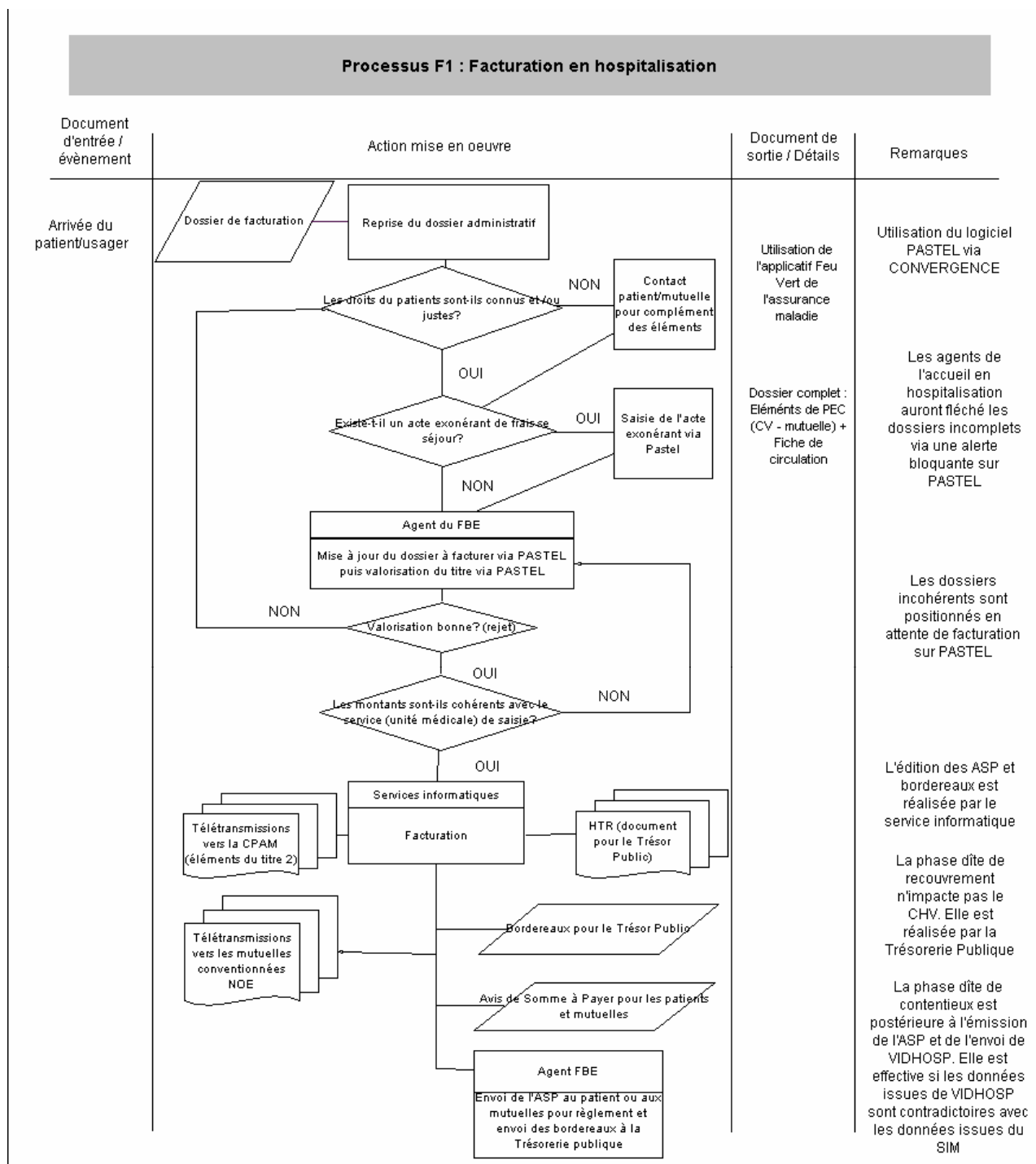
Présentation des postes de travail :

Les postes sont propres à chaque agent. Chaque agent gère la facturation en fonction de l'orthographe des noms des patients :

Agent 1	B	D	U				
Agent 2	C	I	J	M	Q		
Agent 3	A	E	K	O	T	Y	Z
Agent 4	F	H	L	N	R	V	X
Agent 5	G	P	S	W			

L'objectif est d'assurer une répartition équitable en volume entre les agents, selon la quotité de temps de travail, des dossiers à facturer.

Le processus clef



De manière ponctuelle, les agents assurent les relations directes avec les régimes spéciaux (gendarmes, invalides de guerre et anciens combattants,...).

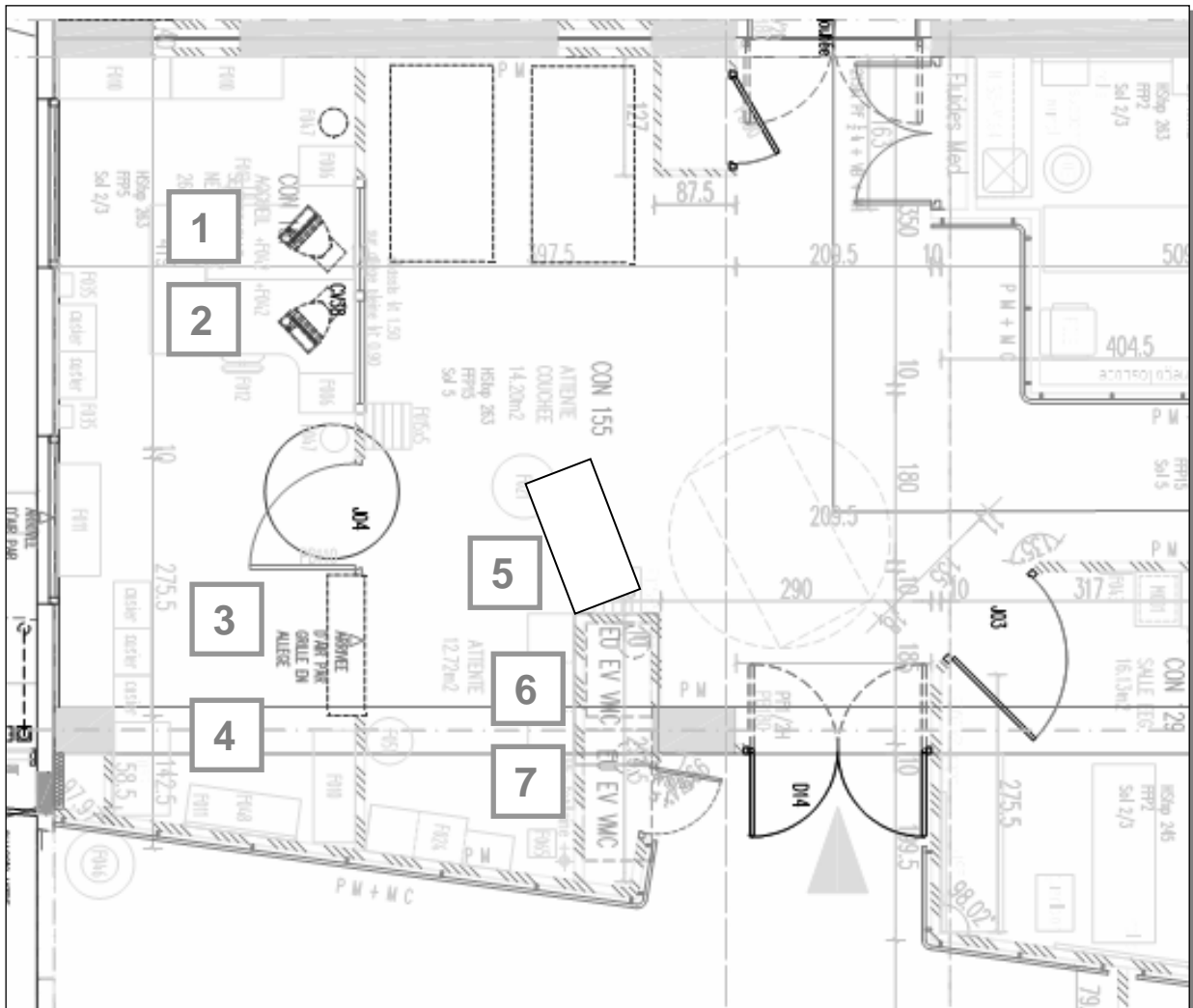
Les agents sont en lien avec les CPAM et les mutuelles.

