



**EHESP**

---

**Directeur d'hôpital**  
Promotion : **2011 - 2013**  
Date du Jury : **Décembre 2012**

---

**L'OPTIMISATION DE LA CHAÎNE  
DE FACTURATION DES ACTIVITES DE  
SOINS  
A L'HÔPITAL D'INSTRUCTION DES  
ARMEES PERCY(CLAMART)**

---

**Mourad EL HENI**

---

## **R e m e r c i e m e n t s**

---

Avant tout, je tiens à remercier le Médecin Général Inspecteur Christian PLOTTON, médecin-chef de l'HIA Percy, pour les excellentes conditions d'accueil qu'il m'a offert durant mon stage.

Je remercie aussi chaleureusement mon maître de stage le Colonel LE NEZET Christian, gestionnaire de l'HIA Percy, pour son accompagnement dans la réalisation de ce mémoire et son aide précieuse pendant tout le stage.

Je remercie également ma Directrice de mémoire, le Capitaine CARTAUD Natalie, la chef de service hospitalisation et soins externes, pour sa disponibilité ainsi que ses conseils et encouragements prodigués pendant la totalité de mon étude.

J'adresse mes sincères remerciements aux membres de l'équipe de direction de l'hôpital ainsi que tout le personnel, pour leur soutien généreux et chaleureux tout au long de ce travail et pour ce que j'ai pu apprendre auprès d'eux durant ces mois de stage.

Enfin, un grand Merci à ma femme, mes deux enfants, qui ont supporté mon absence dans un contexte parfois difficile en Tunisie. Et je ne pourrais jamais assez remercier toute ma famille proche, et particulièrement mon père, ma mère, mon beau-père et ma belle-mère, qui m'ont soutenu en toutes circonstances.

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>I- LE NOUVEAU MODE DE FINANCEMENT ET SON APPLICATION PAR LE SSA MET LA CHAINE DE FACTURATION EN PRIORITE DANS LE PLAN D’ACTION DE LA DCSSA .....</b>	<b>5</b>
I.1. UNE CROISSANCE DES DEPENSES ET UN NOUVEAU MODE DE FINANCEMENT .....	5
I.2. LE FINANCEMENT EN T2A.....	6
I.3. LA LOGIQUE T2A PLACE LA PROBLEMATIQUE DE L’OPTIMISATION COMME UNE PRIORITE.....	7
I.4. LES HIA ET L’APPLICATION DE LA TARIFICATION A L’ACTIVITE .....	8
I.5. LE NOUVEAU SYSTEME DU FINANCEMENT ET LA NECESSITE D’UNE CHAINE DE FACTURATION PERFORMANTE POUR UN HOPITAL QUI S’ADAPTE PROGRESSIVEMENT A LA REFORME DE LA T2A.....	9
I.6. LE RAPPORT DE LA COUR DES COMPTES, LE PLAN D’ACTION ET SON SUIVI .....	12
<b><i>I.6.1 Le rapport de la cour des comptes .....</i></b>	<b><i>12</i></b>
▪ Les idées fortes des critiques et recommandations faites par la cour des comptes .....	12
▪ Position du service de santé sur les différentes observations .....	13
<b><i>I.6.2 La chaîne de facturation une priorité dans le plan d’action de la DCSSA .....</i></b>	<b><i>14</i></b>
<b><i>I.6.3 La note n°424 organise la fonction d’administration des patients et de la chaîne de facturation ..</i></b>	<b><i>16</i></b>
<b><i>I.6.4 L’audit interne et la vérification de la bonne prise en compte de la note 424 par le DAISSA. ....</i></b>	<b><i>17</i></b>
<b>II- L’ANALYSE ET L’EVALUATION DE PROCESSUS REVELE L’EXISTENCE DE RISQUES SOURCES DE DIFFICULTE ET UN FREIN AU FONCTIONNEMENT OPTIMAL DE LA CHAINE. 19</b>	
II.1. ANALYSE DE PROCESSUS .....	19
<b><i>II.1.1 Les différents acteurs et leur interdépendance .....</i></b>	<b><i>19</i></b>
<b><i>II.1.2 Les objectifs : un moyen de cadrage .....</i></b>	<b><i>23</i></b>
<b><i>II.1.3 Le processus et les problèmes rencontrés .....</i></b>	<b><i>24</i></b>
II.2. L’EVALUATION ET LE SUIVI DE PROCESSUS.....	31
<b><i>II.2.1 Le rapport du DAISSA : des points faibles qui touchent l’organisation, les objectifs et les activités .....</i></b>	<b><i>31</i></b>
<b><i>II.2.2 Les éléments de suivi et de pilotage au sein de l’HIA Percy .....</i></b>	<b><i>33</i></b>
▪ Le COPIL T2A .....	33
▪ L’ensemble de suivis autour de la facturation.....	34
II.3. L’INTEGRATION DES ELEMENTS SOULIGNES PAR LE DAISSA A L’IDENTIFICATION DES RISQUES RELIES A LA CHAINE DE FACTURATION-RECouvreMENT .....	35
<b><i>II.3.1 Méthode d’identification et cotation des risques .....</i></b>	<b><i>35</i></b>
<b><i>II.3.2 Cartographie des risques actuels.....</i></b>	<b><i>35</i></b>
<b><i>II.3.3 Un diagramme des flux de la chaîne de facturation-recouvrement pour identifier les tâches où le risque est important .....</i></b>	<b><i>40</i></b>
<b><i>II.3.4 Quel degré de performance pour la chaîne de facturation-recouvrement de l’HIA Percy ?.....</i></b>	<b><i>41</i></b>

### III- L'ENQUETE DE TERRAIN POUR DEGAGER LES AXES D'OPTIMISATION ENVISAGEABLES

43

III.1. L'ENQUETE DE TERRAIN .....	43
<b>III.1.1 Les hypothèses de recherche</b> .....	43
<b>III.1.2 Les méthodes de travail</b> .....	44
<b>III.1.3 Les limites de la méthode de travail</b> .....	45
<b>III.1.4 Les résultats de l'enquête dégagent une nécessité d'optimisation</b> .....	45
▪ Méthode d'interprétation des résultats .....	45
▪ Les résultats selon les axes d'étude.....	45
III.2. LES AXES D'OPTIMISATION ENVISAGEABLES .....	47
<b>III.2.1 L'amélioration des outils de pilotage vers plus d'efficience</b> .....	47
▪ Elargir le champ de manœuvre du COPIL T2A .....	47
▪ Désigner un pilote du processus de facturation-recouvrement.....	49
▪ Développer et communiquer les tableaux de bord .....	50
<b>III.2.2 La circulation de l'information : une condition indispensable au fonctionnement optimal de la chaîne</b> .....	51
▪ Améliorer la fluidité de la circulation d'information .....	52
▪ Améliorer la communication par la coordination interservices et la formalisation des procédures.....	52
<b>III.2.3 Des ajustements organisationnels nécessaires</b> .....	53
▪ Une mise à jour documentaire permet de clarifier les tâches .....	53
▪ Mettre en place une cellule qualité de la facturation .....	54
▪ Favoriser la polyvalence entre poste agent accueil et agent facturation .....	55
▪ Créer des procédures à partager par l'ensemble des acteurs .....	56
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>57</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

<b>ACZIA</b>	Agence Comptable des Services Industriels de l'Armement
<b>ALD</b>	Affection Longue Durée
<b>AM</b>	Assurance Maladie
<b>AMADEUS</b>	Application Médico-Administrative des Unités de Soins
<b>AMC</b>	Assurance Maladie Complémentaire
<b>AMO</b>	Assurance Maladie Obligatoire
<b>ANAP</b>	Agence Nationale d'Aide à la Performance
<b>CCG-CIC</b>	Cellule Contrôle Gestion et Contrôle Interne Comptable
<b>CDFT</b>	Compte de Dépôt sur Fonds de Trésor
<b>CE</b>	Consultations externes
<b>CETIMA</b>	Centre de Traitement de l'Information Médicale des Armées
<b>CHU</b>	Centre Hospitalier Universitaire
<b>CIM</b>	Classification Internationale des Maladies
<b>CNI</b>	Carte Nationale d'Identité
<b>COFIL T2A</b>	Comité de Pilotage de la T2A
<b>CPAM</b>	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
<b>CPEMPN</b>	Centre Principal d'Expertise Médicales du Personnel Naviguant
<b>CSP Recettes SGL</b>	Centre de Services Partagés "Recettes" de Saint-Germain-en-Laye
<b>CTB</b>	Centre de Traitement des Brûlés
<b>CTSA</b>	Centre de Transfusion Sanguine des Armées
<b>DAISSA</b>	Département d'Audit Interne du Service de Santé des Armées
<b>DCSSA</b>	Direction Centrale du Service de Santé des Armées
<b>DGF</b>	Dotation Globale de Financement
<b>DIM</b>	Département de l'Information Médicale
<b>DMI</b>	Dispositifs Médicaux implantables
<b>DMT</b>	Discipline Médico Tarifaire
<b>EPRD</b>	Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
<b>GAM</b>	Logiciel de gestion administrative du patient
<b>GHM</b>	Groupe Homogène de Malade
<b>HIA</b>	Hôpitaux d'Instruction des Armées
<b>HPST</b>	"Hôpital, Patient, Santé, Territoire"
<b>IEP</b>	Identifiant Episode Patient
<b>INI</b>	Institution Nationale des Invalides
<b>IPP</b>	Identifiant Permanent Patient
<b>IT</b>	Identité Temporaire
<b>LFSS</b>	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
<b>MCO</b>	Médecine, Chirurgie, Obstétrique

<b>MEAH</b>	Mission d'Expertise et d'Audit Hospitaliers
<b>MERRI</b>	Mission d'Enseignement, Recherche, Référence et Innovation
<b>MIG</b>	Missions d'Intérêt Général
<b>MIGAC</b>	Mission d'Intérêt Générale et d'Aide à la Contractualisation
<b>MIM</b>	Médecin de l'Information Médicale
<b>MO</b>	Molécules Onéreuses
<b>NOE</b>	Un réseau qui permet les échanges électroniques de factures entre professionnels de santé et mutuelles dans le cadre du tiers payant.
<b>NPAI</b>	N'habite Pas à l'Adresse Indiquée
<b>OPEX</b>	Opérations Extérieure
<b>PMSI</b>	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
<b>PUI</b>	Pharmacie à Usage Intérieur
<b>RAR</b>	Régie d'Avances et de Recettes
<b>SAU</b>	Service d'Accueil des Urgences
<b>SHSE</b>	Service des Hospitalisations et des Soins Externes
<b>SIH</b>	Système d'Information Hospitalier
<b>SIM</b>	Service d'Information Médicale
<b>SPRA</b>	Service de Protection Radiologique des Armées
<b>SSA</b>	Service de Santé des Armées
<b>SSR</b>	Soins de Suite et Rééducation
<b>T2A</b>	Tarifcation A l'Activité
<b>TIM</b>	Technicien de l'Information Médicale
<b>TP</b>	Titres de Perception
<b>UNEO</b>	Mutuelle Militaire
<b>USV2</b>	Unité de Soins Version 2(logiciel pour la partie médicale du dossier patient informatisé)

## Introduction

L'adoption d'un nouveau mode de financement dans les hôpitaux français a été révélatrice d'un besoin d'adapter leur fonctionnement à un nouvel environnement. Ce système de financement qui associe le paiement à l'activité réalisée marque une rupture forte en posant la performance et la recherche de l'efficience comme référentiel central.

L'ancien mode, la dotation globale de financement -qui consistait à reprendre le financement voté l'année précédente et à lui appliquer un taux directeur calculé en fonction de la croissance- n'est plus valable. Pourtant, de son application jusqu'en 2004, cette réforme a permis un ralentissement réel des dépenses hospitalières. Contrairement à ce système, ce sont dorénavant les ressources accumulées qui permettent la production future.

Le nouveau défi est la réforme du système hospitalier. Elle est entrée dans les faits avec la loi de financement de la sécurité sociale du 18 décembre 2003 par la Tarification à l'Activité ou T2A, qui relie étroitement le financement d'un établissement à son niveau d'activité réel.

Toutefois une augmentation d'activité génère en règle générale une augmentation automatique des dépenses. Les hôpitaux doivent alors mettre en œuvre des actions permettant de gérer de manière efficiente les recettes et dépenses.

La gestion des recettes et de la trésorerie apparaît alors comme le nouvel enjeu, majeur, du mode de pilotage financier des hôpitaux. Autrement dit, les établissements publics de santé se trouvent aujourd'hui confrontés à un véritable défi : être en mesure de prévoir de façon fiable les recettes qui pourront être réalisées pour l'année.

La maîtrise de la chaîne de facturation-recouvrement devient, dans ce contexte, un levier d'action stratégique pour les établissements hospitaliers. Il est donc indispensable de procéder à son évaluation et à son amélioration.

L'arrivée de la T2A dans le Service de Santé des Armées (SSA) au travers des Hôpitaux d'Instruction des Armées (HIA) a constitué une véritable révolution. Ce système novateur pour le SSA place l'intérêt économique de l'établissement au centre de ses préoccupations.

La T2A a été mise en place dans les hôpitaux d'instruction des armées le 1<sup>er</sup> janvier 2009. Ces derniers et plus précisément l'HIA Percy, ont dû très vite s'adapter à ce nouveau mode de rémunération malgré leurs spécificités par rapport aux autres établissements de santé. Cette spécificité se résume dans la mission duale du service de santé des armées (soutien sanitaire des forces et des différents bénéficiaires de la santé publique). En effet les HIA ont un double financement, l'un du ministère de la défense pour la mission prioritaire de soutien des forces, et l'autre de l'assurance maladie pour les prestations hospitalières délivrées dans le cadre de l'activité aux assurés sociaux.

Le nouveau système de financement des établissements de santé a exigé la maîtrise de la chaîne de facturation car une facturation de qualité permet un recouvrement de qualité. Donc il est devenu impératif de rendre cette chaîne performante dans un but de maximisation des recettes.

Suite à l'importance du sujet, plusieurs réflexions ont été menées qui dégagent en majorité un plan d'action qui repose sur une meilleure communication, un découplage des activités et des acteurs, et un pilotage spécifique de la chaîne.

A l'instar des différentes réflexions menées dans le milieu de la santé publique, la Direction Centrale de Service de Santé des Armées (DCSSA) a mis en place un plan d'action dont le point d'accélération a été le rapport de la cour des comptes<sup>1</sup>. Ce plan a décliné des objectifs d'optimisation du fonctionnement des HIA en T2A et qui a été suivi par un audit interne pour veiller à l'application de ce projet de changement.

La chaîne de facturation était une priorité dans le plan d'action de la DCSSA. Dans ce cadre deux décisions ont été prises : la première est d'améliorer le système d'information hospitalier et la deuxième décision est de favoriser le paiement immédiat en fiabilisant le recueil de données des patients.

Pour encadrer ce plan d'action, la DCSSA a diffusé une note<sup>2</sup> très détaillée sur la fonction d'administration des patients et de la chaîne de facturation, visant à la fois à définir le rôle de tous les acteurs, à piloter le processus et à encourager le renforcement des actions de formation interne des personnels.

---

<sup>1</sup> Rapport définitif de la cour des comptes sur le service de santé des armées, les hôpitaux d'instruction des Armées, partie III « un pilotage perfectible », pp. 77-84, 11 Décembre 2009

<sup>2</sup> Note n° 424/DEF/DCSSA/HOP/GH du 30 juin 2009 « Fonctionnement des HIA en T2A : Organisation de la fonction d'administration des patients et de la chaîne de facturation

L'HIA Percy, comme les huit autres hôpitaux, s'est organisé pour appliquer la note 424, qui a fait, par la suite l'objet d'un audit interne qui s'est déroulé du 24 au 28 janvier 2011 et dont l'objectif était de vérifier la bonne prise en compte de cette note.

Lors de cette mission d'audit, des points forts et des points faibles ont été mis en exergue par les auditeurs. C'était une occasion d'évaluation par un organe externe à l'hôpital. Mais puisque toute évaluation doit être suivie par une analyse afin de dégager tous les dysfonctionnements et de proposer des axes d'amélioration ; il m'a été confié dans le cadre de ce mémoire de procéder à ce suivi.

L'observation des pratiques des acteurs et des différentes étapes du processus pendant le parcours du patient m'a permis de constater que, malgré les mesures de cadrage des pratiques de gestion au sein de l'HIA Percy pour garantir la pérennité de l'efficacité de la chaîne de facturation-recouvrement, il existe toujours des points critiques. C'est pourquoi une identification des risques au niveau de chaque point a été réalisée afin de déterminer les principaux d'entre eux qui demandent à être maîtrisés en priorité afin d'améliorer le processus.

Pour dégager les axes principaux sur lesquels il serait souhaitable d'agir, une enquête de terrain a été jugée nécessaire afin de toucher les trois axes qui forment les piliers de l'évolution de ce processus (pilotage, communication et organisation).

Les pistes d'amélioration sont construites sur la base de réponses formulées lors de nombreux entretiens menés auprès des différents personnels. L'enquête a prouvé un besoin d'optimisation du processus de facturation/recouvrement. Même si celui-ci fonctionne relativement bien, d'après un suivi basé sur une dimension comparative des résultats par rapport aux objectifs fixés et par rapport aux résultats réalisés par les autres HIA, je pense que certaines actions qui touchent les trois axes étudiés doivent être menées afin d'améliorer le rendement et de s'adapter au processus qui n'a pas cessé d'évoluer.

\* \* \*

L'arrivée de la tarification à l'activité a fait de la chaîne de facturation un élément capital pour le devenir de l'hôpital. Donc rendre ce processus performant, ce qui constitue une priorité pour l'HIA Percy, nécessite une parfaite maîtrise des risques qui constituent un frein à son évolution et efficience. Ce processus doit faire l'objet d'une étude détaillée, qui doit aboutir à dégager des axes d'amélioration permettant son optimisation dans une nouvelle culture de facturation.

Quelles sont les modifications organisationnelles et fonctionnelles à apporter au fonctionnement de la chaîne de facturation/recouvrement de l'HIA Percy afin de mener à bien cet objectif d'optimisation ?

Le fonctionnement de la chaîne de facturation/recouvrement est dépendant d'un certain nombre d'acteurs aux origines et langages différents. Cette interdépendance, dans un système où l'exigence de performance est requise, en rend le fonctionnement complexe. Toutefois, la multitude d'acteurs n'est pas la seule source de difficultés. A l'HIA Percy il existe d'autres problèmes liés à l'organisation, aux objectifs et à l'activité du processus.

Pour piloter ce processus complexe impliquant plusieurs acteurs, des axes d'amélioration doivent faire l'objet des projets majeurs de changement à conduire au sein de l'HIA Percy.

L'objectif de recherche que nous nous sommes fixé dans le cadre de ce mémoire consiste à identifier les risques liés au processus de facturation-recouvrement au niveau de l'HIA Percy, ainsi qu'identifier les acteurs et les tâches qui leur incombent.

Une étude qui vise à mettre en évidence les dysfonctionnements potentiels de cette chaîne qui pénalisent les perspectives de recouvrement des produits hospitaliers et, globalement, la situation financière de l'établissement. Elle conduit à réfléchir à de possibles améliorations dans le processus de facturation et à orienter des actions de prévention.

Dans un premier temps, nous nous attacherons à présenter l'application du nouveau mode de financement T2A par les HIA, et l'annonce du plan d'action de la DCSSA qui met la chaîne de facturation/recouvrement en priorité. Par la suite, une analyse de processus permettra d'identifier les risques existants, qui freinent l'optimisation de la chaîne. La dernière partie sera consacrée aux propositions d'optimisation de la chaîne basée notamment sur les entretiens auprès des acteurs de celle-ci.

# **I- Le nouveau mode de financement et son application par le SSA met la chaîne de facturation en priorité dans le plan d'action de la DCSSA**

## **I.1. Une croissance des dépenses et un nouveau mode de financement**

La croissance des dépenses de santé au cours de ces dernières années a conduit beaucoup de pays occidentaux comme la France à prendre des mesures pour les maîtriser.

Au début des années 80, les hôpitaux publics français étaient financés à partir du prix de journée. C'est le tarif appliqué à la journée d'hospitalisation en fonction du service clinique concerné. Il découlait des prévisions de dépenses nécessaires à l'établissement et est calculé l'année courante pour être appliqué l'année suivante. Avec le temps, le financement au prix de journée s'est avéré inflationniste. Les malades avaient des durées de séjours au-delà du nécessaire, pour occuper les lits et multiplier les journées d'hospitalisation afin d'augmenter les recettes.

A partir de 1983<sup>3</sup> un nouveau mode de financement est mis en œuvre pour les établissements publics, la dotation globale de financement (DGF). Elle substitue ainsi au mécanisme de financement par le prix de journée le principe d'une enveloppe globale. Celle-ci est calculée sur le budget de l'année précédente auquel est appliqué un taux directeur national d'évolution. La dotation globale est mise en place à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1984. Elle couvre la part de financement de l'assurance maladie (AM). Elle est limitative, peu dépendante du niveau d'activité et entraîne la suppression de la facturation de prestations à l'AM. De son application jusqu'en 2004, cette réforme a permis un ralentissement réel des dépenses hospitalières. Mais le système de la DGF avait plusieurs inconvénients ; entre autre le fait que le financement était désormais déconnecté de l'activité et que, par conséquent, les établissements n'étaient pas encouragés à développer leurs activités.

---

<sup>3</sup> Loi 83-25 du 19 Janvier 1983

## **I.2. Le financement en T2A**

Réformer le financement du système hospitalier constituait un défi de taille. Initiée en 1999 et entrée dans les faits avec la loi de financement de la Sécurité Sociale du 18 Décembre 2003, la Tarification à l'activité (ou T2A) réforme en profondeur les modalités de financement des établissements de santé français. Cette réforme est très innovante dans la mesure où elle relie étroitement le financement d'un établissement à son niveau d'activité réel. Elle introduit d'une part un financement au séjour pour les activités de soins MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) et, d'autre part, une dotation finançant les missions de service public. C'est le passage d'un régime de financement par dotation globale à un mode de financement basé sur une allocation des ressources liée à la nature et au volume des activités réellement réalisées. Limitée pour le moment au MCO, elle devrait à terme s'appliquer également aux soins de suite et de réadaptation (SSR) et à la psychiatrie.

Avant la T2A, c'étaient les dépenses qui conditionnaient les recettes pour encadrer des moyens permettant l'activité. En T2A, c'est l'activité qui génère des recettes qui permettent des dépenses se traduisant en moyens. Nous sommes passés d'une logique de financement « a priori » (avec la dotation globale) à un financement « a posteriori » (avec la T2A).

La réforme de la tarification à l'activité renverse la logique de financement et vient bouleverser les principes budgétaires : les ressources des établissements publics reposent à présent sur une mesure de leur activité, en volume, valorisée en application des tarifs nationaux et des forfaits prévus. Ce n'est plus une enveloppe globale garantie mais un budget dépendant en grande partie de l'activité de l'établissement qui lui permettra de financer à la fois ses dépenses courantes mais aussi ses investissements.

Avant la mise en place de la T2A, les ressources des établissements n'avaient aucun lien avec leur activité. Désormais, c'est l'activité qui génère des dépenses. La réforme du financement consiste en une rupture de la logique qui présidait la dotation globale, à savoir une reconduction automatique des ressources majorées en fonction d'un taux directeur fixé chaque année.

La gestion des recettes et de la trésorerie apparaît alors comme le nouvel enjeu, majeur, du mode de pilotage financier des hôpitaux. Autrement dit, les établissements publics de santé se trouvent aujourd'hui confrontés à un véritable

défi : être en mesure de prévoir de façon fiable les recettes qui pourront être réalisées pour l'année.

En effet la T2A il n'est pas seulement un outil de financement destiné à mettre fin à la Dotation Globale (DG) et, par la même, à l'inflation des dépenses hospitalières. La T2A représente aussi une manière de rénover la gestion des hôpitaux.

### **I.3. La logique T2A place la problématique de l'optimisation comme une priorité**

L'amélioration des outils de pilotage des hôpitaux est la principale conséquence de la mise en place de la T2A. Le paiement à l'activité nécessite de développer une gestion budgétaire prévisionnelle et un contrôle de gestion efficient. Un suivi des recettes par pôle ainsi que son rapprochement avec les coûts, devient un des outils d'analyse de la performance.

Le traitement des questions de recettes et de débiteurs, d'une part, et l'éclairage des réflexions financières, d'autre part, sont assurés par la chaîne de facturation, qui fournit certaines données de pilotage, d'où il est important que ces données soient de bonne qualité pour l'analyse interne.

La mise en place de la T2A a mené à une politique d'optimisation des ressources, une nécessité de maximiser les ressources budgétaires est suivie par des différents stratégies de politiques médicales mises en œuvre par les établissements (renforcement des équipes médicales, investissement sur une nouvelle activité, atteindre des volumes d'activité, etc. ...)

Aussi l'appropriation des mécanismes de la T2A a incité chaque établissement à s'interroger sur ses missions de santé en lien avec son environnement et les mécanismes de planification sanitaire : quelles activités doivent rester par essence du ressort de l'établissement, quelles sont celles pouvant être déléguées ? Quels sont les domaines stratégiques, vecteur de croissance, sur lesquels il est important de se positionner pour assurer l'avenir ?

En conséquence, la fin de la dotation globale, la mise en place de la T2A, la modernisation du cadre de gestion hospitalier avec l'instauration de l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD), la dématérialisation des échanges et les télétransmissions...etc. sont autant de paramètres impactant la facturation et, par là même, la rémunération des établissements.

La maîtrise de la chaîne de facturation /recouvrement devient, dans ce contexte, un levier d'action stratégique pour les établissements hospitaliers. Aujourd'hui, il est indispensable de procéder à son évaluation et à son amélioration car une chaîne de facturation /recouvrement défailante se traduit inévitablement par une perte de recettes et des difficultés de trésorerie.

#### **I.4. Les HIA et l'application de la tarification à l'activité**

La tarification à l'activité est appliquée dans les HIA depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009, conformément au décret n° 2008-1528 du 30 décembre 2008 relatif au financement des dépenses de soins dispensés aux assurés sociaux par le SSA.

Le service de santé des armées compte neuf hôpitaux d'instruction des armées répartis sur l'ensemble du territoire, représentant un total de 3029 lits (schéma en Annexe 1). La mission principale de ces hôpitaux est le soutien sanitaire des forces armées en métropole ou dans le cadre des missions extérieures. Ce sont des services extérieurs de l'Etat et appartiennent à la logistique du service de santé des armées. Ils relèvent du Ministère de la Défense et n'ont pas de personnalité morale, ni juridique et n'ont pas d'autonomie financière. Ils dépendent d'une même entité juridique représentée par la Direction Centrale du Service de Santé des Armées. Leur statut est dérogatoire à l'article L 6141-1 du code de la santé publique qui prévoit que « *les établissements de santé sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. Leur objet principal n'est ni industriel, ni commercial* ».

Malgré les spécificités des HIA par rapport aux autres établissements de santé, la loi n°2009-979 du 21 Juillet 2009 « Hôpital, Patient, Santé et Territoires » confirme le concours du SSA aux missions de service public<sup>4</sup>. Donc une mission duale du service de santé des armées, à la fois au profit des forces et aux différents bénéficiaires de la santé publique. Dans ce contexte, les dispositions légales et réglementaires appliquées aux établissements publics sont pour la plupart appliquées aussi aux établissements hospitaliers du service de santé des armées.

Une autre particularité des HIA est d'avoir un financement double :

---

<sup>4</sup> Article L 6147-7 du Code de la Santé Publique « Les hôpitaux des armées ... peuvent être chargés d'assurer ou de contribuer à assurer, dans les conditions prévues à l'article L6112-2, des missions de service public définies à l'article L 6112-1. Ils disposent des soins remboursables aux assurés sociaux... »

- un financement du ministère de la défense avec les crédits budgétaires votés dans le cadre de la loi de finances pour les activités régaliennes qui relèvent de la mission prioritaire de soutien de forces.

- Un financement de l'assurance maladie avec les produits d'un fonds de concours qui représente les prestations hospitalières délivrées dans le cadre de l'activité aux assurés sociaux.

Les produits de fonds de concours provenant de l'AM ou des deuxièmes et troisièmes débiteurs comme la dotation budgétaire du Ministère de la Défense ne sont pas alloués directement à l'hôpital. Ils sont rassemblés par la DCSSA qui répartit les enveloppes entre les différents établissements hospitaliers militaires. Le montant de l'enveloppe budgétaire n'est pas forcément ce que l'hôpital aurait été en droit d'attendre compte tenu de son activité. La Direction Centrale répartit les dotations en fonction de critères particuliers qu'elle se fixe et des objectifs opérationnels et stratégiques poursuivis. L'essentiel est que chaque hôpital dispose des crédits suffisants pour mener à bien sa mission duale (soutien sanitaire des forces armées en métropole ou dans le cadre des missions extérieures et concours au service public hospitalier).

Les HIA sont directement passés à 100% de leur financement en T2A contrairement aux autres établissements de santé qui sont rentrés progressivement. Un coefficient de transition<sup>5</sup> a donc été mis en place pour compenser cette entrée directe.

### **I.5. Le nouveau système du financement et la nécessité d'une chaîne de facturation performante pour un hôpital qui s'adapte progressivement à la réforme de la T2A**

Le nouveau système de financement des établissements de santé a exigé la maîtrise de la chaîne de facturation car une facturation de qualité permet un recouvrement de qualité. D'après l'Agence Nationale d'Aide à la Performance ANAP « *Les moyens dépendent des recettes qui dépendent de l'activité codée et facturée* »<sup>6</sup>. Cette maîtrise doit commencer par l'admission du patient à l'hôpital jusqu'à l'émission d'un titre de recettes et de son recouvrement. L'efficacité de ce

---

<sup>5</sup> Coefficient de transition fixé par arrêté le 1<sup>er</sup> Mars de chaque année et il a évolué de 1,095 en 2009 jusqu'à 1,06 en février 2012 avec un objectif d'atteindre un coefficient de transition 1 au 1<sup>er</sup> Mars 2015

<sup>6</sup> Rapport final de l'ANAP « Optimiser la chaîne de facturation-recouvrement hospitalière », Novembre 2009, P.6

processus repose sur trois notions importantes : une facturation exhaustive, un recouvrement rapide et élevé.

La logique de T2A est que les recettes dépendent de l'activité enregistrée, valorisée et facturée. Elles exigent une organisation transversale de la prise en charge des patients en responsabilisant tous les acteurs administratifs, soignants, techniques ou logistiques, et plus particulièrement une coopération étroite entre les services participant à la chaîne de facturation : Service Hospitalisation et Soins Externe (SHSE), services cliniques et médico-technique, Service d'Information Médicale (SIM) et régie. Le SHSE n'est plus comme auparavant le responsable unique de la facturation. Il s'agit désormais d'un processus collectif qui, sans le SIM, les praticiens et la régie, ne fonctionnerait pas.

Avec l'ancien mécanisme de compensation des recettes manquantes par la DGF, la chaîne de facturation n'était plus une priorité. Mais désormais aujourd'hui avec la T2A, il est devenu impératif, pour ne pas dire vital, pour le secteur hospitalier et surtout pour les prochaines années, de rendre cette chaîne performante dans un but de maximisation des recettes (en effet, la logique budgétaire étant inversée, le niveau de recouvrement des recettes déterminera la capacité de l'établissement à dépenser et à avoir des marges de manœuvre pour son développement).

En effet, la réforme du financement des hôpitaux a remis à l'ordre du jour des objectifs négligés jusqu'à présent, à savoir l'amélioration de la facturation et du recouvrement dans les établissements de santé. Si le processus a été négligé jusque-là car sa performance n'avait pas vraiment de conséquence sur les recettes de l'établissement, la T2A et son corollaire, la facturation directe à l'assurance maladie, commence à provoquer, en revanche une prise de conscience de l'importance de fiabiliser le processus de facturation.

Comme nous avons indiqué ci-dessus, la chaîne de facturation-recouvrement est un processus collectif, d'où la performance dépend de la collaboration entre les acteurs. Suite à l'importance du sujet, plusieurs réflexions ont été menées. A titre d'exemple, l'ANAP a relevé les points critiques qui peuvent être à l'origine d'un dysfonctionnement de la chaîne et a mis à la disposition des établissements un plan d'action autour de processus de facturation-recouvrement qui repose sur une meilleure communication, un décloisonnement des activités et des acteurs, et un pilotage spécifique de la chaîne.

La présente étude s'intéresse particulièrement à l'hôpital d'instruction des armées Percy, qui à l'instar des huit autres établissements militaires, s'adapte à la réforme et fonctionne en logique T2A.