Commentaires et échanges :

« Le dispositif Feu Vert est lent et souvent inaccessible alors que c'est un élément important ». « Les relations avec les CPAM sont parfois difficiles car les services ne sont pas très joignables ».

Le service « accueil et facturation - consultations et soins externes »

Plan du site :



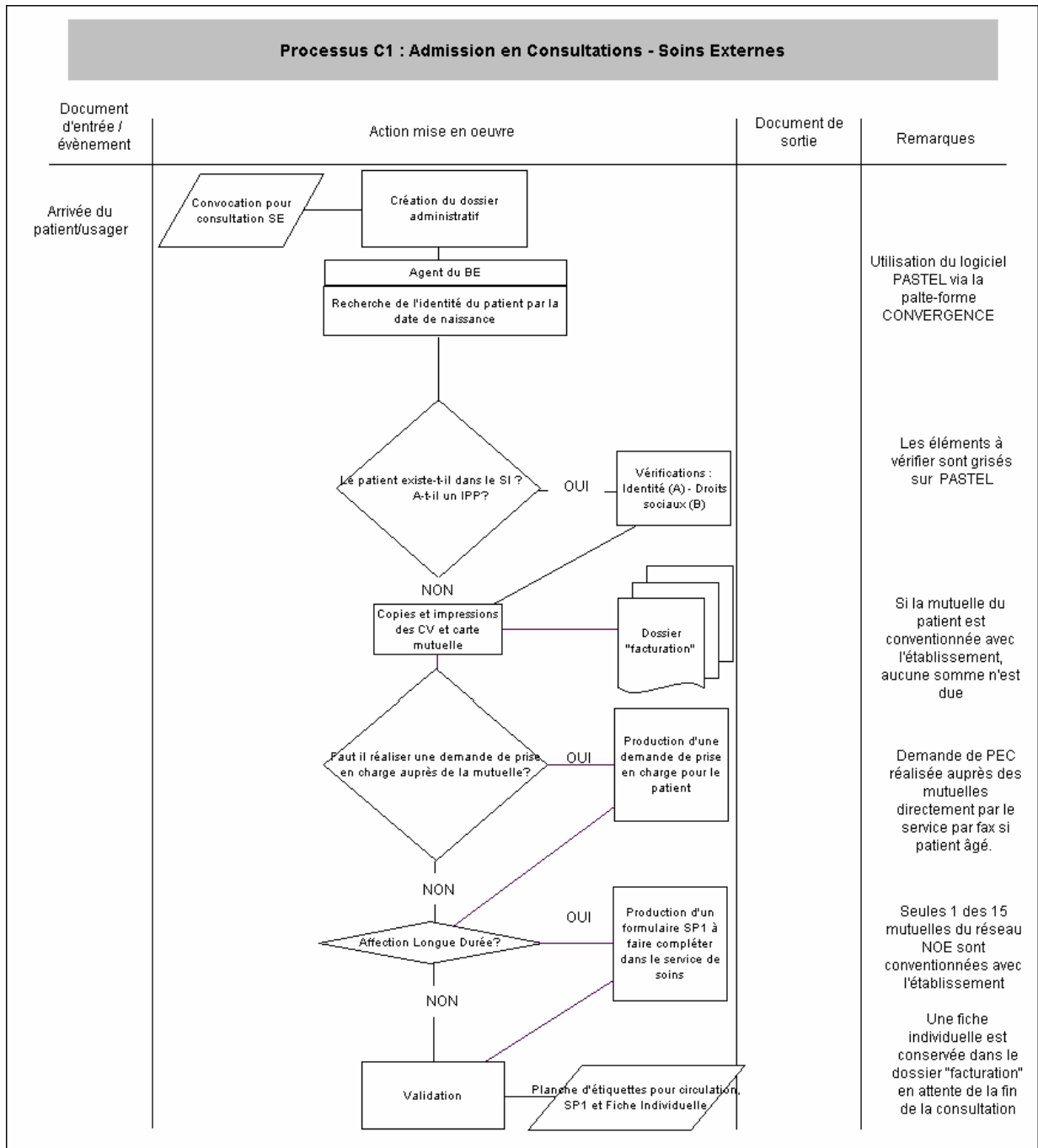
Présentation des postes de travail :

1 / 2 / 3 / 4 : Gestion des dossiers en attente de documents (carte mutuelle ou autre / Appels téléphoniques) ou en contentieux

5 / 6 / 7 : Poste d'accueil des visiteurs et d'encaissement (régie)

Tous les postes ne sont pas couverts simultanément. Selon le flux de patient et le nombre de personnes présentes, deux ou trois guichets sont ouverts.

Les processus clefs

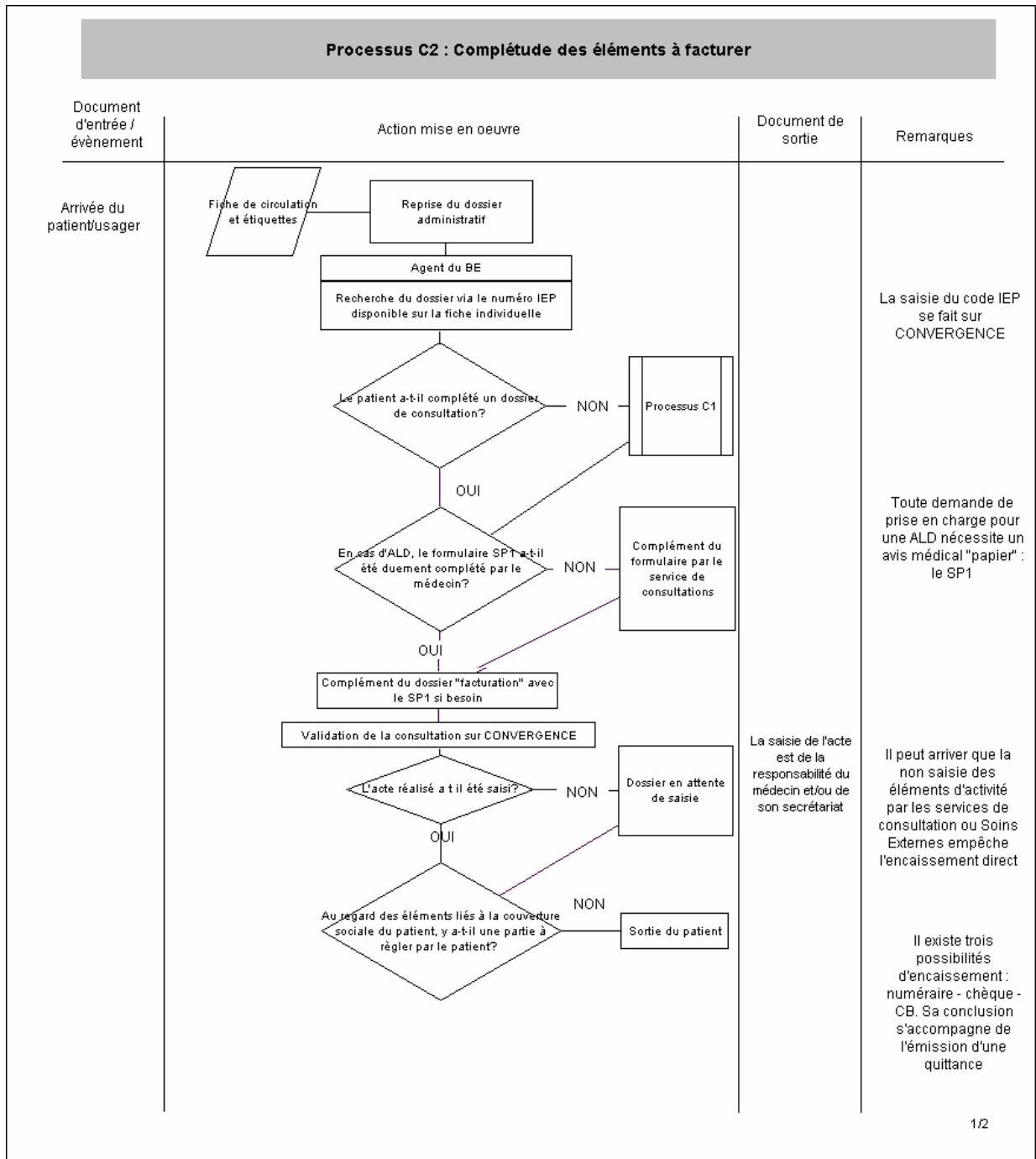


Commentaires et échanges :

« Il existe une polyvalence réelle entre les agents. » « Le flux est très concentré en début de demi-journée. »

« Tous les patients ne viennent pas systématiquement avec leurs éléments de sécurité sociale et de complémentaire. Il faut souvent rappeler le principe de la CV au moins à chaque venue ».

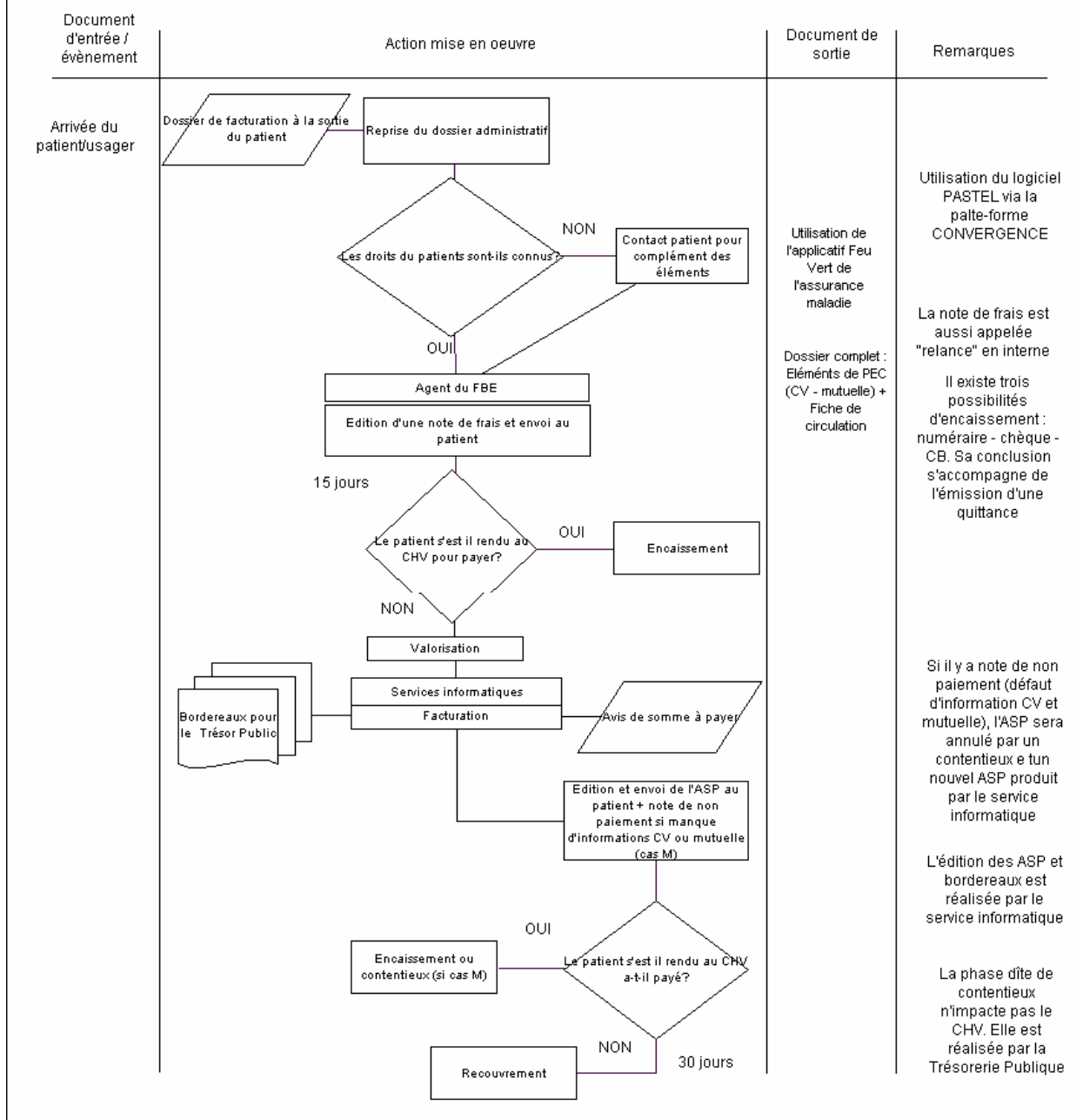
Processus C2 : Complétude des éléments à facturer