L'HIA Percy est placé sous la tutelle de la DCSSA. C'est un hôpital polyvalent pour adultes offrant une capacité de 371 lits avec une clientèle composée de militaires et de leurs familles ainsi que des civils. Les militaires ne représentent que 22% de la patientèle. Sur les 78% restant, seuls 30% sont en rapport avec le ministère de la défense (famille, etc.). A noter que l'hôpital Percy a trois particularités, la première qu'il constitue un îlot avec la présence de deux établissements : le Service de Protection Radiologique des Armées (SPRA) qui accompagne l'HIA lors de la prise en charge les blessés radio contaminés au titre d'expert en radio protection, et le Centre de Transfusion Sanguine des Armées (CTSA). La deuxième concerne l'accueil des blessés des opérations militaires à l'extérieur, du fait de la qualité des soins réalisés dans le cadre du parcours de soins (rééducation, réinsertion). La troisième particularité est le rattachement du Centre Principal d'Expertise Médicale du Personnel Navigant (CPEMPN) qui assure une mission d'expertise auprès des personnels navigants de l'aéronautique civile ou militaire (15 000 expertises annuelles), une activité reconnue au niveau national pour la qualité de ses expertises.

Les différentes catégories de patients que l'HIA Percy reçoit sont définies par les textes réglementaires de la DCSSA relatifs au droit aux soins dans les établissements du Service de Santé des Armées<sup>7</sup> à savoir :

- Les bénéficiaires de droit : ce sont les bénéficiaires prioritaires, ils ont la priorité d'accès (les militaires actives, les jeunes gens accomplissant une période de préparation militaire, les militaires des armées étrangères en activité au ministère de la défense française, les anciens militaires titulaires d'une pension militaire d'invalidité pour l'affection pensionnée).

- Les bénéficiaires réglementaires qui n'ont pas la priorité d'accès, ils ont droit à certains soins et l'accès à certaines structures du service de santé des armées (les familles des militaires d'actives, le personnel civil de ministère de la défense, les familles des anciens militaires).

- Les autres bénéficiaires sont les assurés sociaux « civils », les autres patients de nationalité française, les ressortissants de l'union européenne ou les étrangers résidant régulièrement en France et couverts par régime d'assurance maladie. Ils

---

<sup>7</sup> IM n°400/DEF/DCSSA/AAGDS du 23 Mars 1993 modifiée relative aux règles administratives et financières d'accès aux soins du SSA.

sont admis sur autorisation du médecin-chef de l'hôpital. Les étrangers résidents hors de l'union européenne, le personnel diplomatique et leur famille non titulaire d'un régime d'assurance maladie qui sont admis à titre exceptionnel. Ils sont admis sur décision du ministre de la défense « DCSSA »).<sup>8</sup>

## **I.6. Le rapport de la cour des comptes, le plan d'action et son suivi**

Pour remplir financièrement ses missions, un établissement de santé a besoin d'une chaîne de facturation qui doit répondre à plusieurs critères qui sont la qualité, l'exhaustivité et la rapidité du traitement médico-administratif des dossiers. Partant de ce contexte et suite aux observations de la cour des comptes dans son rapport sur le Service de Santé des Armées, des réflexions tant au niveau central (DCSSA) qu'à celui de l'HIA Percy ont été menés dans un but, d'une part, de continuer à remplir les missions opérationnelles de soutien de l'ensemble des forces, et d'autre part de poursuivre la transformation déjà engagée depuis 2008 en ce qui concerne le financement en T2A. En fin de compte, la cible était d'aboutir à un service performant et moderne en 2015.

### ***I.6.1 Le rapport de la cour des comptes***

Dans son rapport du 11 décembre 2009, la cour des comptes a mis l'accent sur plusieurs points et constats qui portent sur : les moyens du SSA, les HIA, le soutien des forces et la fonction recherche.

Pour les HIA, la cour des comptes constate des points positifs, mais aussi émet des critiques et des recommandations, qui doivent conduire à des actions correctrices regroupées dans un plan d'action et le suivi de sa réalisation.

#### **▪ Les idées fortes des critiques et recommandations faites par la cour des comptes**

Dans ce paragraphe seront mis en avant les points et constats qui sont en relation avec notre sujet, c'est à dire ceux qui affectent le processus de la chaîne de facturation-recouvrement :

---

<sup>8</sup> Circulaire n°1930/DEF/DCSSA/AJA/CBDS du 24 Mars 2006 relative aux admissions exceptionnelles des ressortissants étrangers dans les HIA.

❖ Une sous-activité médicale : Les HIA figurent dans les 10% des centres hospitaliers les moins performants en terme de recettes d'activité par ETP médical. Ainsi le taux d'occupation des HIA est faible.

❖ Un déficit d'exploitation majeur : La sous-activité médicale et l'insuffisance de valorisation de toutes les activités régaliennes, dont les opérations extérieures (OPEX) et celles réalisées au profit du service public, explique en partie un déficit hors normes de 309,9 M€

❖ Des systèmes d'information hospitaliers déficients : Des conséquences techniques et financières négatives dues aux dysfonctionnements du SIH (système d'information hospitalier), en général, et des interfaçages déficients entre les logiciels métiers.

❖ Autres critiques ou recommandations :

- Mise au défi d'absorber le coefficient de transition à l'horizon 2015.
- Améliorer l'exercice de l'EPRD afin de lui conférer une sincérité accrue
- Améliorer le recouvrement de 2<sup>èmes</sup> et 3<sup>èmes</sup> débiteurs en favorisant le paiement immédiat.

▪ Position du service de santé sur les différentes observations

❖ En ce qui concerne la sous-activité médicale, le SSA considère que celle-ci apparait comme réelle par comparaison à l'activité médicale de structures hospitalières équivalentes. Toutefois, le passage à la T2A ne s'est fait au niveau des HIA qu'en 2009, les résultats en recettes ne sont pas strictement comparables aux établissements publics déjà en T2A (à cette époque).

❖ Pour le déficit d'exploitation, le Service de Santé des Armées considère que les HIA en tant qu'organismes du Ministère de la Défense, n'ont pas les mêmes contraintes que les hôpitaux publics. Ils n'ont pas la même typologie de recettes ni d'activité (MCO) et la participation des personnels soignants aux OPEX ou aux activités régaliennes n'est pas valorisée à sa juste valeur, par l'absence de prise en compte du manque à produire. Toutefois une organisation des charges est engagée dans les domaines achats et liquidation et dans les procédures administratives.

❖ La dernière critique de la cour des comptes qui affecte le processus de la chaîne de facturation-recouvrement est la déficience des systèmes d'information hospitaliers. Le service de la santé des armées a affirmé que les interfaces entre les logiciels métiers médicaux et financiers manquent de fiabilité et qu'ils doivent être

améliorés. Les problèmes d'interfaçage ont été pris en compte et des corrections ont déjà permis des améliorations. Ainsi que pour l'amélioration du paiement immédiat, des délais limites de codage et de facturation ont été fixés aux HIA Ils sont contrôlés et globalement respectés avec des taux de refacturation inférieur à 5% de recouvrement.

### *1.6.2 La chaîne de facturation une priorité dans le plan d'action de la DCSSA*

Les observations de la cour des comptes sur la chaîne de facturation peuvent être résumées de la manière suivante : dysfonctionnement du système d'information, délais de facturation trop long et recueil de données non fiables.

En réponse, la DCSSA a mis en place un plan d'action basé sur une double approche de maîtrise des coûts et de relance de l'activité. D'où deux décisions en relation avec la chaîne facturation-recouvrement ont été prises.

➤ Favoriser le paiement immédiat en fiabilisant le recueil de données des patients :  
Pour cela les recommandations suivantes ont été lancées :

- Créer un groupe de travail pour expérimenter le poste paiement immédiat sur un site pilote doté d'un centre de consultation externe proche de l'antenne de caisse de la régie de recettes. Evaluer la faisabilité sur les 9 HIA : obstacles rencontrés et efficacité du dispositif.

- Imposer aux médecins le codage et la saisie immédiate des actes réalisés en consultation.

- Conventionner avec les mutuelles disposant du système de télétransmission NOE<sup>9</sup>, qui garantir un remboursement rapide de la facture et une identification simplifiée du dossier payé.

- Fiabiliser le recueil de données par une mobilisation des acteurs et une politique locale en s'appuyant sur la note HOP /GH sur la chaîne de facturation.

- Réaliser un audit secondaire de la chaîne de facturation pour en évaluer l'application et l'efficacité

- Redéfinir les seuils de facturation pour les seuils d'émission et de non poursuite des titres de perception (TP).

---

<sup>9</sup> Le réseau Noé de la Mutualité Française a été mis en œuvre en 1990 pour permettre les échanges électroniques de factures entre professionnels de santé et mutuelles dans le cadre du tiers payant. Un retour électronique d'information (paiements, rejets) transitent dans le sens inverse

- Suivre les indicateurs mensuels de facturation et de recouvrement pour les patients hospitalisés et externes des 9 HIA.

A ce sujet une expérience du paiement immédiat a été menée au sein des HIA Bégin (Saint-Mandé) et Robert Picqué (Bordeaux). Les expériences de ces HIA ont permis à la DCSSA de se positionner sur la généralisation de cette organisation au sein de tous les HIA. Cette généralisation a été décidée le 24 février 2011. Il est prévu que « l'organisation induite par le paiement immédiat sera mise en place sans charges supplémentaires »<sup>10</sup>. Le paiement immédiat concerne les patients non mutualistes ou dont la mutuelle n'est pas conventionnée avec le SSA. Les prestations concernées par ce paiement immédiat sont : les consultations externes, les actes externes, les majorations pour chambre particulière et autres prestations complémentaires.

Aussi, une mise en place des flux NOE implique la généralisation du tiers payant avec l'ensemble des mutuelles conventionnées. Ces flux consistent en la télétransmission des factures aux organismes de mutuelles. Ils se font titre par titre avec un paiement en 10 jours en cas de validation. Cette télétransmission permet une identification plus rapide par la Régie. Actuellement ce mode d'échange est uniquement utilisé avec la mutuelle I-Santé qui entre autre la mutuelle militaire UNEO.

➤ Améliorer le Système d'Information Hospitalier (SIH).

Pour cela les recommandations suivantes ont été lancées :

- Mettre en place une interface entre les logiciels « métier » et le logiciel comptable.

- Fiabiliser et sécuriser les interfaces du SIH (logiciel de Gestion Administrative du patient (GAM) logiciel pharmaceutique Pharma, logiciel Unité de Soins Version 2 (USV2) Pharma pour le circuit des médicaments et les Dispositifs Médicaux Implantables (DMI)).

- Finaliser l'identitovigilance<sup>11</sup> avec charte et procédure d'utilisation.

- Finaliser le travail pour l'informatisation du dossier patient médical, paramédical et social.

---

<sup>10</sup> Note n°785/DEF/DCSSA/HOP/GP du 24 février relative au paiement immédiat

<sup>11</sup> L'identitovigilance se définit comme un système de surveillance et de gestion des risques et erreurs liés à l'identité du patient

<Mourad EL HENI> - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - <2012>

### *I.6.3 La note n°424 organise la fonction d'administration des patients et de la chaîne de facturation*

Pour l'entrée des HIA au nouveau système de financement T2A en 2009, des travaux préparatoires ont été lancés en amont dès le début de l'exercice 2008<sup>12</sup> en précisant les orientations générales en matière d'organisation, le rôle des acteurs, ainsi que les procédures de la phase d'expérimentation T2A.

A la fin de l'exercice 2008, un diagnostic de la chaîne de facturation-recouvrement a été réalisé par l'inspecteur technique des services administratifs du SSA accompagné de représentants de différentes sous-directions du service de santé des armées. La synthèse de ce diagnostic a souligné le fonctionnement très satisfaisant de la chaîne de facturation-recouvrement au sein des HIA. « Néanmoins, dans bon nombre de cas, ce bon fonctionnement repose sur l'investissement particulièrement important des personnels. Les procédures et les organisations retenue au sein de nombreux HIA reposent trop souvent sur une tradition orale de passation de consigne et de choix d'organisation »<sup>13</sup>. Pour garantir la pérennité de l'efficacité de la chaîne de facturation des HIA, la DCSSA a décidé d'encadrer ces bonnes pratiques. A ce sujet et pour une facturation de qualité qui permet un recouvrement rapide, la DCSSA a diffusé une note très détaillée visant à la fois, à définir le rôle de tous les acteurs, à piloter le processus par un comité permanent et à encourager le renforcement des actions de formation interne des personnels.

Les dispositions de la note 424 ont pris en considération le parcours (administratif et médical) du patient dans l'hôpital, de l'accueil vers les services cliniques, avec tous les éléments qui se rattachent à ce parcours, à savoir :

- Le rôle fondamental des assistantes sociales.
- Les obligations des cliniciens et des secrétariats médicaux.
- Le respect des délais de codage et de saisie des actes.
- Les objectifs à atteindre pour les délais de facturation et le taux de refacturation.
- Le rôle de service d'information médicale (SIM).
- Le rôle du service hospitalisation et soins externes.
- Le rôle du DIM national.
- Le rôle de la sous-direction « Hôpitaux » de la DCSSA.

---

<sup>12</sup> DM n°25/DEF/DCSSA/HOP/GH du 10 janvier 2008

<sup>13</sup> Note n° 424/DEF/DCSSA/HOP/GH du 30 juin 2009 « Fonctionnement des HIA en T2A : Organisation de la fonction d'administration des patients et de la chaîne de facturation

Afin de garantir le bon fonctionnement de la chaîne de facturation ainsi que le respect des nouvelles procédures, la DCSSA, à la fin de la note, a mis l'accent sur deux points importants. Le premier est en relation avec le suivi qui s'impose et se traduit par la création d'un COPIL T2A (comité de pilotage en T2A) dans chaque HIA, lequel aura pour mission le suivi des objectifs de codage, de facturation et de recouvrement qui ont été contractualisés avec l'ensemble des partenaires de la chaîne de facturation-recouvrement, ainsi que la préparation et le suivi de l'EPRD de l'établissement. Le deuxième point évoqué à la fin de la note 424 et qui a été considéré comme aussi important pour l'amélioration du processus de facturation-recouvrement, est l'encouragement fait aux HIA de renforcer les actions de formation interne des personnels, que ce soit pour l'exploitation optimale des logiciels existants et qui sont en évolution régulière que pour faire face aux règles de facturation qui deviennent de plus en plus complexes.

#### ***1.6.4 L'audit interne et la vérification de la bonne prise en compte de la note 424 par le DAISSA.***

Le DAISSA est le Département de l'Audit Interne du Service de Santé des Armées, chargé de réaliser les audits programmés par la DCSSA suivant un plan d'audit élaboré à l'avance lors d'un comité supérieur de l'audit interne du service de santé des armées. En sa séance du 13 novembre 2009, ce comité a demandé au DAISSA de réaliser un audit de la chaîne de facturation et de recouvrement au sein des hôpitaux d'instruction des armées.

L'objectif principal été de vérifier la bonne prise en compte de la note n° 424 qui organisait la fonction d'administration des patients et de la chaîne de facturation dans les neuf hôpitaux d'instruction des armées.

La mission d'audit de la chaîne de facturation et de recouvrement des produits de l'activité hospitalière de soins s'est déroulée à l'HIA Percy du 24 au 28 janvier 2011. Suite à cette mission, un relevé de constats a été effectué avec deux approches d'analyse. D'une part une analyse de l'organisation générale de la chaîne de facturation et de recouvrement mise en œuvre au sein de l'établissement et, d'autre part, une analyse de l'organisation au sein de chaque processus liés aux activités d'accueil, de codage, de facturation et de recouvrement des produits de l'activité hospitalière de soins.

En général, il se dégage de ce relevé de constat qu'il existe des lacunes sur la connaissance de la chaîne de facturation-recouvrement et sur la T2A en général, tant dans les services que chez les acteurs du processus et que chaque acteur sait ce qu'il lui incombe, en revanche il manque d'une vision globale du processus. « *De façon générale les services n'ont pas de compréhension globale de la T2A et de la chaîne de facturation* »<sup>14</sup>.

Des points forts et d'autres faibles ont été mis en exergue par les auditeurs pendant cette mission. Ces faiblesses seront étudiées, en tant qu'un élément d'évaluation du processus dans la deuxième partie de ce travail.