Processus C2 : Complétude des éléments à facturer

Document d'entrée / évènement	Action mise en oeuvre	Document de sortie	Remarques
	<pre> graph TD A{Au regard des éléments liés à la couverture sociale du patient, y a-t-il une partie à régler par le patient?} -- NON --> B[Sortie du patient] A -- OUI --> C[Valorisation du dossier : calcul du restant à payer pour encaissement] C --> D[/Edition d'une quittance pour le patient/] </pre>	<p>3 mode de paiement : numéraire / chèque / carte de crédit</p>	<p>Chaque étape renvoie à un écran du logiciel PASTEL</p> <p>2/2</p>

Processus C3 : Facturation et encaissement



Commentaires et échanges :

En dehors du processus de la facturation, le service réalise d'autres activités :

- Saisie administrative de l'activité réalisée par le SAMU ;
- L'activité de gestion de leur régie propre (envoi des éléments perçus via les titres à la TP) ;
- Accueil et orientation des patients ;
- Reprise de l'activité de pédiatrie.

« On ne se sent pas considérées par les services de soins que l'on contacte parfois pour des problèmes de saisie des actes ». « On passe beaucoup de temps à gérer des contentieux et les ASP pour vérifier leur exactitude. Cela prend du temps et de l'énergie ».

Il est à noter que le service a connu un déménagement temporaire. De fait, les conditions de travail sont moyennes. Cela a pu influencer sur la qualité des échanges.

Les documents clefs :
La fiche individuelle de circulation



FICHE DE CIRCULATION EXTERNES
Le 13/09/2008

IEP : [REDACTED]

Date Admission : 10/09/2008
Gestionnaire : GEST : GE

Patient :

Nom Marital / Nom : [REDACTED]
Date Naissance : [REDACTED]
Adresse : [REDACTED]
69400 VILLEFRANCHE SUR SAONE FRANCE
Téléphone : [REDACTED]

Prénom : BASMA
Pays Naissance : (TUNISIE)

Numéro de Sécu : N° SS : [REDACTED]

Débiteur :

Code Débiteur : [REDACTED]
Adresse Débiteur : Sécurité sociale 169250
127 BD GAMBETTA
Code Postal : 69665 VILLEFRANCHE S/S
CEDEX

Nom : 016924938 CPAM VILLEFRANCHE

Fin de droit :

Employeur :

Débiteur 2 : → Aide médicale 669966

→ payant

CS + DEG

013740666 E 0238
[REDACTED]
09/05/1987 F

013740666 E 0238
[REDACTED]
09/05/1987 F

013740666 E 0238
[REDACTED]
09/05/1987 F

013740666 E 0238
[REDACTED]
09/05/1987 F

013740666 E 0238
[REDACTED]
09/05/1987 F

013740666 E 0238
[REDACTED]
09/05/1987 F

013740666 E 0238
[REDACTED]
09/05/1987 F

013740666 E 0238
[REDACTED]
09/05/1987 F

013740666 E 0238
[REDACTED]
09/05/1987 F

013740666 E 0238
[REDACTED]
09/05/1987 F

013740666 E 0238
[REDACTED]
09/05/1987 F

013740666 E 0238
[REDACTED]
09/05/1987 F

013740666 E 0238
[REDACTED]
09/05/1987 F

013740666 E 0238
[REDACTED]
09/05/1987 F

013740666 E 0238
[REDACTED]
09/05/1987 F

013740666 E 0238
[REDACTED]
09/05/1987 F


La quittance de paiement

 <p>CENTRE HOSPITALIER DE VILLEFRANCHE S/SAÔNE Bureau des Consultations Externes BP 436 - 69655 Villefranche Cedex Tél : 04 74 09 25 46 - Fax : 04 74 09 25 40 Internet : www.ch-villefranche.fr E-Mail : direction@ch-villefranche.fr</p>	<p>QUITTANCE Le 13/09/2008</p>
--	---


PAIEMENTS EXTERNES
CONSULTATIONS EXTERNES
TEL : 04-74-09-25-46


69380 CHATILLON

Quittance N° 005145

La caisse N° 008 a reçu le 13/09/2008 de  la somme de 6,90 Euros
régulée en Cheque bancaire pour le paiement des soins externes du patient suivant :


69380 CHATILLON

Numéro de dossier : 013747520
Numéro de sécurité sociale : 

Détail du paiement

Date	UF	Médecin	Code	Coef/Qté	P. Unit.	Taux	Montant
12/09/2008	0441	691087571	CS	1	23,00	30	6,90

Montant total des actes : 6,90 Euros

VILQTTPEXP

13/05/2004

Le SP1 pour les ALD (formulaire de recueil de l'information)

Attestation relative au motif médical de l'hospitalisation ou de la consultation externe pour un malade atteint de l'une des 30 affectations mentionnées par le décret du 31 décembre 1986

Gestionnaire: MT

Nom : ██████████
Nom de jeune fille : ██████████
Prénom : FABRICIA
Date de naissance : 20/10/1969
N° permanent : ██████████
N° d'entrée : ██████████
Date d'entrée : 22/06/2008
Etiquette à coller

VOLET 1

A retourner au bureau
des admissions

Pour les malades atteints d'une affection de longue durée qui ne bénéficient pas de l'exonération du ticket modérateur à un autre titre, les décrets du 31 décembre 1986 limitent le champ de l'exonération du ticket modérateur aux soins concourant au traitement propre de l'affection de longue durée, à l'exclusion des autres soins.

L'affection de longue durée s'entend de l'une des 30 affections mentionnées par le décret n°86-1380 du 31 décembre 1986, dont la liste figure au verso du 2ème volet du précédent imprimé.

Afin de respecter le secret médical, le présent imprimé de liaison est destiné à vous permettre d'attester, s'il y a lieu, que l'hospitalisation ou la consultation externe est motivée par le traitement de l'une des affections de longue durée ouvrant droit à l'exonération du ticket modérateur.

J'atteste que l'hospitalisation dans mon service du patient ci-dessus désigné est motivée par le traitement de l'une des 30 affections mentionnées par le décret n°86-1380 du 31 décembre 1986.

OUI

Date : 23/06/2008

NON

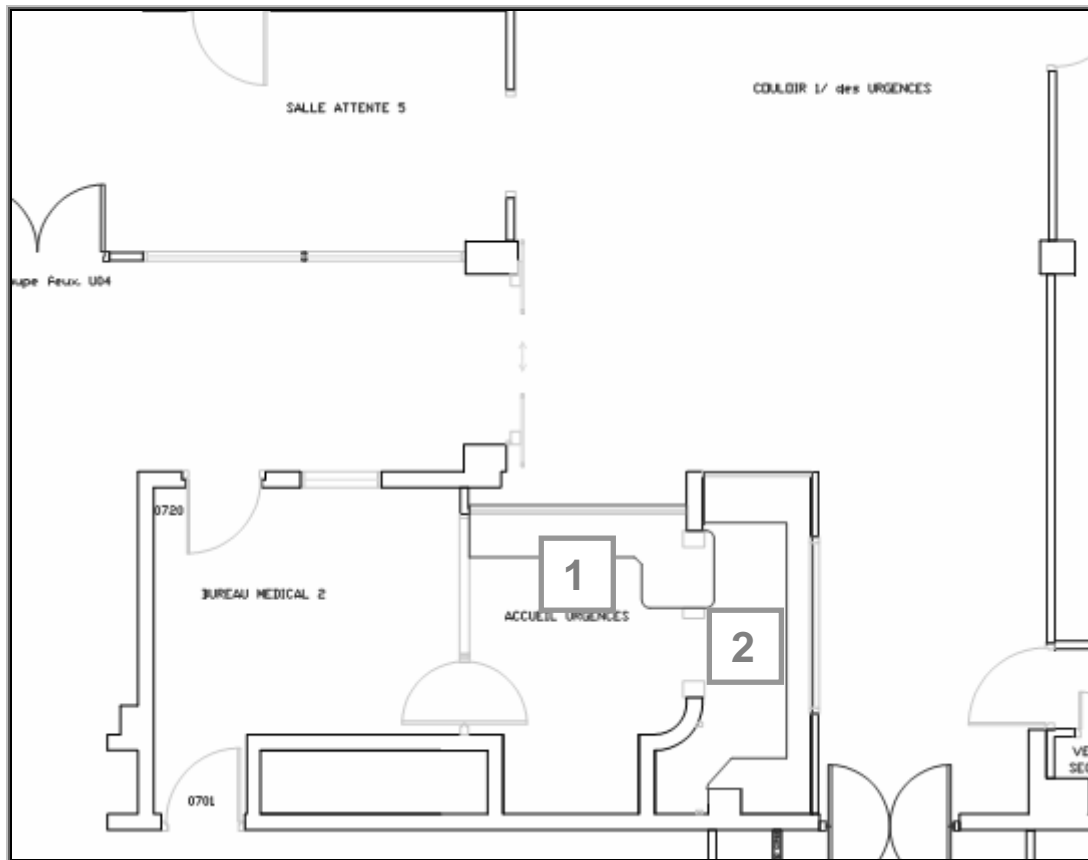
Unité :
0348
NEUROVASCUL.SOINS IN

Nom du médecin chef de service :

Signature et cachet :