---

<sup>14</sup> Ministère de la défense et des anciens combattants, « Relevé de constats d'audit interne de la chaîne de facturation et de recouvrement des produits de l'activité hospitalière de soins de l'HIA Percy du 24 au 28 janvier 2011 » P13

## **II- L'analyse et l'évaluation de processus révélé l'existence de risques sources de difficulté et un frein au fonctionnement optimal de la chaîne**

### **II.1. Analyse de processus**

#### *II.1.1 Les différents acteurs et leur interdépendance*

##### ♦ Le SHSE : Un acteur en première ligne

Le SHSE (Service des Hospitalisations et Soins Externes) est régi par les instructions n° 1800<sup>15</sup>, 500<sup>16</sup> et 128<sup>17</sup>.

Ce service est assimilé au service des admissions dans un hôpital public. Sa mission principale est d'assurer l'accueil et le suivi administratif des patients en lien avec les secrétariats médicaux et les cadres de santé des services cliniques et médico-techniques. Il assure aussi la prise en charge de la facturation des frais de traitement des patients après validation de la qualité et de l'exhaustivité du codage de l'ensemble des épisodes de soins par le service d'information médicale, dans des délais compatibles avec les objectifs de facturation et de recette fixés par la DCSSA. D'autres missions en relation avec la facturation des prestations de soins sont rattachées au service, ce qu'il fait de lui un service polyvalent. A cet effet il dispose d'une application informatique déployée depuis décembre 2005 : le logiciel GAM (Gestion Administrative des Malades) relevant d'AMADEUS (Application Médico-Administrative des Unités de Soins)

A l'HIA Percy comme dans les autres hôpitaux militaires, le circuit du patient est informatisé dans AMADEUS, système de gestion informatisée de patient lancé en octobre 2006. Le cœur du dispositif AMADEUS est l'intégration de deux applications GAM et USV2. Autour d'USV2 s'articulent d'autres logiciels: PHARMA pour la gestion pharmaceutique, CHIMIO pour la gestion des traitements de chimiothérapie, SYNERGIE pour les laboratoires de biologie et biochimie, A-REGIE pour le recouvrement, PMSI pour l'information médicale et HORIZON pour le dossier médical commun aux neufs HIA (Schéma en annexe 2).

Afin de mener à bien ses missions, le SHSE se divise en différentes cellules chacune chargée d'une mission bien précise.

---

<sup>15</sup> Instruction n° 1800/DEF/DCSSA/AAF/AAGDS du 26 avril 1999 relative au fonctionnement du service des hospitalisations et soins externes des HIA

<sup>16</sup> Instruction n° 500/DEF/DCSSA/HOP du 1<sup>er</sup> mars 2005 portant règlement général des hôpitaux d'instruction des armées.

<sup>17</sup> Instruction n° 128/DEF/DCSSA/HOP du 2 février 2011 portant organisation administrative et logistique des hôpitaux d'instruction des armées (HIA)

- Accueil et formalités d'admission
- Facturation des soins et gestion des comptes
- Etat civil, accueil des familles et dépositaire

Deux particularités pour le SHSE de l'HIA Percy par rapport aux autres HIA. La première est qu'il gère la facturation des expertises menées au Centre Principal d'Expertise Médical du Personnel Navigant (CPEMPN) ainsi que les examens de laboratoire au profit de l'Institution nationale des Invalides (INI). La deuxième particularité c'est que seul le SHSE est habilité à créer l'IPP d'un patient (exception faite des services d'urgences et le CPEMPN), et non les services cliniques comme dans beaucoup d'hôpitaux.

◆ Le SIM un acteur important dans la chaîne vu son rôle en pilotage

La loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 impose aux établissements de santé, publics et privés de procéder à l'analyse de leur activité.

*« Dans le respect du secret médical et des droits des malades, ils mettent en œuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge en vue d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'activité et des coûts et de favoriser l'optimisation médicale pour l'établissement dans des conditions déterminées par voie réglementaire après consultation du conseil national de l'ordre des médecins (...). » (Article L.710-6 du code de la santé publique)*

Placé sous l'autorité d'un médecin Directeur de l'Information Médicale (DIM), le Service d'Information Médicale (SIM) est chargé d'assurer l'évaluation du codage et d'apporter une aide dans ce domaine grâce aux éléments fournis par les services cliniques et médico-techniques. L'information médicale est caractérisée par l'ensemble des informations recueillies sur chaque patient par les intervenants du processus de soins, les médecins et les soignants. Ces informations sont organisées selon trois niveaux : logistique, stratégique et opérationnel. Le niveau logistique concerne la prise en charge de la collecte, de la circulation, de la conservation, de la qualité et de la mise à disposition de l'information médicale et économique. Le niveau stratégique dit de « support » est une aide à la décision, à la gestion, à l'évaluation et à la planification. Enfin le niveau opérationnel constitue la participation à la facturation des prestations hospitalières. En plus de ses activités directement liées au Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), le personnel de SIM peut apporter une aide méthodologique et logistique aux études en

réalisant l'organisation, la gestion et le suivi des études, le recueil des données, leur traitement informatique et la rédaction de rapport d'étude.

Le SIM assure aussi une veille réglementaire exhaustive notamment pour tout ce qui relève de la mise à jour de la Classification Internationale des Maladies (CIM) et des prestations, il est chargé de l'analyse et la diffusion des modifications faites par la tutelle. Pour cela, à l'HIA Percy, des messages « info SIM » sont disponibles sur le système d'information local.

Le SIM est composé de deux cellules : La cellule PMSI -composée du Médecin de l'Information Médicale (MIM) et de deux Techniciens de l'Information Médicale (TIM)- et la cellule AMADEUS. Cette dernière a pour mission de faire fonctionner le système du côté des utilisateurs, elle assure également la formation des nouveaux arrivants et enfin elle offre une assistance technique aux utilisateurs.

♦ Les services médicaux et la nouvelle tâche de codification

Les services médicaux sont les prestataires de soins, ce sont les acteurs à la source des recettes de l'hôpital, mais leur responsabilité dans la chaîne de facturation-recouvrement dépasse cette mission fondamentale et principale. Le bon codage de leurs actes est leur prérogative. De la réalisation du codage dépend le financement de l'hôpital. Pour cela le codage des services médicaux doit être exhaustif et de qualité pour garantir une bonne situation financière de l'hôpital.

♦ La régie

La régie d'avance et de recettes se place en bout de chaîne de facturation. Elle est réglementée par l'arrêté du 17 décembre 2009<sup>18</sup>.

Le RAR (régisseur de la régie d'avance et de recette) a une délégation du comptable public (trésor public – Agence Comptable des Services Industriels de l'Armement (ACRIA)) pour procéder à des opérations d'encaissement ou de paiement. C'est une procédure destinée à faciliter l'encaissement de recettes et le paiement de dépenses.

Dans un HIA, les recettes sont de deux types : « fonds de concours » qui concernent tout ce qui est lié à l'activité de soins de l'établissement et « Rétablissement de crédits » qui concernent tout les recettes qui sont reversées au titre du budget général de l'Etat et qui ne sont pas réinjectées immédiatement dans le budget de l'hôpital (alimentation, téléphone, électricité, redevance chambres pour

---

<sup>18</sup> Arrêté du 17 décembre 2009 modifiant l'arrêté du 31 Décembre 1993 habilitant le ministre de la défense à instituer des régies de recettes et des régies d'avance auprès de tout service ou établissement relevant de son autorité.

le personnel logeant à l'établissement, les frais des copies des dossiers médicaux demandées par les patients).

Plus concrètement, le régisseur recouvre les factures émises à destination de tous les débiteurs sauf ce qui relève du recouvrement central (plateforme e-PMSI et « budgets<sup>19</sup> »). Ces débiteurs sont : les mutuelles, les patients, les compagnies aériennes pour les expertises des personnels navigants faites au CPEMPN, les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) pour les rétrocessions de produits pharmaceutiques, les ambassades pour le règlement d'hospitalisation de ressortissants étrangers. Tout recouvrement qui n'a pu être réglé en régie fait l'objet d'un contentieux et sera transmis à l'ACSIA pour recouvrement.

En bref le régisseur a une triple mission : la tenue de la comptabilité de la régie, la gestion de caisse (identification des paiements et encaissements) et la gestion du contentieux relatif au recouvrement avec la mise à jour du suivi facturation.

#### ♦ Le CCG-CIC et l'analyse des recettes à réaliser

Le rôle du Service de Contrôle de Gestion et de Contrôle Interne Comptable (SCG-CIC) est accentué depuis le nouveau système T2A et le passage d'une vision budgétaire à une vision managériale centrée sur la création d'activité par l'hôpital.

Le service est composé de deux cellules : Cellule de contrôle de gestion et de comptabilité analytique qui veille à l'application des directives de la sous-direction « hôpitaux » de la DCSSA en ce qui concerne le contrôle de gestion au sein de l'hôpital. Pour cela elle participe à la construction du budget, produire le retraitement comptable destiné à isoler les charges des différents champs et celles imputables aux activités régaliennes comme à celles financées en sus de la tarification à l'activité.

La deuxième cellule c'est celle de contrôle interne comptable, elle assure la coordination entre les différents domaines (comptable, budgétaire, logistique, technique, etc...) afin d'éviter toute redondance. Elle procède aussi à toutes les opérations de contrôle de qualité comptable jugées opportunes afin de garantir la sincérité de la comptabilité de l'HIA, tant générale qu'analytique.

Le SCG-CIC permet alors de fournir une aide à la décision des dirigeants de l'HIA. Il a pour mission de suivre l'activité aussi bien pour les hospitalisations que les soins externes (hors données du PMSI) et rédige des tableaux de bord pour la

---

<sup>19</sup> Toutes les activités réalisées au profit de militaires ou imputées à différents budgets ministériels sont enregistrées au titre d'un débiteur « budgets »

chefferie et les services. Il est aussi chargée d'établir la comptabilité analytique de l'HIA avec notamment la détermination des coûts de revient.

◆ La PUI joue un rôle au sein de la chaîne

Le rôle de la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) dans la chaîne de facturation-recouvrement des prestations de soins est n'est qu'une partie de son activité multiple. Elle assure le ravitaillement et le stockage des consommables de soins, de produits de soins courants, de médicaments à destination des hospitalisés, des Dispositif Médicaux Implantables (DMI), l'approvisionnement des services et la préparation des Dispensation Journalière Individuelle (DJIN) pour les patients. C'est par sa gestion de rétrocession et le suivi des Molécules Onéreuse- Dispositif Médicaux Implantables (MO/DMI) qu'elle permet à l'hôpital d'établir les factures correspondantes à destination de l'assurance maladie. Récemment (janvier 2012) la gestion des rétrocessions a été redéfinie.

◆ Le CPEMPN un acteur spécifique vu son activité et procédures particulières

Le centre Principal d'Expertise Médical du personnel navigant est l'un des cinq centres en France qui assurent une mission d'expertise auprès des personnels navigants de l'aéronautique civile ou militaire (deux civils : Roissy et Toulouse, et trois militaires : Clamart, Bordeaux et Toulon). Tout navigant ayant besoin d'une reconnaissance d'aptitude doit se présenter dans l'un des centres (une obligation pour les militaires dans un centre militaire et un choix pour les civils entre centre civil ou militaire).

L'activité de CPEMPN est de l'ordre de 15 000 expertises annuelles. Les visites d'expertise donnent lieu à des certificats d'aptitude. La procédure particulière consiste à ce que le bénéficiaire ne peut récupérer les résultats que sur présentation de l'attestation de paiement à la régie de l'HIA

*II.1.2 Les objectifs : un moyen de cadrage*

Pour mieux encadrer les principaux épisodes du processus et garantir la pérennité de l'efficacité de la chaîne de facturation des HIA, la DCSSA a fixé des objectifs pour les trois principaux épisodes du processus :

- ◆ Un délai de 15 jours est fixé par la DCSSA comme objectif de codage pour les hospitalisations et au fil de l'eau pour les actes et consultations externes.

- ◆ Un délai de 25 jours est fixé comme objectif pour la facturation des hospitalisations et 15 jours pour les actes et consultations externes, avec un taux de refacturation de 5% des dossiers.
- ◆ Pour l'épisode recouvrement il n'y a pas d'objectif fixé officiellement par la DCSSA, l'objectif implicite est de 100% de recouvrement des factures émises.

### *II.1.3 Le processus et les problèmes rencontrés*

Malgré les spécificités de certains HIA, la DCSSA a demandé à ces derniers par la note n°424 du 30 juin 2009 à rendre le parcours du patient de l'accueil vers les services cliniques, puis vers la caisse de la régie d'avance et de recettes, le plus rationnel possible.

#### ■ L'accueil téléphonique et la prise de rendez-vous

C'est le premier contact du patient avec l'hôpital et le premier vecteur d'information. Il peut se faire aussi directement par le déplacement physique du patient auprès des services concernés, que se soit pour hospitalisation ou consultation. Le seul service qui fonctionne uniquement sur rendez-vous pris par téléphone ou via internet est le CPEMPN

#### ■ Les pré-admissions des hospitalisations programmées

Une phase d'ouverture du dossier du patient est souhaitable pour toutes hospitalisations programmées. Il s'agit d'une démarche avant le jour où le patient se présente dans un service clinique pour hospitalisation. C'est une pré-admission où, en plus des procédures de création et vérification du dossier du patient, il lui sera proposé certaines prestations particulières telles que la chambre individuelle qui nécessite un consentement du patient et une prise en charge auprès des organismes de mutuelle prise en charge.

#### ■ L'admission

Elle a lieu le jour où le patient se présente que se soit pour l'hospitalisation ou le rendez-vous de consultation externe. En général, c'est un accueil administratif des patients qui peut se faire par les agents du SHSE ou par les secrétaires médicaux des services hospitaliers qui assurent également une mission de contrôle des données administratives avant visa du SIM pour facturation.

L'accueil est une étape d'une grande importance, c'est le premier jalon de l'identitovigilance et son garant.

Pour accomplir cette tâche, des formalités sont mises en place : Le patient se présente à l'accueil, il prend un ticket aux bornes en fonction de sa situation (s'il est ambulancier, s'il vient pour une hospitalisation, ou pour les consultations selon qu'il est civil ou militaire). Des pièces justificatives d'identité qui sont demandés dès la prise de rendez-vous par les secrétaires médicales seront vérifiées (CNI ou pièce similaire qui servira à l'identitovigilance, carte vitale pour vérification de l'ouverture des droits à l'assurance maladie et une attestation mutuelle). Lors de la constitution de son dossier, le patient, à l'HIA Percy, se voit attribué un IPP (Identifiant Patient Permanant) commençant par le chiffre 8 quand bien même il aurait déjà un IPP provenant d'un autre HIA.

Les secrétaires médicales des urgences remplacent les agents du SHSE. Elles recherchent dans la base s'il y a déjà un dossier. Si oui elles vérifient auprès du patient si le dossier est bien le sien. En outre, elles photocopient les documents qu'elles ont en leur possession avant de les transmettre au SHSE

Les formalités d'accueil au CPEMPN sont un peu particulières. Cela est dû aux pré-admissions sur lesquelles reposent le fonctionnement du centre, la vérification du dossier se fait sept jours avant l'arrivée du patient. La carte vitale et l'attestation mutuelle ne sont pas demandées car les expertises faites ne sont jamais à la charge de l'assurance maladie ou d'une mutuelle.

- problème rencontrés

- malgré le rappel aux pièces nécessaires pour la constitution du dossier administratif et l'identitovigilance fait par les secrétaires médicales et les affiches aux différents espaces de l'hôpital, des patients viennent sans quelques documents de base. un IT (Identifiant Temporaire) lui seront attribué valable la journée en attendant qu'ils fournissent au plus vite le document manquant. Néanmoins certains patients ne reviennent pas, alors la facturation sera établie sur la base de l'identité donnée bien qu'elle n'ait pas été confirmée.

- Certaines interventions faites par la section accueil du SHSE pour remédier aux problèmes liés au dossier du patient tels que le changement d'identité, la demande des pièces manquantes et la confirmation de l'identité des patients des urgences en cas des accidents, ne peuvent pas être faites par les personnels chargés de l'accueil aux urgences en dehors des heures de service, se qui multipliera les erreurs.

- Le suivi des dossiers des patients dits bénéficiaires exceptionnels et qui sont définis par une circulaire<sup>20</sup> a nécessité une organisation du travail à part, et un suivi par un adjoint au chef de service aidé d'un agent spécialement dédié. C'est un suivi à chaque étape du séjour, chaque étape pouvant, en cas de carence, induire à terme un défaut de paiement et des contentieux financiers difficiles à résoudre.