Plan du site

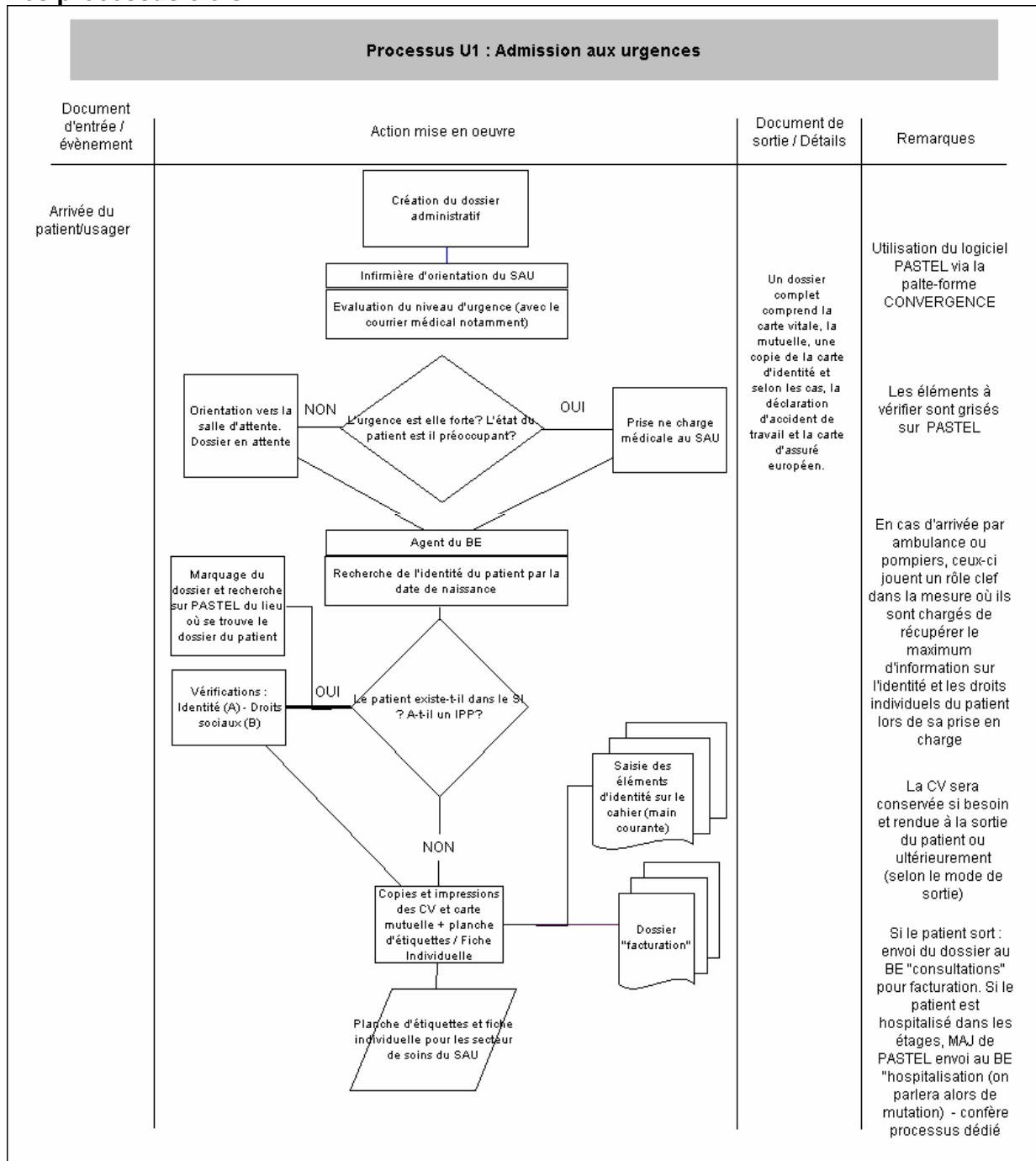


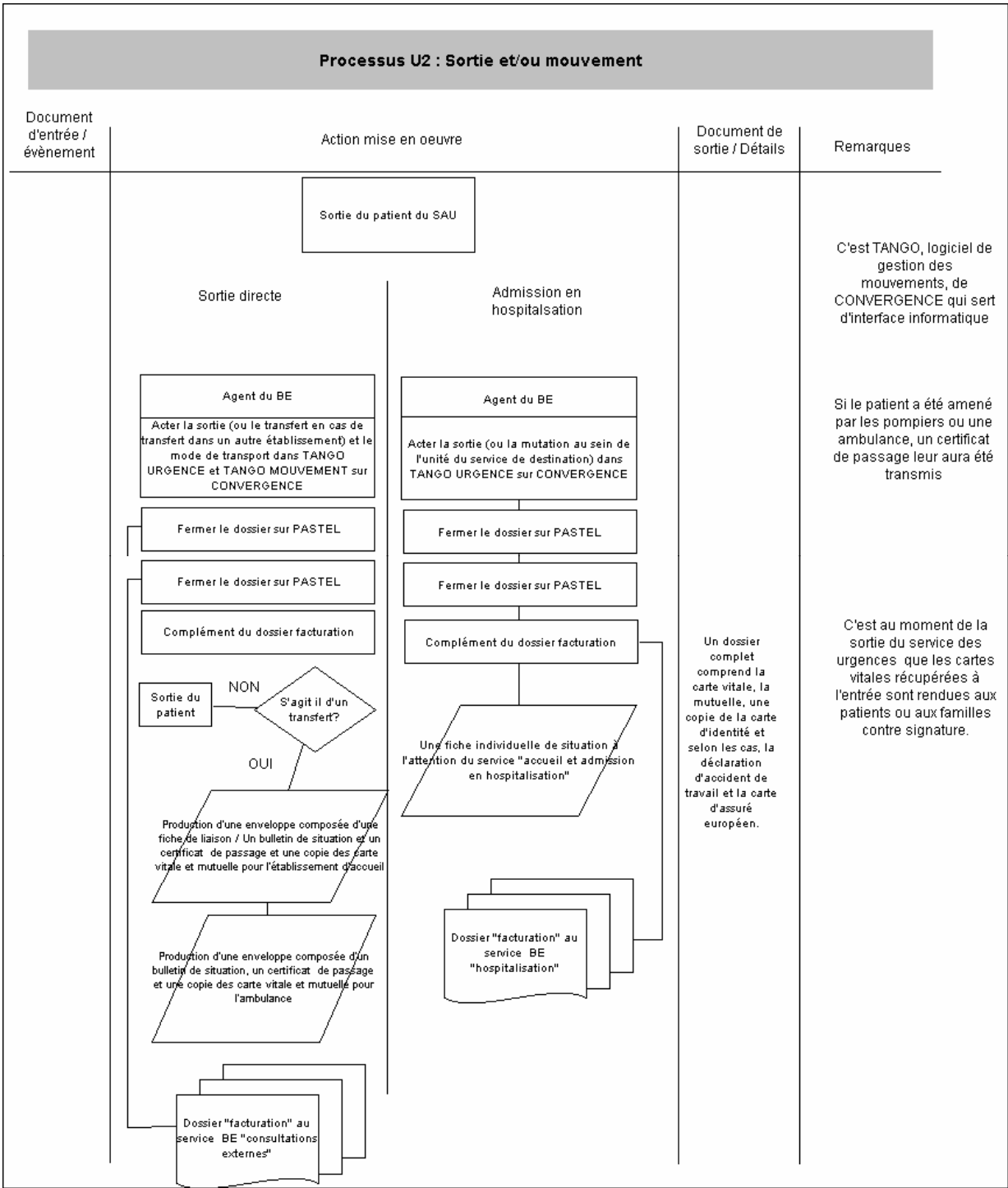
Présentation des postes de travail :

1 : Poste en « front office », d'accueil et de constitution des dossiers d'admission et renseignement des usagers.

2 : Poste de « back office » transformable en « front office » autant que de besoin, selon le flux de patients. Enregistrement des mouvements / sorties / transferts

Les processus clés :





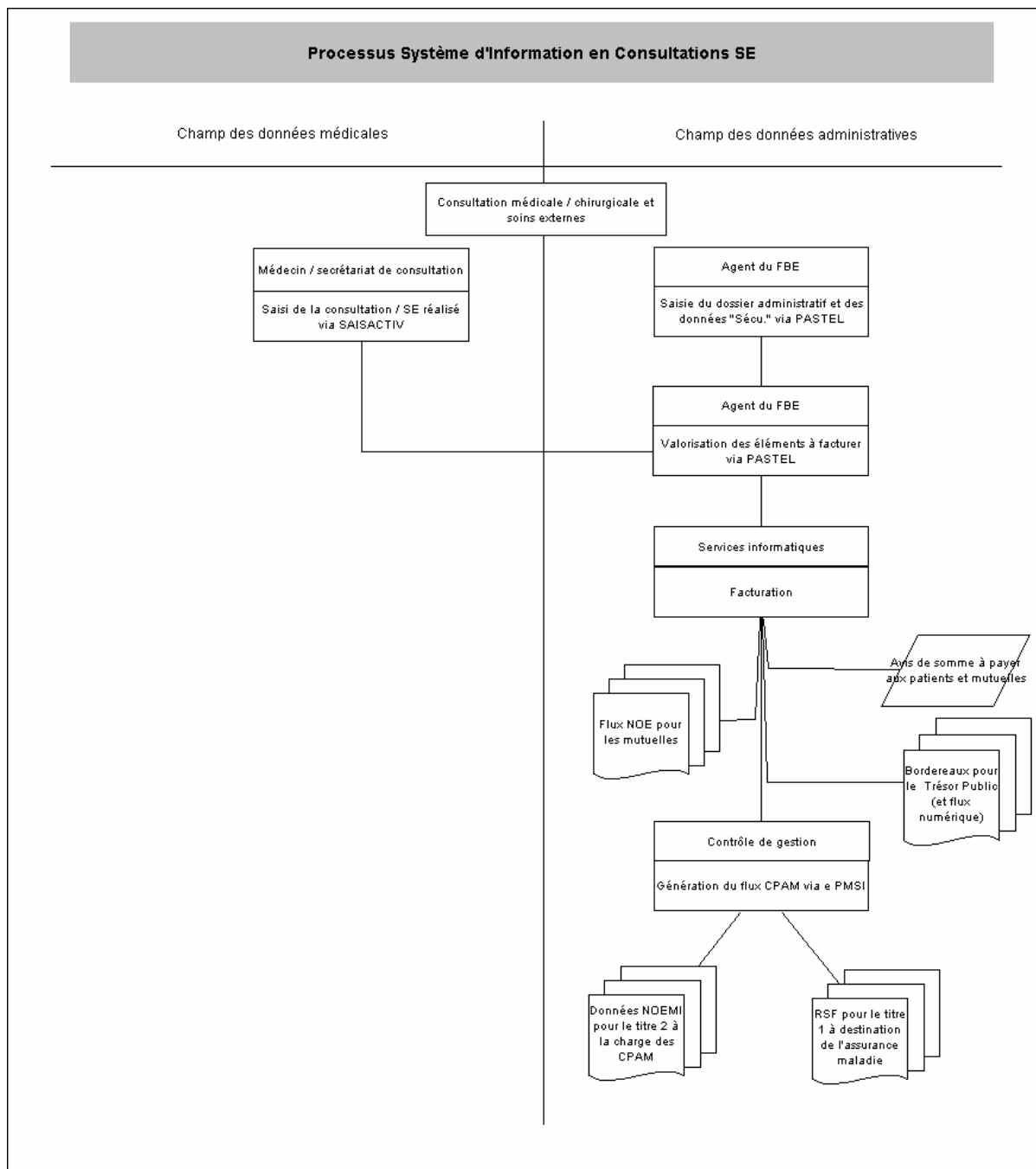
Commentaires et échanges :

On ne fait ici que de l'admission. On ne clôture que rarement les dossiers. Il n'y pas de facturation.

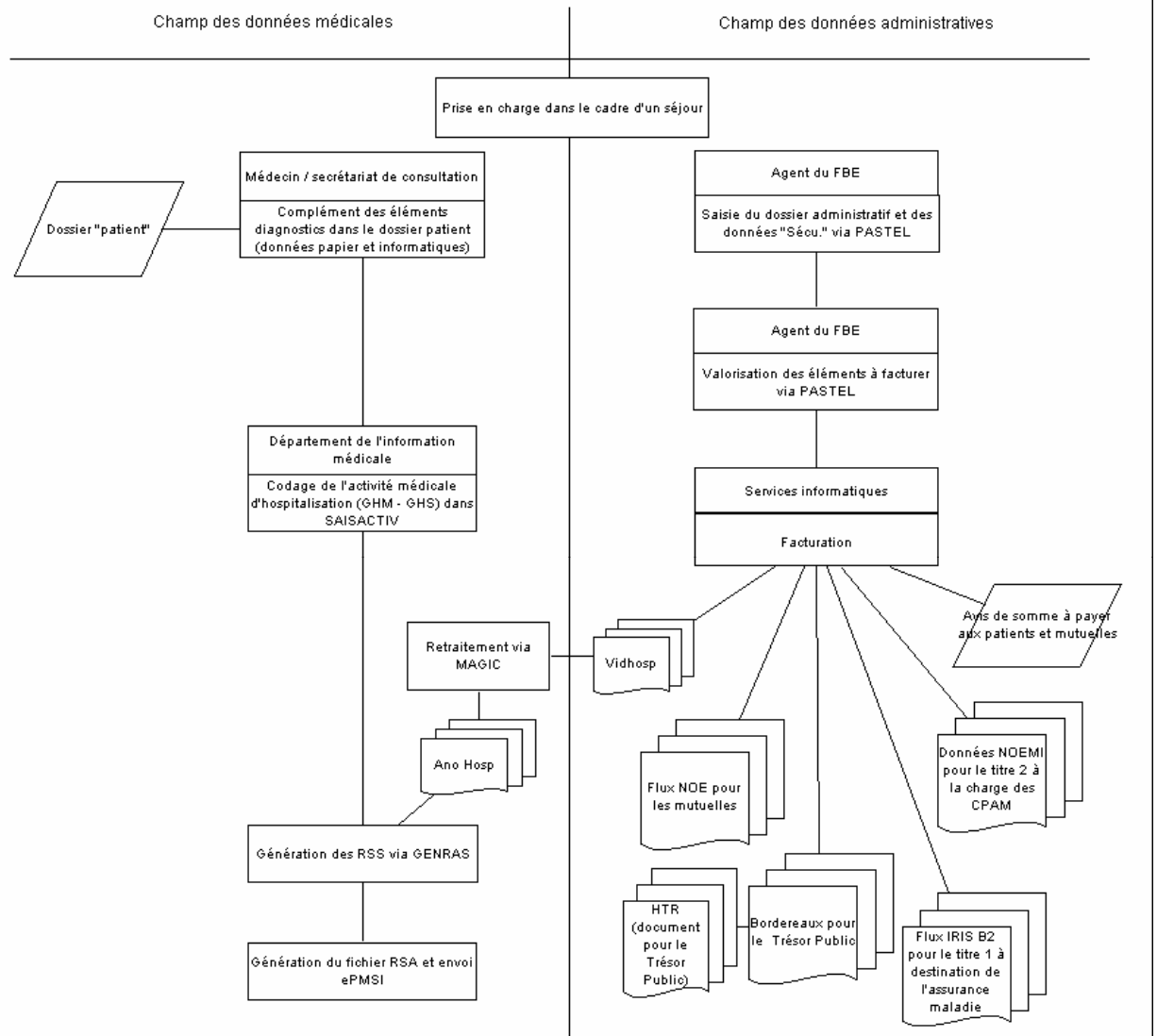
Les conditions de travail et les spécificités du secteur des urgences pèsent sur les personnels qui ont le sentiment de devoir amortir la tension des patients.

« Les urgences sont aussi une porte d'entrée de l'hôpital. On y fait beaucoup d'accueil, pas seulement pour les urgences. »

Les processus liés au système d'information (RSF – Vidhosp)