■ Le séjour et la facturation

\* **Un codage** précis, sincère et exhaustif des actes et des diagnostics relève de la seule responsabilité des médecins. Pour cela, chaque médecin dispose d'un identifiant de connexion qui lui est propre pour s'identifier lors du codage. Il est réalisé à la source, c'est-à-dire par les praticiens réalisant les actes. Il n'est plus raisonnablement envisageable que cette tâche soit déléguée aux secrétaires médicales.

A l'issue de l'épisode de soins (sortie de séjour et actes ou consultation), le praticien procède à la saisie des diagnostics et des actes dans l'application USV2 sous forme de codage. Une validation de ces informations est faite par le SIM après vérification des dossiers « en erreurs » sur AMADEUS. En cas d'erreur, le MIM retourne le dossier au médecin codeur avec la mention « à recoder » avec un commentaire sur la nature d'erreur. En cas de désaccords entre le SIM et un médecin à propos du codage, le MIM prend en charge le codage en fonction de ses compétences en la matière.

\* **Une mise en facturation** est faite par la cellule administration-facturation du SHSE après la clôture de l'épisode de soins et la sortie du patient. Les admissions sont facturées par la section facturation hospitalisation et les consultations et actes externes sont facturés par la section facturation soins externes.

Le fonctionnement de la cellule facturation des hospitalisations est basé sur l'exécution de la globalité des tâches à faire pour un dossier de facturation par un seul agent. Pour cela les dossiers sont répartis en 3 binômes et suivant les lettres alphabétiques des noms des patients. Certains agents sont dédiés au seul suivi des dossiers des bénéficiaires exceptionnels et des brigades des sapeurs pompiers de paris (BSPP).

Pour la facturation des hospitalisations, un délai de 10 jours après la sortie est observé avant la facturation. L'agent préposé à la facturation procède d'abord à la

---

<sup>20</sup> Circulaire n° 1930/DEF/DCSSA/AJA du 24 Mars 2006 relative aux admissions exceptionnelles des ressortissants étrangers dans les HIA et le CPEMPN

constitution du dossier administratif avec toutes les pièces nécessaires à la facturation. Il vérifie que le dossier a bien été validé par le DIM, l'IEP, la prise en charge de la mutuelle, les rattachements d'Affection de Longue durée (ALD) et le numéro de la sécurité sociale.

Pour les pièces manquantes les agents disposent de documents type, à envoyer aux patients et à l'assurance maladie ou les mutuelles. Ces dernières sont de deux types : soit elles sont conventionnées et la facturation se fait directement sans demande de prise en charge. Soit elles sont non conventionnées et la facturation nécessite une demande de prise en charge avec l'indication du code DMT, qui est un identifiant national pour les services hospitaliers. En cas de non réponse de la mutuelle dans un délai de 15 jours, une relance est faite auprès du patient afin qu'il confirme la mutuelle annoncée. 15 jours encore après cette relance et en cas de non réponse la facturation est établie au nom du patient.

Une fois que la phase de constitution du dossier est terminée et après validation DIM, une demande de facturation est faite par les agents pour tous les dossiers facturables. Ensuite intervient une liquidation des factures qui fait l'objet de l'émission de plusieurs titres, soit autant que de débiteurs concernés. Ces titres sous forme d'un état sont envoyés à la régie qui les classe « en attente de recouvrement ». L'édition des titres pour l'assurance maladie fait l'objet d'un état à part et son recouvrement se fait par budget global et ne passe pas par la régie. Une édition des titres destinés aux 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> débiteur est faite et envoyée par le SHSE.

Les Actes et Consultations Externes (ACE) sont traités par une cellule appartenant au SHSE. A la différence des hospitalisations, les dossiers sont constitués une fois la consultation terminée. La facturation se fait au fil de l'eau sauf pour les dossiers non facturables qui seront étudiés cas par cas.

La constitution du dossier d'un patient qui vient pour les soins externes commence dès la délivrance de la carte navette, pour laquelle il est demandé au patient de fournir tous les documents justificatifs dont le service pourrait avoir besoin pour établir la facturation. Néanmoins certaines pièces sont à fournir par les services cliniques vu leur nature médicale, (exemple : consultation en lien avec des ALD, des accidents du travail, des expertises pour les militaires, les accidents en service et les invalidités).

\* Un autre mode de **facturation au CPEMPN** est un peu particulier. Les expertises faites au centre sont facturées sur la base de forfaits, dont les tarifs sont les mêmes dans tous les centres d'expertise. Les expertises sont prises en charge soit par les clients de façon individuelle auprès de la caisse de la régie de l'hôpital, soit par les compagnies aériennes pour leurs personnels, ou elles sont imputées à un budget ministériel et font alors l'objet d'un recouvrement central par la DCSSA. (À partir du juillet 2012 la facturation des débiteurs anciennement typé recouvrement central change en fil de l'eau avec transmission d'un titre auprès du régisseur pour recouvrement local)<sup>21</sup>

Le système d'information pour la gestion des clients se compose de trois logiciels : UNIX qui est un système commun à tous les centres d'expertise militaires, le logiciel GAM pour l'enregistrement administratif du patient et USV2 pour l'enregistrement des expertises afin que le SHSE puisse les facturer à qui de droit.

La facture des expertises du CPEMPN est faite tous les 15 jours. Un premier tri se fait au niveau du SIM qui identifie tous les « non admis », lesquels correspondent à des rendez-vous non honorés pour lequel un Identifiant Episode Patient (IEP) a été créé. Les dossiers écartés seront étudiés à part, pour les motifs la plupart du temps d'erreurs de saisie dans les coordonnées du client ou débiteurs concernés. Pour le recouvrement, il se fait soit en régie, soit en recouvrement central (s'il s'agit d'un débiteur ministériel).

\* Le dernier mode de **facturation** concerne la **PUI** (Pharmacie à Usage Intérieur). Sont concernés par ce mode de facturation les rétrocessions et les MO/DMI

Pour les rétrocessions qui sont des médicaments réservés à l'usage hospitalier mais le traitement doit être suivi par le patient à son domicile, elles sont fixées par arrêté<sup>22</sup> en lien avec le code de la santé publique. Lorsque la PUI réceptionne l'ordonnance et après la vérification des conditions nécessaire, les préparateurs délivrent le médicament et enregistrent la rétrocession dans GAM en créant un Identifiant Episode Patient (IEP) spécifique associé à cette prescription. Les titres de rétrocession sont établis à partir du logiciel PHARMA, ces titres étant associés à des IEP, il y a par transfert des flux. Une édition des titres de rétrocessions se fait une fois par semaine et suivi par une impression d'un ordonnancier et un pointage de tous les

<sup>21</sup> Note n° 736/DEF/DCSSA/HOP du 3 juillet 2012 « modification des procédures de facturation au titre de recouvrement central »

<sup>22</sup> Arrêté du 9 décembre 2005 modifiant l'arrêté du 17 décembre fixant la liste prévue à l'article L.5126-4 du code de la santé publique, il s'agit de la liste des médicaments qualifiés de « rétrocédables » ainsi que des modalités de rétrocession.

titres de rétrocessions édités. Tous ces éléments de flux sont transmis au SHSE qui procédera à l'élaboration de la facture. Cette procédure a été suspendue, sauf urgence, en l'absence de rétrocessions remboursées à cent pour cent par la DCSSA.

Pour les MO et les DMI qui sont associées à des séjours et déjà rattachées à un IEP existant, leur ordonnance se fait par un médecin « senior<sup>23</sup> ». Il s'agit des produits coûteux d'où une exigence de traçabilité.

Puisque l'administration des MO se fait dans le cadre d'une hospitalisation ou une consultation programmée, la dispensation du produit se fait par la PUI suivant les besoins, mais certains services préfèrent que les MO soient en dotation et qu'ils prennent en charge par la suite à envoyé l'ordonnance et les documents de traçabilité de la MO dispensée à la PUI.

- problèmes rencontrés

- Pour la cellule facturation des hospitalisations, des problèmes de flux entre USV2 et GAM imposent toujours aux agents de vérifier les informations extraites. De même certaines informations médicales dans le dossier du patient peuvent être changées par les services techniques, malgré le fait qu'elles soient validées.

- Pour la cellule Soins externes, le principal problème est que la transmission des informations par les services cliniques n'est pas toujours exhaustive, ce qui nécessite un certain nombre de relance de la part des agents de la cellule facturation des soins externes (auprès des services), nécessitant un temps considérable et de nombreux allers-retours qui peuvent être évités.

- Les sommes en cas de recouvrements contentieux via l'ACSIA ne reviennent pas directement dans les recettes de l'hôpital, mais dans celle du SSA.

- Un décalage de deux jours entre l'enregistrement dans GAM et l'apparition dans PHARMA complique le traitement des rétrocessions, qui dans certains cas nécessitent l'enregistrement en temps réel surtout lorsqu'il s'agit des patients étrangers qui payent à l'immédiat ou d'une dispensation dans le cadre d'une hospitalisation non programmée à partir des urgences (réanimation ou hôpital de jour). Ce problème est résolu suite à la décision de suspension des rétrocessions sauf urgence.

---

<sup>23</sup> Un spécialiste praticien hospitalier en poste (pas un interne)

### ■ Le recouvrement

Le recouvrement des produits hospitaliers est fait à la régie d'avance et des recettes. Ce recouvrement peut être amiable ou contentieux. Il se fait à travers l'application A-Régie qui comporte une partie dépenses et une partie recettes. La régie reçoit les masses de factures envoyées dans GAM par les cellules facturations du SHSE à travers une interface entre GAM et l'application A-Régie.

Pour notre étude, seule la partie recettes c'est-à-dire le recouvrement des produits hospitaliers nous intéresse.

La mission de la régie ne se limite pas à l'encaissement du titre seulement mais elle effectue un suivi régulier de ce qu'elle reçoit, qu'elle transmet au SHSE, et participe à la résolution de certains problèmes rencontrés en lien avec le SHSE.

La régie se compose de :

\* La caisse qui a pour mission principale, l'encaissement des recettes relevant des fonds de concours c'est-à-dire tout ce qui est lié à l'activité de soins ainsi les recettes des expertises faites au CPEMPN qui sont assimilées à de l'hospitalisation de jour et valorisées selon un tarif indépendant de l'assurance maladie, défini par la DCSSA.

\* La section comptabilité, qui assure le suivi quotidien de tous les paiements effectués dans le cadre de prestation de soins auprès de la régie et qui apparaissent sur le Compte de Dépôt sur Fonds de Trésor (CDFT), elle tient une comptabilité journalière à partir d'un livre journal et un registre de disponibilité, c'est à elle que revient la vérification de la caisse de la veille ainsi que les pièces justificatives.

\* La section recouvrement, qui a pour mission d'identifier tous les virements faits sur le CDFT en les rapprochant des factures correspondantes. Tous les jours, un extrait du relevé du CDFT est reçu et un enregistrement comptable suivi par une identification. Toutes les opérations classées en « opérations diverses » se transforment en recettes. Pour cela il faut la facture, le décompte (uniquement pour les mutuelles) et le virement sur le CDFT. 95% des virements concernent les mutuelles et les compagnies aériennes (pour les expertises du CPEMPN qui ne sont pas à la charge du client), les 5% restant relevant des patients

\* La section « contentieux » qui intervient en cas de défaut de paiement et après 30 jours de l'envoi de la facture aux mutuelles et aux patients. Un délai supplémentaire de 30 jours à partir de l'envoi d'une lettre de relance est donné au débiteur pour payer ce qu'il doit faute de quoi une demande de Titre de Perception (TP) est éditée

et envoyée au Centre de Service Partagés Recette de Saint-Germain-en-Laye (CSP Recette SGL).

- problèmes rencontrés

- La majorité des mutuelles, lorsqu'elles reçoivent une lettre de relance, demandent les factures concernées, ce qui demande du temps pour joindre ces factures aux lettres. Avec l'effectif réduit du personnel de la REGIE et en particulier de la cellule contentieux (deux personnes), une décision interne consiste à ne pas gérer les lettres de relances et les TP en contentieux pour les mutuelles, en attendant la réponse de la direction centrale à propos de la demande qui a été faite pour qu'il ait un mode de recherche dans AMADEUS qui permet un rattachement des facture à chaque lettre de relance ou demande de TP.

- Les retours des factures pour la raison NPAI (N'habite Pas à l'Adresse Indiquée) demandent un plus d'effort aux agents de la section pour trouver une adresse faute de quoi le CSP Recette SGL n'entamera aucun poursuite.

- Le rapprochement entre les montants virés et leurs factures est parfois difficile surtout avec le débiteur INI qui ne donne pas des informations à propos des montants virés ce qui augmente la liste et le montant des virements non identifiés.

## **II.2. L'évaluation et le suivi de processus**

### ***II.2.1 Le rapport du DAISSA : des points faibles qui touchent l'organisation, les objectifs et les activités***

J'ai parlé dans la première partie de ce travail des circonstances de l'audit interne qui s'est déroulée à l'HIA Percy du 24 au 28 janvier 2011 et qui a été effectué par le DAISSA, dont l'objectif était de vérifier l'application de la note n° 424 qui organisait la fonction d'administration des patients et de la chaîne de facturation. A la fin de cette partie j'ai évoqué que des points forts et d'autres faibles ont été mis en exergue par les auditeurs pendant cette mission. Selon les objectifs de cette étude, je vais me limiter aux points faibles qui vont servir de base à l'identification des risques qui demande une maîtrise en priorité.

#### **a) En ce qui concerne l'organisation**

- Un logigramme représentant le fonctionnement de la chaîne de facturation recouvrement est en place. Cependant il n'existe pas de règlement intérieur.

- Pas de polyvalence entre agents de facturation et agents d'accueil. Ces derniers ne sont pas en mesure de tenir les postes de la section facturation. Il n'y a pas de groupe commun de facturation au sens de la note 424.
- Les assistantes sociales ne connaissent pas la chaîne de facturation.
- Pas de polyvalence entre les TIM et la cellule AMADEUS.
- La formation continue pour les secrétaires et les praticiens codeurs n'est pas formalisée. De même il n'y a pas formalisation du retour d'analyse des erreurs de codage.
- Il n'y a pas de formation continue pour le logiciel GAM.
- Il n'existe pas de recueil de procédures ou de manuel au sein de la régie. Certaines procédures ont été élaborées conjointement par le Régisseur, le chef du SHSE en fonction des problèmes rencontrés. Les agents disposent seulement des modes opératoires et des fiches de tâche.
- Les locaux du SHSE facturation ne sont pas fonctionnels de fait de leur dispersion et de leur dimensionnement qui les rend bruyants.
- GAM n'est pas un logiciel convivial. Il n'existe que peu de tâches automatisées, ce qui constitue une source d'erreurs. Des problèmes de données entre USV2 et PHARMA qu'imposent des saisies manuelles dans GAM.
- Les assistantes sociales n'ont pas d'accès à AMADEUS. Elles doivent se déplacer au SHSE pour vérifier les couvertures des patients.

**b) En ce qui concerne les objectifs**

- Les objectifs suivis par le SHSE ne sont pas formalisés.
- Aucun objectif n'est assigné au CPEMPN.
- Un suivi des objectifs de régie par le comité COPIL T2A se fait en l'absence du Régisseur qui est membre du comité d'après la note 424. et la note de désignation en interne (Annexe 4).

**c) En ce qui concerne les activités**

- La pharmacie ne communique pas d'informations relatives aux rétrocessions, molécules onéreuses et dispositifs médicaux implantables au SHSE.
- Pas de synthèse des erreurs adressée en retour aux services suite aux interventions de SIM afin de régler les difficultés éventuelles de codage ou les problèmes liés à l'utilisation d'AMADEUS.
- Pas de réunions formalisées entre le SHSE et les assistantes sociales.