Processus Système d'Information Hospitalisation

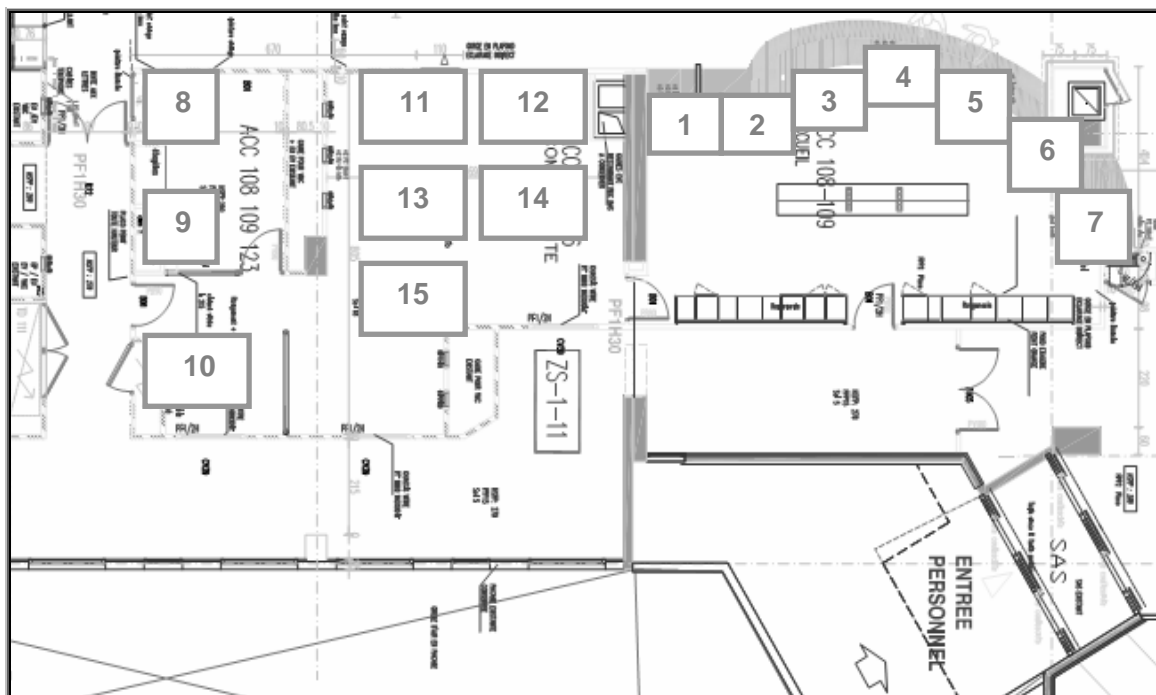


L'envoi à la caisse pivot du fichier RSA via ePMSI finalise la demande de versement à la caisse pivot. Le fichier RSA est un condensé de données médicales et administratives anonymisées. Si le dossier médical est complet il y a versement d'au moins 80% du séjour, même si des erreurs ou incohérences sont identifiées par ailleurs. Avec la facturation directe, si le dossier médical est incomplet ou faux, si les données administratives sont incomplètes ou fausses ou si le chaînage entre les données administratives et médicales (cohérence) est mauvais, il n'y aura aucun versement et on entrera, titre par titre dans une démarche de contentieux avec la caisse pivot.

Annexe 6 : Méthodologies générales de mise en œuvre des améliorations proposées

Des opportunités d'évolutions organisationnelles à saisir	La création d'un échelon managérial intermédiaire (4 mois)		
	ETAPES	ACTEURS	FAISABILITE (De 1 à 3)
	Recensement des activités	Stéphane Plazanet (SP - Responsable du BE) / DAF / DRH	1
	Définition des profils de poste	SP / DAF / DRH	1
	Publication du poste au choix	DRH / Ministère	1
	Recrutement	DRH / DAF	1
	L'organisation de la future borne d'accueil FBE hospitalisation et soins externes (1 an)		
	ETAPES	ACTEURS	FAISABILITE (De 1 à 3)
	Création d'un groupe travail restreint	Equipe FBE / SP / Dir. Travaux & achats	1
	Echanges à partir des plans et projets pour création d'un cahier des charges des besoins (coût) et calendrier	Equipe FBE / SP / Dir. Travaux & achats / Animation par SP	1 (besoin d'un accompagnement méthodologique du directeur des finances échéance à mars 2009)
Validation et arbitrage par la DAF			
Mise en œuvre (achats, création des supports de communication, étude du besoin)	SP / équipe FBE / Société ES2I (fournisseur appel patient)	2 (dépendant des budgets et de l'avancement des travaux liés au plateau technique)	
Des outils techniques et budgétaires à imaginer	Renforcer les outils de pilotage budgétaire (6 mois)		
	ETAPES	ACTEURS	FAISABILITE (De 1 à 3)
	Réflexion sur les exigences liées à la future organisation	SP / DIM / Contrôle de gestion et/ou ressource externe Pilotage DAF	1
	Elaboration des tableaux de bord de pilotage "cible"		1
	Elaboration du calendrier de production des requêtes BO		2 (Choix de l'intervention d'un expert BO sur le sujet décisif car non disponible en interne)
	Modifier certains processus techniques		
	<i>Le processus d'admission</i>		
	ETAPES	ACTEURS	FAISABILITE (De 1 à 3)
	Définition de la demande auprès du prestataire externe par l'établissement : Elaboration technique (DAF / Services informatique) Envoi par la DAF	SP / Services informatique / MIPIH	2 (collaboration à améliorer avec le service informatique)
	Définition du besoin avec le MIPIH		1 (besoin identifié et clair)
	Production et implantation par le MIPIH sur PASTEL CONVERGENCE		3 (MIPIH difficilement mobilisable - la dimension tarifaire et technique n'est pas maîtrisée)
	<i>Facturation en consultation et soins externes</i>		
	ETAPES	ACTEURS	FAISABILITE (De 1 à 3)
	Réflexion sur les exigences liées à la future organisation	SP / DIM / Contrôle de gestion et/ou ressource externe Pilotage DAF	1
	Elaboration des tableaux de bord de pilotage "cible"		1
	Elaboration du calendrier de production des requêtes BO		2 (Choix de l'intervention d'un expert BO sur le sujet décisif car non disponible en interne)
	<i>Externaliser certaines parties de processus « annexes »</i>		
	ETAPES	ACTEURS	FAISABILITE (De 1 à 3)
	Etude des processus avec l'équipe FBE	Equipe FBE / SP	1 (présentation et échanges sur le cout RH et autre lié à chaque processus)
	Etude de coût sur les activités PEC et mise sous pli	SP	1
	Validation et arbitrage par la DAF	DAF	1 (nécessité de bien estimer le chiffrage, l'impact organisationnel et les économies potentielles)
	Mise en œuvre des actions	SP	Impossible à définir à ce jour - idem pour le calendrier global
	Transformer les processus en procédures et générer de la compétence		
	ETAPES	ACTEURS	FAISABILITE (De 1 à 3)
	Recensement des activités, des textes réglementaires et benchmark auprès des services FBE de la région	SP	1 (réseau pré existant)
	Constitution des différents éléments composant le RI du FBE	Equipe FBE / DIM / Identito vigilance / SP	2 (animation d'un groupe de travail - 3 à 4 réunions de deux heures)
	Validation et arbitrage par la DAF	DAF	1 - 2 (fonction des thèmes abordés)
	Communication	SP / Communication	1 (moyens de communication à prévoir)
Constituer un réseau sur la thématique			
ETAPES	ACTEURS	FAISABILITE (De 1 à 3)	
Listes les processus à dimension collective - les compétences clefs de chaque processus - identifier les partenaires selon leur degré d'implication	SP	1	
Définir les groupes de travail par thème (objectifs - composition - fréquence)	SP	1	
Invitation / convocation et administration	SP / DAF	2 (selon le nombre et la densité des différents groupes)	

Annexe 7 : Plans de la future borne d'accueil en hospitalisation et consultations



Présentation des postes prévisionnels de travail :

1 - 7 : Poste d'accueil des visiteurs, admission et clôture des dossiers, production de documents administratifs (avec une organisation par file d'attente à construire)

8 : Poste d'encadrement de proximité (animation et gestion s'équipe – suivi de l'activité quotidienne)

9 - 15 : Poste de facturation en soins externes et consultations – gestion des contentieux et dossiers incomplets – demandes de PEC – fin de séjour

Au sein des postes 9 à 15, il paraît nécessaire de créer une équipe dédiée au retraitement des rejets CPAM dans le cadre de la facturation directe.

Cette unité de deux personnes au moins devra collaborer avec les TIM et médecins DIM de l'établissement. L'hypothèse d'une équipe commune est à étudier.