- Au centre de consultations spécialisées, une personne est dédiée à la prise des rendez vous téléphoniques. Le taux d'appels non aboutis (51%) démontre le sous dimensionnement de l'effectif dévolu à cette fonction.
- Le SHSE n'a pas de connaissance exhaustive de la liste des chambres individuelles et ne tient pas de suivi spécifique à jour pour participer à la généralisation de prestation des chambres particulières.
- Le paiement immédiat n'est pas mis en œuvre, à part quelques modes de prépaiement au CPEMPN et des activités sur devis (chirurgie réfractives et chirurgie esthétique).
- Aucune formation spécifique à la facturation n'est disponible dans les catalogues et programmes.
- Les logiciels métiers et USV ne sont que partiellement compatibles. Un seul transfert de données par patient est possible ce qui constitue un lourd handicap pour les dossiers de patients bénéficiant de nombreux actes.
- AMADEUS ne prend pas la possibilité qu'un patient dispose de deux mutuelles qui couvrent chacune une partie des prestations de soins.
- Le logiciel AREGIE ne permet pas de mettre le TP pour les chèques rejetés, l'opération se fait manuellement.
- Le SIM ne communique pas le tableau de bord qui mesure le délai de codage aux services.

### *II.2.2 Les éléments de suivi et de pilotage au sein de l'HIA Percy*

La qualité de la facturation et la professionnalisation de l'ensemble de ses acteurs représente une importance plus que jamais stratégique depuis le changement de mode de financement des HIA. Pour cela des éléments de suivi et de pilotage sont mis en œuvre afin d'aboutir au bon fonctionnement du processus.

#### ▪ Le COPIL T2A

Un Comité de Pilotage de la T2A a été créé au sein de chaque HIA à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2009 afin de décloisonner les relations entre les différents partenaires de la chaîne de facturation-recouvrement et de les mobiliser autour de problématiques et d'objectifs communs.

« Présidé par le médecin-chef de l'HIA, le COPIL T2A a pour objet :

- de permettre le suivi des objectifs de codage, de facturation et de recouvrement qui ont été contractualisés avec l'ensemble des partenaires de la chaîne de facturation-recouvrement

- D'assurer la préparation et le suivi de l'EPRD de l'établissement et d'en préparer la restitution devant les instances plénières de l'HIA (CME, conseil supérieur d'Etablissement). »<sup>24</sup>

Ce comité doit se réunir au moins tous les quatre mois «afin de coller au plus près du calendrier de suivi des EPRD »<sup>25</sup>. Un COPIL T2A nominatif a été créé au sein de l'HIA Percy et fait l'objet d'une actualisation permanente (annexe 4)

▪ L'ensemble de suivis autour de la facturation

Certains dossiers qui posent des problèmes au bon fonctionnement de la chaîne facturation font l'objet d'un suivi particulier assuré par le chef de service du SHSE, son adjoint ou un agent dédié à un genre de problème spécifique.

\* Certains dossiers échappent de la facturation pour différentes raisons (codage des actes, manque d'informations administratives) leur facturation reste bloquée. Pour faire face à ce dysfonctionnement une simulation de clôture de facturation est faite au niveau des sections facturation d'hospitalisation et soins externes pour identification et résolution de chaque type de blocage.

\* Pour les militaires et les patients pris en charge par des organismes privés, la facturation des MO/DMI ne relève pas du PMSI, et dans ce cas-là, leur facturation ne peut se faire qu'à posteriori, et dans le cadre d'une refacturation au nom des organismes de prise en charge. Un suivi particulier se fait au niveau du SHSE en collaboration avec le SIM pour établir ces factures.

Malgré les mesures de cadrage des pratiques de gestions au sein de l'HIA Percy, pour garantir la pérennité de l'efficacité de la chaîne de facturation, il existe toujours des points critiques et des risques à maîtriser en priorité.

---

<sup>24</sup> Note n° 424/DEF/DCSSA/HOP/GH du 30 juin 2009 relative au fonctionnement des HIA en T2A : Organisation de la fonction administration des patients et de la chaîne de facturation.

<sup>25</sup> ibid

### **II.3. L'intégration des éléments soulignés par le DAISSA à l'identification des risques reliés à la chaîne de facturation-recouvrement**

#### *II.3.1 Méthode d'identification et cotation des risques*

Le but ici n'est pas uniquement de relever les anomalies et les défaillances qui sont la cause de dysfonctionnement de la chaîne, mais il s'agit de les inventorier, de les coter et les hiérarchiser afin d'identifier ceux qui sont plus importants et qui nécessitent des actions préventives en priorité. Pour appliquer ça, plusieurs méthodes sont disponibles, telle que la méthode AMDEC<sup>26</sup>. C'est une cotation des défaillances selon leur probabilité et leur impact (exemple : faible « 1 » / moyen « 2 » / fort « 3 »), d'où on aura à chaque risque un degré d'impact et un degré de probabilité. Le facteur de la probabilité par l'impact nous donne un coefficient de criticité. Par exemple un risque de probabilité moyenne « 2 » mais avec un impact fort « 3 » aura un coefficient de criticité égale à 2X3 soit 6.

La synthèse des cotations peut être sous forme d'un tableau ou un graphique appelé « cartographie des risques » à l'endroit où on peut identifier par marquage les risques dont les criticités sont élevées, d'où une priorité de lancer des actions correctrices.

Normalement après un repérage des points critiques, une identification de risques pouvant survenir se fait au niveau de chaque point. Mais ainsi que nous l'avions précisé supra, nous nous attacherons aux risques principaux.

Ces points critiques sont repérés par les points faibles relevés par le DAISSA, l'observation, l'écoute des intervenants complétée par une enquête de terrain qui fera l'objet de la dernière partie de mon étude.

#### *II.3.2 Cartographie des risques actuels*

Vu que certains points critiques ont été repérés pendant des dates antérieures à cette étude et que des mesures ont été mises en œuvre après ces dates, plusieurs risques sont déjà maîtrisés. Pour cela je vais me limiter aux principaux risques qui existent toujours et qui demande une maîtrise en priorité.

---

<sup>26</sup> Analyse des Modes de défaillances de leurs Effet et de leur Criticité

En premier lieu j'ai choisi de classer les risques en trois grandes catégories :

- Risques liés à l'organisation
- Risques liés aux objectifs
- Risques liés à l'activité

Ensuite j'ai relié les risques de chaque catégorie à l'un des épisodes du processus de la chaîne de facturation-recouvrement (enregistrement de l'épisode de soin, l'épisode de soins, l'épisode de traitement des données de soins, la facturation et le recouvrement).

Enfin, j'ai appliqué la méthode AMDEC à ce choix de classification des risques, qui m'a donné le tableau et la cartographie si dessous :

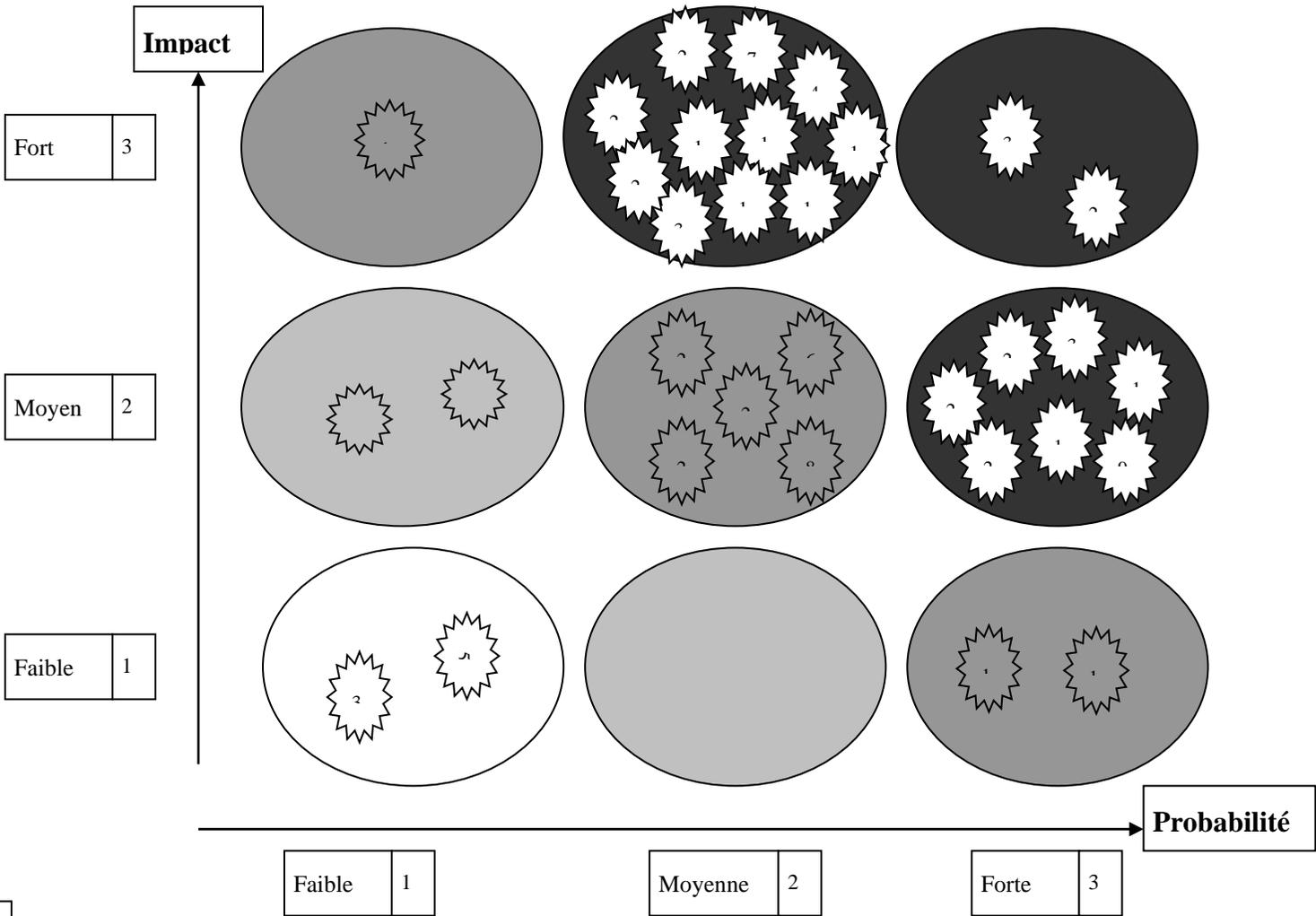
## Identification des risques suivant la méthode AMDEC

(Analyse des Modes de Défaillances de leurs Effets et de leur Criticité)

1 = faible	2 = moyen	3 = fort
Criticité $\geq$ à 6 : risque à maîtriser en priorité		

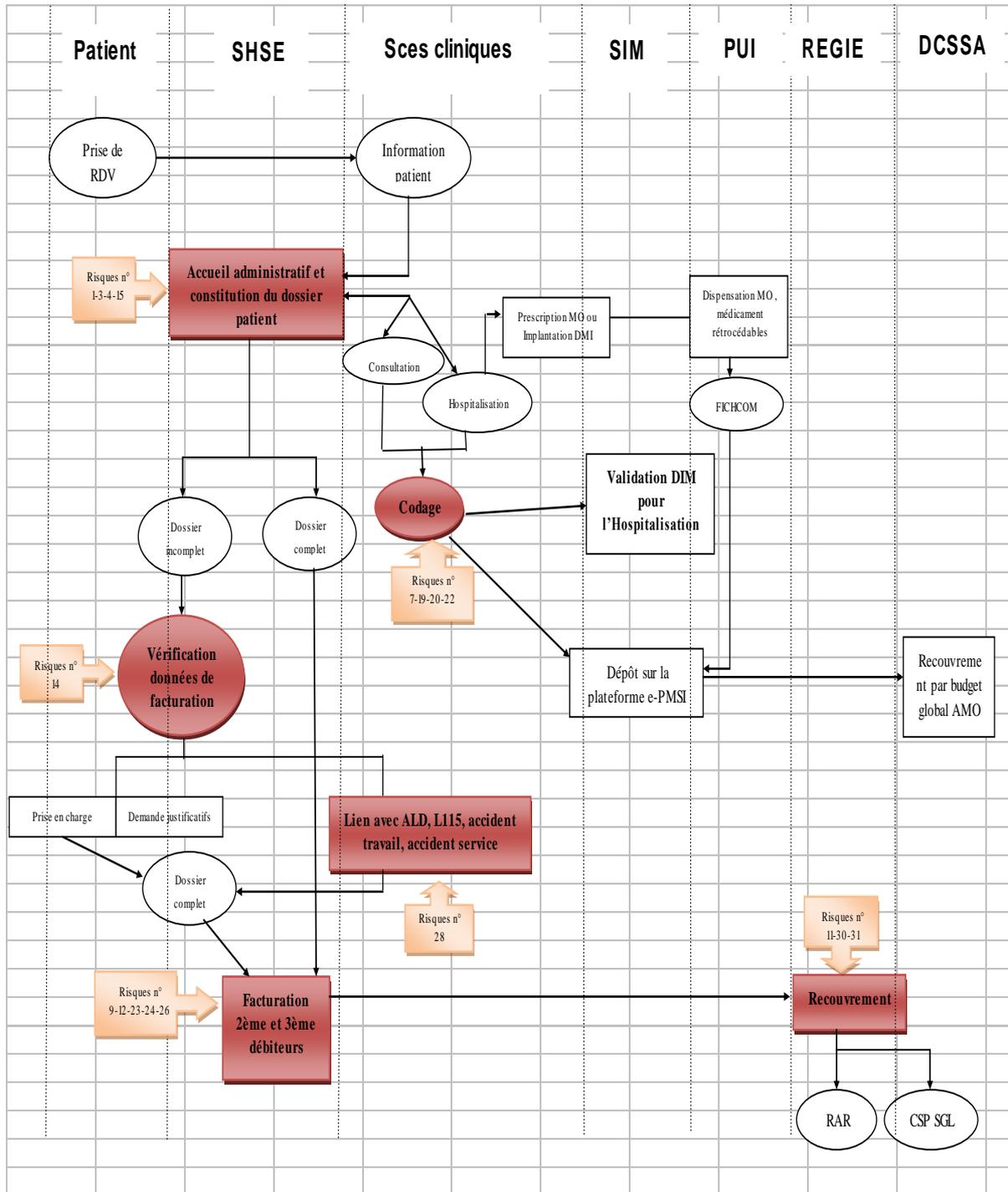
Catégories des risques	L'épisode de processus	N° de risque	Risques	Acteurs concernés	Probabilité	Impact	Criticité
<b>Organisation</b>	Tous les épisodes	1	Absence de règlement intérieur de la chaîne facturation-recouvrement	Chefferie+ SHSE+ Régie+ CCG/CIC	3	2	6
		2	Les assistantes sociales ne connaissent pas la chaîne de facturation	Tous les acteurs	1	2	2
	Enregistrement de l'épisode de soins	3	Pas de polyvalence entre agents de facturation et agents d'accueil. Ces derniers ne sont pas en mesure de tenir les postes de la section facturation. Il n'y a pas de groupe commun de facturation au sens de la note 424	Section accueil+ section facturation	3	2	6
		4	Pas de formation continue pour le logiciel GAM	SHSE	2	3	6
		5	locaux du SHSE facturation ne sont pas fonctionnels de fait de leur dispersion et de leur dimensionnement qui les rend bruyant.	SHSE	1	1	1
	Episode de soins	6	La formation continue pour les secrétaires et les praticiens codeurs n'est pas formalisée	Sce C+ SIM+ SHSE	2	2	4
		7	Absence formalisation du retour d'analyse des erreurs de codage.	Sce C+ SIM+ SHSE	2	3	6
		8	Pas de polyvalence entre le TIM et la cellule AMADEUS	SIM	2	2	4
	Facturation	9	problèmes de données entre USV2 et PHARMA qui imposent des saisies manuelles dans GAM	USHSE + PUI	3	2	6
		10	Pas de réunions formalisées entre le SHSE et les assistantes sociales	SHSE+ AS	1	2	2
	Recouvrement	11	Pas de recueil de procédures ou de manuel au sein de la régie	Régie	2	3	6
<b>Objectifs</b>	Tous les épisodes	12	Objectifs suivis par le SHSE ne sont pas formalisés	SHSE	2	3	6
		13	Aucun objectif n'est assigné au CPEMPN	SHSE+ CPEMPN	3	1	3
<b>Activités</b>	Enregistrement de l'épisode de soins	14	Patients qui donnent des fausses informations et qui ne reviennent pas après création d'un IT	SHSE+ Sce C	2	3	6
		15	Accueil aux urgences en dehors des heures de service incapable d'assurer certaines interventions liés au dossier du patient (changement d'identité..)	SHSE+ Sce C	3	2	6
		16	Taux d'appels non aboutis pour un rendez vous au centre de consultation spécialisé est élevé (51%)	Sce C	2	3	6
		17	Pas d'accès pour les agents d'accueil sur les informations qui concernent les chambres particulières	SHSE+ Sce C+ SIM	3	1	3
	Episode de soins	18	AMADEUS ne prend pas un patient disposant de deux mutuelles qui couvrent chacune une prestation de soins	Sce c+ SHSE	1	3	3

		19	Mauvais codage	Sce C+ SIM	2	3	6
		20	Dépassement de délai de codage	Sce C+ SIM	2	3	6
		21	Pas de retour aux services suite aux interventions de SIM pour erreur de codage ou problème d'utilisation AMADEUS	Sce C+ SIM	2	2	4
	<b>Traitement des données de soins</b>	22	Logiciels métiers et USV partiellement compatibles. Un seul transfère de données par patient (handicap pour patients bénéficiant de nombreux actes)	Sce C+ SIM+ SHSE	2	3	6
		23	Problème de flux entre GAM et PHARMA, double saisie et absence d'informations relatives aux rétrocessions, MO et DMI	PUI+ SHSE	3	2	6
		24	Décalage de 2 jours entre enregistrement dans GAM et apparition dans PHARMA (impossible d'enregistrer en temps réel dans des cas urgent de rétrocession)	PUI+ SHSE+ SIM	3	2	6
		25	Absence de connexion pour transmission numérisée des résultats de prélèvement au laboratoire	Sce C	3	2	6
	<b>Facturation</b>	26	Le paiement immédiat n'est pas mis en œuvre	SHSE+ Sce C	3	3	9
		27	Difficulté pour obtenir les informations et les documents nécessaires à la facturation des rétrocessions	SHSE+ PUI	2	2	4
		28	Absence de formation spécifique à la facturation	SHSE	2	2	4
		29	Manque d'exhaustivité des informations cliniques (lien ou non avec ALD...)	SHSE+ Sce C	2	3	6
	<b>Recouvrement</b>	30	Le logiciel AREGIE ne permet pas de mettre le TP pour les chèques rejetés, l'opération se fait manuellement	Régie	2	3	6
31		Les sommes de recouvrement contentieux via l'ACSIA ne reviennent pas directement dans les recettes de l'hôpital	Régie	3	3	9	
32		Retours des factures pour la raison NPAI	Regie+ SHSE	1	1	1	



N° de risque		
1	Facteur de criticité = 1	Risque accepté
2	Facteur de criticité = 2	Risque acceptable
3 ou 4	Facteur de criticité = 3 ou 4	Risque tolérable
≥ 6	Facteur de criticité ≥ 6	Risque à maîtriser en priorité

**II.3.3 Un diagramme des flux de la chaîne de facturation-recouvrement pour identifier les tâches où le risque est important**



**Tâche où le Criticité de risque  $\geq$  à 6**

### *II.3.4 Quel degré de performance pour la chaîne de facturation-recouvrement de l'HIA Percy ?*

La DCSSA par la note n° 424/DEF du 30 juin 2009 a défini le fonctionnement des HIA en T2A et précisément l'organisation de la fonction d'administration des patients et de la chaîne de facturation. Ensuite elle a mené un audit dont l'objectif principal consiste à vérifier la bonne prise en compte de cette note dans tous les HIA. Le but de ces travaux de pilotage centralisé, a été :

1. De remédier à la situation déclarée par la cour des comptes dans son rapport définitif de décembre 2009, où elle a développé une partie entière sur le pilotage perfectible des hôpitaux d'instruction des armés et surtout les enjeux liés à la facturation notamment le dysfonctionnement du système d'information, le délai de facturation trop long et le recueil de données non fiables.

2. D'arriver au même temps à assurer les missions opérationnelles de soutien de l'ensemble des forces et de poursuivre la transformation déjà engagée depuis 2008 en ce qui concerne le financement en T2A, afin d'aboutir à un service performant et moderne en 2015.

Des efforts au niveau central (DCSSA) et local (dans chaque HIA) ont été menés à la recherche de cette performance qui n'a cessé d'évoluer d'un HIA à l'autre. Les résultats de la chaîne de facturation-recouvrement reflètent son degré de performance et deviennent une source de motivation pour l'amélioration du processus. Pour cela un double suivi et pilotage est effectué :

- Au niveau DCSSA : un suivi basé sur une dimension comparative des résultats par rapport aux objectifs fixés et par rapport aux résultats dégagés par les autres HIA. (Des tableaux de bord mensuels annexes 5, 6 et 7).

- Au niveau direction de l'hôpital : un suivi régulier des résultats de la chaîne de facturation dans les réunions COPIL T2A (annexe 8)

Ces deux suivis mettent l'HIA Percy en position satisfaisante du point de vue du degré de performance de la chaîne de facturation-recouvrement par rapport aux autres HIA et aux objectifs fixés par la DCSSA.

Mais peu importe le niveau du degré actuel de performance de la chaîne de facturation-recouvrement de l'HIA Percy, il faut toujours penser à éliminer les risques qui existent toujours et qui freinent l'amélioration d'un processus connu pour sa complexité.

Le préalable nécessaire à la réalisation de toute action d'amélioration est de dégager les axes principaux sur lesquels il serait souhaitable d'agir. Afin de pouvoir dégager ces axes. Une enquête de terrain a été menée et a permis de donner naissance à des propositions d'amélioration dans une démarche d'optimisation de la chaîne de facturation-recouvrement de l'HIA Percy.

### **III- L'enquête de terrain pour dégager les axes d'optimisation envisageables**

Ainsi que nous venons de l'exposer, on peut dire que la base de la chaîne de facturation-recouvrement est l'organisation en elle-même et l'interdépendance de ses acteurs. C'est pourquoi une amélioration de ces deux volets doit nécessairement toucher trois axes qui forment les piliers de l'évolution de ce processus.

Il s'agit d'abord de faire converger les différents acteurs vers un même objectif, et cela passe par le renforcement de pilotage

Ensuite d'améliorer la communication entre les acteurs, afin de la rendre plus facile et plus rapide.

Enfin d'essayer à faciliter le fonctionnement actuel par la proposition de certaines modifications à l'organisation existante.

Nos pistes d'amélioration seront construites sur la base de réponses formulées lors de nombreux entretiens et pourraient conduire à une optimisation du processus de facturation-recouvrement.

#### **III.1. L'enquête de terrain**

##### ***III.1.1 Les hypothèses de recherche***

Pour dégager les hypothèses de ma recherche je me suis basé sur les trois référentiels traités dans la première et la deuxième partie de mon étude et qui sont : le rapport définitif de la cour des comptes sur le service de santé des armées, la note n° 424 du 30 juin 2009 relative au fonctionnement des HIA en T2A, et enfin le relevé de constats d'audit interne de la chaîne de facturation et de recouvrement des produits de l'activité hospitalière de soins, qui s'est déroulé à l'HIA Percy du 24 au 28 janvier 2011,

Il a été convenu de choisir trois hypothèses de travail pour notre enquête de terrain :

D'abord, dans les services concernés par l'étude, des outils de pilotage ont été mis en place (tableaux de bord, comité de pilotage). Donc il serait utile de savoir s'ils sont satisfaisants et pertinents.

D'autre part, étant donné que les acteurs composant la chaîne de facturation hospitalière sont interdépendants et doivent travailler ensemble, la rapidité de

circulation de l'information est nécessaire, d'où l'importance de vérifier s'il existe une communication entre eux qui facilite leurs tâches.

Enfin, le nouveau système de financement exige des modifications d'organisation utiles au bon fonctionnement du processus de la chaîne de facturation-recouvrement, tel que le paiement immédiat -dont la mise en œuvre à l'HIA Percy qui n'est pas complètement faite- ainsi que le projet d'intégration de la Facturation Individuelles Des Etablissement de Santé (FIDES), qui nécessite une grande préparation . Donc il serait utile d'en connaître les causes pour le premier et les démarches à suivre pour le second.

### *III.1.2 Les méthodes de travail*

La recherche de l'optimisation de la chaîne de facturation-recouvrement passe par une analyse des interactions entre de multiples acteurs, une analyse qui nécessite un déplacement dans les services pour mener des entretiens. C'est une méthode qui permet à la fois de se rendre physiquement dans les services et de se rendre compte des difficultés, et d'installer un véritable échange au cours duquel l'interlocuteur expose ses perceptions d'un événement ou d'une situation, ses interprétations ou encore ses expériences.

Un guide d'entretien semi-directif a été élaboré en tenant compte des objectifs de l'enquête. Un formulaire de questions a été construit pour orienter l'interlocuteur vers les axes de recherche. Néanmoins l'interlocuteur peut parler ouvertement.

Pour que les résultats de l'étude reflètent la réalité de la situation, l'échantillon de l'enquête est composé de différentes catégories de personnel travaillant ou en relation avec la chaîne de facturation hospitalière. Quatorze personnes ont été interrogées.

Il a été choisi de regrouper les personnes selon leur position hiérarchique en leur attribuant un numéro afin de conserver leur anonymat et en fonction de leur statut, leur formation et leur ancienneté par rapport à la mise en place de la T2A (annexe 9).

Il a été choisi aussi de regrouper les différentes questions par thèmes. Ces thèmes reprennent les hypothèses de travail posées précédemment.

### ***III.1.3 Les limites de la méthode de travail***

Il n'était pas possible d'interpréter tous les réponses de la même façon, on ne peut pas donner une échelle d'évaluation (une note) à certaines réponses, genre quel est le moyen de communication privilégié des agents ?

Aussi mener des entretiens sur le terrain risque toujours d'être interrompu par des appels téléphoniques ou le passage de quelqu'un, ce qui peut influencer sur les réponses.

Enfin certains rendez-vous d'entretien ont été reportés ou annulés suite à la charge de travail des personnes intéressées.

### ***III.1.4 Les résultats de l'enquête dégagent une nécessité d'optimisation***

- Méthode d'interprétation des résultats

- o La construction de tableaux

Toutes les réponses ont été enregistrées dans des tableaux croisés dynamiques (échantillon en annexe 10), pour avoir à la fin un tableau de synthèse provenant d'une masse de données. Ce tableau a été établi selon les grands axes qui correspondent aux hypothèses retenues (pilotage, communication et organisation), et aussi selon les catégories hiérarchiques étudiées (agent, cadre ou adjoint et chef de service).

- o La fixation d'une échelle de valeur

Afin d'interpréter les résultats, j'ai choisi de déterminer une échelle de valeur qui s'étend de 1 à 3. Le chiffre 1 correspond à un bon fonctionnement et ne nécessite pas que des actions soient menées, Le 2 correspond au fonctionnement qui peut être mieux et le chiffre 3 correspond au fonctionnement perfectible et reflète une nécessité des actions à mener.

Ensuite une moyenne a été calculée pour chaque niveau hiérarchique. Toutes les moyennes inférieures ou égales à 1,5 symbolisent un fonctionnement satisfaisant. En revanche les moyennes supérieures à 1,5 indiquent les actions adaptées qu'il convient de mener afin d'optimiser la chaîne.

- Les résultats selon les axes d'étude

\* Les valeurs présentées en gras symbolisent les actions prioritaires à mener

\* Il convient de préciser que tous les personnels n'ont pas su répondre

### Axe pilotage

	Connaissance du COPIL	Participation aux réunions COPIL	Cadence des réunions COPIL	Suivi d'application des décisions du COPIL	Connaissance des indicateurs	Présence des tableaux de bord	nécessité d'un pilote unique pour le processus	Réponse en %
Moyenne des agents	1,5	<b>2,3</b>	<b>3,0</b>	1,5	1,4	<b>2,5</b>	<b>2,0</b>	74%
Moyenne des cadres et adjoints	<b>2,0</b>	<b>3,0</b>			1,0	<b>2,0</b>	<b>2,0</b>	79%
Moyenne des chefs de service	1,5	<b>2,0</b>	<b>1,7</b>	<b>1,7</b>	1,5	1,5	<b>1,8</b>	88%
<i>total des moyennes</i>	<b>1,6</b>	<b>2,4</b>	<b>2,3</b>	<b>1,6</b>	1,3	<b>2,0</b>	<b>1,9</b>	80%

### Axe communication

	Fluidité dans la circulation de l'information	Existence de blocage	Disponibilité des interlocuteurs	existence de procédure à suivre lors d'un blocage	Réponse en %
Moyenne des agents	<b>2,0</b>	<b>1,8</b>	<b>1,7</b>	<b>2,6</b>	95%
Moyenne des cadres et adjoints	1,0	<b>2,3</b>	1,0	<b>3,0</b>	64%
Moyenne des chefs de service	<b>2,0</b>	<b>2,3</b>	1,3	<b>2,0</b>	71%
<i>total des moyennes</i>	<b>1,6</b>	<b>2,3</b>	1,4	<b>2,7</b>	78%

### Axe organisation

	existence d'une fiche de poste	existence d'une fiche de poste décrivant les responsabilités au sein de la chaîne	Les rôles et responsabilités de chacun sont définis	Existence d'une procédure de coordination interservices	identification des acteurs du processus	connaissance du projet d'intégration de la facturation individuelle FIDES	Réponse en %
Moyenne des agents	1,7	<b>1,8</b>	1,4	<b>2,2</b>	1,3	<b>2,2</b>	85%
Moyenne des cadres et adjoints	<b>1,8</b>	1,0	1,0	<b>2,0</b>	1,0	<b>3,0</b>	56%
Moyenne des chefs de service	<b>2,0</b>	<b>2,3</b>	1,5	<b>2,0</b>	1,5	<b>2,5</b>	93%
<i>total des moyennes</i>	<b>1,81</b>	<b>1,71</b>	<b>1,30</b>	<b>2,07</b>	1,28	<b>2,57</b>	78%

Il est à signaler que toutes les questions n'ont pas fait l'objet d'une note :

- Sur l'axe de communication, une question consistait à savoir quels étaient les moyens de communication les plus usités et l'impact qu'ils avaient sur la performance professionnelle. La majorité des réponses était le téléphone. Toutefois certaines personnes trouvent que la messagerie permet une résolution rapide des problèmes.

- Sur l'axe d'organisation, une question a été posée à tous les interlocuteurs alors qu'elle ne concerne en réalité que deux services : le SHSE et le SIM. Elle était de savoir si un correspondant était clairement identifié dans les services de soins. Des réponses négatives ont été données à cette question

A la vue de ces tableaux on peut aussi remarquer que le taux de réponse le moins élevé est chez les cadres hospitaliers, qui considèrent que cette enquête ne les concerne pas dans la mesure où ils sont plus attachés à leurs tâches médicales qu'aux autres tâches.

Une dernière remarque est que certaines personnes ont répondu par oui et non à la même question avec un commentaire pour argumenter leurs réponses.

### **III.2. Les axes d'optimisation envisageables**

L'enquête menée auprès des différents personnels a prouvé un besoin d'optimisation du processus de facturation/recouvrement. Même si celui-ci fonctionne relativement bien, je pense que certaines actions, qui touchent les trois axes étudiés, doivent être menées afin d'améliorer le rendement et s'adapter au processus qui n'a pas cessé d'évoluer.

#### ***III.2.1 L'amélioration des outils de pilotage vers plus d'efficience***

Un pilotage ne peut être efficient que s'il est maîtrisé. Cette maîtrise n'est possible qu'en déterminant des outils fiables et précis.

##### **▪ Elargir le champ de manœuvre du COPIL T2A**

Tout d'abord la connaissance de ce comité est faible surtout chez les agents qui jouent un rôle important dans le fonctionnement du processus, alors que l'idée de la création du COPIL T2A était de décloisonner les différents partenaires de la

chaîne de facturation-recouvrement en les fédérant autour de problématiques et d'objectifs communs. Donc, il est fondamental que chaque acteur concerné de la chaîne soit associé à cet élément de pilotage. Tous les chefs de service ainsi que tous les adjoints devraient y participer, et pourquoi pas un agent représentatif.

D'autre part, la majorité des personnes enquêtées n'ont, en conséquence, pas connaissance des conclusions du COPIL. Or, il apparaît nécessaire que les acteurs principaux puissent connaître les décisions qui ont été prises et qui vont certainement impacter leur management et leur fonctionnement.

En outre, l'enquête a pu démontrer qu'il n'existe pas un ordre de jour précis à chaque réunion du COPIL, (c'est ce que j'ai constaté moi même pendant les trois réunions COPIL aux quelles j'ai assisté). Il s'agit d'un suivi permanent de l'activité des services hospitaliers ainsi que de la chaîne de facturation-recouvrement, assuré par le chef DIM et le chef CCG-CIC. Alors qu'il est possible d'intégrer d'autres sujets qui représentent des projets de changement importants pour l'hôpital en général, et la chaîne de facturation en particulier, tels que :

- le paiement immédiat, que la DCSSA a décidé de généraliser depuis le mois de février 2011<sup>27</sup>, suite à une expérimentation qui a été menée aux HIA Robert Picqué et Begin. Mais ce système n'est pas encore appliqué à cent pour cent à l'HIA Percy. D'après l'enquête, le personnel est favorable au paiement immédiat qui permettrait d'éviter la facturation ultérieure, mais ils craignent qu'un codage incomplet susceptible de générer une refacturation plus complexe.

- le projet de facturation individuelle des établissements de santé (FIDES), qui a été lancé dans plusieurs hôpitaux civils par une expérimentation de facturation individuelle et directe des consultations et séjours aux caisses d'assurance maladie par des établissements de santé public et privé<sup>28</sup>. ce projet prévoit que les établissements de santé passent d'une déclaration d'activité mensuelle et anonymisée via le PMSI à une facturation individualisée au fil de l'eau vers l'ensemble des caisses AMO par l'intermédiaire d'une télétransmission des titres. L'application de ce système est prévue pour janvier 2013. Ce projet nécessite des travaux de préparation et des suivis réguliers. D'après l'Agence Nationale d'Aide à la Performance (ANAP) « Les établissements devront être

---

<sup>27</sup> Note n° 785/DEF/DCSSA/CAP du 14 février 2011

<sup>28</sup> Article 54 de la loi de financement de la sécurité social 2009 (Loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008)

vigilants car toute facture présentant une anomalie sera rejetée et non payée par l'AMO. La qualité des données est donc un enjeu fort pour les établissements ».

Ce système permettra à l'assurance maladie d'exercer des contrôles automatisés a priori, contrôles qui vont générer des rejets, que, s'ils sont nombreux, auront un impact négatif sur le fonctionnement du processus de facturation-recouvrement.

Un simple calcul pour l'HIA Percy peut mesurer cet impact : en appliquant le taux actuel de rejet de factures constaté pour les cliniques (soit 5% et alors qu'elles sont entrées dans le dispositif depuis 2005) à l'ensemble des titres devant être télétransmis chaque année (100 822 données 2011), ce ne serait pas moins de 5041 titres que le SHSE et la REGIE auront à retraiter tous les ans. Cette multiplication de nombre de rejets à traiter induira une augmentation de la charge de travail dans les bureaux, et donc une nécessaire augmentation des effectifs pour y faire face dans un contexte budgétaire contraint.

En effet, il est préférable que ces deux projets (paiement immédiat et FIDES) soient intégrés au COPIL T2A et qu'un suivi de leur mise en œuvre fasse l'objet d'un point régulier dans l'ordre du jour du comité. On peut même programmer des réunions spécifiques au suivi de ces projets qui peuvent être entre deux réunions du COPIL ; d'où un changement de cadence des réunions passant de un à deux fois par mois.

▪ Désigner un pilote du processus de facturation-recouvrement

Comme l'a précisée la MEAH dans son document de retour d'expérience, « Le premier écueil significatif concernant le processus de facturation-recouvrement est qu'il n'est dans sa globalité placé sous la responsabilité de personne »<sup>29</sup>. Les intervenants ainsi que les étapes du processus sont nombreux. De ce constat, la désignation d'un seul et unique pilote été la réponse de la majorité des personnes enquêtées, car cette identification est essentielle pour la bonne marche du processus, et ce à plusieurs titres. D'une part elle permet aux différents interlocuteurs, et notamment les partenaires externes tels que l'assurance maladie, de s'adresser à un responsable en capacité de maîtriser l'ensemble du processus. D'autre part, elle permet au médecin-chef de l'HIA Percy de fixer à un responsable des objectifs annuels et de pouvoir dialoguer sur le suivi

---

<sup>29</sup> MEAH, 2008, Optimiser la chaîne de facturation-recouvrement hospitalière, Document de retour d'expérience, disponible sur internet : <http://www.meah.santé.gouv.fr>

et l'atteinte de ces objectifs. Et enfin cette personne serait chargée de gérer les difficultés aux interfaces, là où les risques sont les plus certains.

Sans responsable de la chaîne de facturation, il est difficile de parvenir à maîtriser et à améliorer la performance du processus devenu aujourd'hui stratégique vu le défi de rapidité et de fiabilité demandé suite au projet d'intégration du système de facturation individuelle directe à l'assurance maladie.

#### ▪ Développer et communiquer les tableaux de bord

Le pilotage d'un processus sans tableaux de bord destinés à alerter sur un dysfonctionnement et accompagner la mise en œuvre d'un projet dont ils permettent d'évaluer l'efficacité est contre-performant. Le tableau de bord doit être basé sur des indicateurs qui ont été choisis, rassemblés et reportés dans un document unique afin d'assurer le pilotage du processus à contrôler.

A l'HIA Percy, des indicateurs existent et des tableaux de bord sont élaborés par différents services :

-le SHSE qui réalise un suivi mensuel de l'activité. La chef du SHSE multiplie les requêtes sur INFOCENTRE<sup>30</sup> pour élaborer les tableaux. Elle s'inspire des indicateurs fournis par la DCSSA

- le DIM utilise trois types de tableaux de bord. Le premier pour le suivi de l'activité et le niveau de dépense des services : il fait l'objet d'un exposé aux membres du COPIL. Les deux autres sont internes au service, l'un pour le suivi des délais de codage et n'est communiqué à aucun autre service, et l'autre est intégré à un tableau commun avec le SHSE pour le suivi de la chaîne facturation.

- la CCG-CIC essaye de réunir le maximum d'informations à partir de différents tableaux de bords des différents services, pour assurer un suivi global qui aide à la prise de décision.

Mais dans un contexte où le suivi des recettes est primordial, il apparaît plus que pertinent de développer ces outils afin d'avoir des résultats plus détaillés. A titre d'exemple, une construction des tableaux de bord par service au sein du tableau de suivi de la chaîne de facturation, et à l'image de ce qui est réalisé pour les services cliniques par la CCG-CIC, permettrait de concentrer l'effort de gestion sur les actions décisives.

---

<sup>30</sup> Logiciel de gestion des requêtes sur les données d'activité

De même les tableaux de bord sont destinés à alerter sur un dysfonctionnement et accompagnent la mise en œuvre d'un projet, alors ils doivent contenir des indicateurs ciblés sur une problématique spécifique qui permettent un suivi plus fin. A titre d'exemple, l'indicateur du taux de recouvrement qui fait l'objet de la dernière partie du tableau du bord de suivi, présenté par le chef CCG-CIC lors du COPIL T2A, doit être plus fin en mesurant le taux de rejet mensuel (nombre de factures en rejet / nombre de factures produites par mois), et selon les types de prise en charge : hospitalisation ou CE, puis par type de débiteurs. Il faudra également identifier les motifs de rejets retraités, dans le but de quantifier et d'exprimer le problème des rejets.

L'enquête a pu montrer aussi que les tableaux de bord sont nombreux mais qu'ils ne sont pas connus par tous les acteurs, faute de communication suffisante. Des efforts en ce sens doivent être poursuivis car un pilotage performant doit contribuer à décloisonner les acteurs puisque la construction de tableaux de bord les incite à coopérer et permet de les fédérer autour d'objectifs communs.

### ***III.2.2 La circulation de l'information : une condition indispensable au fonctionnement optimal de la chaîne***

Les acteurs composants la chaîne de facturation hospitalière sont interdépendants et doivent travailler ensemble. La rapidité de circulation de l'information est nécessaire afin d'améliorer les délais de facturation et, à terme, le recouvrement des créances.

Dans une perspective d'envoi des factures directement à la caisse pivot, et afin d'améliorer les délais de facturation ainsi que le recouvrement des recettes, la circulation de l'information reliée à cette facturation doit être fluide et rapide. Or l'HIA Percy souffre parfois d'une communication difficile ou lente, suite à des dysfonctionnements informatiques. Les résultats de l'enquête ont montré que des blocages existent. En effet certains personnels sont confrontés à des blocages informatiques liés à un manque de performance de leurs outils. Aussi une absence de procédures à suivre lors d'un blocage de communication est un point important à ne pas négliger pour une démarche d'amélioration de fluidité dans la circulation de l'information et d'un fonctionnement optimal de la chaîne de facturation.

- Améliorer la fluidité de la circulation d'information

Une information fluide et rapide est nécessaire afin d'améliorer les délais de facturation ainsi que le recouvrement des recettes. Des problèmes en relation à ce sujet existent à l'HIA Percy, dus à la complexité et aux défaillances de certains paramétrages du système d'information. Le problème a été soulevé pendant l'enquête et précisé avec le coordonnateur de la fédération des laboratoires, qui estime que l'interconnexion entre le système informatique du laboratoire SIL et GAM est complexe et sujette à des rejets liés à des paramétrages défaillants. Par conséquent, il désire disposer de moyens simples pour suivre le bon fonctionnement de cette interconnexion afin de corriger les dysfonctionnements.

Les acteurs de la chaîne de facturation recouvrement sont appelés à assurer des tâches multiples et de différents types. Pour cela, plus les moyens qui sont mis à leur disposition sont simples, meilleure est la circulation.

- Améliorer la communication par la coordination interservices et la formalisation des procédures

La coordination est le fait de diriger les initiatives ou les actions de plusieurs personnes vers un but commun. La procédure, quant à elle, est l'ensemble des règles à appliquer pour atteindre un objectif.

La procédure de coordination peut se définir alors, comme l'ensemble des règles permettant de diriger les actions de plusieurs personnes vers un but commun.

En l'espèce les résultats de l'enquête ont révélé qu'il n'existait pas de procédure claire de coordination surtout pour les agents. La plupart de ces procédures sont internes au service ou en collaboration avec un autre service mais verbal. Or une définition précise des règles concourant à faire aboutir le processus de facturation-recouvrement serait nécessaire.

A ce sujet il convient aussi de mettre en place des réunions d'échange : Services Cliniques / SHSE / Assistantes sociales / SIM / cadres santé... Ces réunions seraient l'occasion de renforcer la collaboration entre ces différents acteurs en permettant une meilleure connaissance des interlocuteurs respectifs mais également d'exprimer et de traiter les problèmes rencontrés, afin de trouver les solutions adéquates.

### *III.2. 3 Des ajustements organisationnels nécessaires*

Un organigramme fonctionnel, des fiches de poste et des procédures internes existent à l'HIA Percy et précisément au SHSE, mais l'enquête de terrain a pu montrer, d'une part, qu'ils ne sont pas connus de la majorité des acteurs, et d'autre part qu'ils ne sont que trop rarement remis à jour et parfois ne déterminent pas les responsabilités de chacun au sein de la chaîne de facturation-recouvrement.

Une évaluation continue est nécessaire pour tout processus en changement permanent. La mise en place d'une cellule qualité de la facturation est utile afin de choisir les actions prioritaires à mener, les méthodes de travail à adopter ainsi que les suivis des avancées des projets et la détermination des orientations futures.

Une polyvalence entre agents d'accueil et agents de facturation semble nécessaire afin de permettre à la chef de service du SHSE de gagner en souplesse sur la gestion des effectifs.

Enfin, des procédures et des méthodes de recueil d'information uniques, sur lesquelles tout agent pourra s'appuyer en cas de difficulté, doivent être écrites pour empêcher au maximum un mauvais renseignement des données ou une perte d'information.

- Une mise à jour documentaire permet de clarifier les tâches

L'organigramme est une représentation schématique des liens fonctionnels, organisationnels et hiérarchiques. Il permet d'indiquer la répartition des responsables d'ensemble des tâches entre les postes et les relations de commandement qui existe entre eux. Il présente ainsi les rapports de subordination. Chaque acteur de la chaîne de facturation a besoin d'être bien positionné dans l'organigramme de son service afin de connaître ses interlocuteurs et de s'orienter lors d'un problème de communication. En l'espèce il existe un organigramme fonctionnel. Toutefois il définit globalement le processus et présente l'inconvénient de ne pas suffisamment clarifier la position et les interactions de chacun. A ce sujet un projet de mise à jour de l'ensemble des outils du contrôle interne comptable<sup>31</sup> (cartographie des risques, plans d'action, organigramme fonctionnels) est en cours de réalisation au niveau central, et à l'HIA Percy la CCG-CIC est chargée de

---

<sup>31</sup> Note 432/DEF/DCSSA/BF/CAF du 11 avril 2012 « contrôle interne comptable-dossier d'Auditabilité Permanent Local (DAPL)  
<Mourad EL HENI> - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - <2012>

collaborer avec tous les services pour la collecte et l'envoi des données nécessaires à la direction centrale.

En ce qui concerne l'existence des fiches de postes et leur mise à jour, l'enquête a pu montrer que même si ses fiches existent pour la majorité des postes, elles ne sont pas connues par les personnes concernées ou elles ne décrivent pas les responsabilités de chacun au sein de la chaîne de facturation-recouvrement. En fin de compte clarifier les tâches de chacun dans une fiche de poste, bien formalisée, favorise une meilleure connaissance des contributions de chacun, la reconnaissance de l'importance de son rôle ainsi que l'amélioration des conditions de travail et la motivation de l'intéressé.

La création et la mise à jour d'organigramme fonctionnel et des fiches de poste semblent nécessaires dans un objectif d'optimisation.

- Mettre en place une cellule qualité de la facturation

Il s'agit d'une création de petite cellule de qualité spécialisée. Cela peut se faire par la constitution d'un comité « qualité de facturation » qui peut être composé d'un responsable de la cellule facturation et bureau d'accueil, un responsable de la facturation en consultation externe, un membre de cellule AMADEUS, un TIM, et le régisseur (ou son représentant). Ce comité animé par l'un de ses membres désigné comme chef de projet « facturation et recouvrement » pourrait se réunir régulièrement et aurait pour tâche de définir la politique générale à mettre en place en matière d'optimisation de la facturation et du recouvrement. Ces membres du comité, vu leur connaissance des problèmes et des difficultés liés au processus, seraient en mesure de choisir les actions prioritaires à mener et les méthodes de travail à adopter pour le bon fonctionnement, dans une démarche d'optimisation. Les décisions ou les propositions de ce comité peuvent être un point régulier dans l'ordre de jour du COPIL T2A afin de participer à la décision des orientations futures.

En parallèle de sa mission de participation au choix des méthodes de travail adéquates, cette cellule « qualité de la facturation » pourrait être chargée de la mise en place de la politique définie et ainsi garantir la qualité du processus par une série de contrôle sur les informations et les outils de pilotage tels que : l'élaboration et l'exploitation des tableaux de bords et la communication des résultats, le contrôle des étapes-clefs de la chaîne (identitovigilance, qualité des dossiers avant

facturation, repérage et alerte de toute anomalie...). La cellule peut aussi offrir des aides ou des formations pour remédier aux anomalies et difficultés rencontrées par tous les acteurs et ainsi diffuser toute information nouvelle afin d'assurer l'intervention de chacun des acteurs, suivant des méthodes et procédures communes entre les différents services.

- Favoriser la polyvalence entre poste agent accueil et agent facturation

Il est à rappeler que le point de la non polyvalence entre poste agent d'accueil et agent facturation été l'un des points mis en exergue par le rapport d'audit interne. Malgré cela, il n'y a pas encore de groupe commun de facturation au sens de la note n° 424. La polyvalence existe d'un seul coté c'est-à-dire un agent de facturation peut remplacer un agent d'accueil mais non l'inverse. Le chef de SHSE a pour objectif de développer la polyvalence. Il est prévu de faire alterner les personnels issus de l'accueil vers la facturation, et inversement, mais des contraintes d'effectif et de volonté des agents de la cellule facturation freinent à la mise en place de cette polyvalence.

En effet, d'une part pour former les agents d'accueil afin d'arriver à assurer les tâches de travail des agents de facturation, il faut des nouveaux arrivant pour remplacer les agents d'accueil qui vont suivre une formation pratique à la cellule facturation. Cette formation nécessite une demande d'effectif supplémentaire difficilement réalisable dans les contraintes actuelles de l'hôpital. D'autre part, l'absence de volonté des agents de facturation à remplacer les agents d'accueil est remarquable, car ils considèrent ce remplacement comme étant une sorte de dégradation de fonction, vu la complexité de leur travail par rapport au travail des agents d'accueil.

Une concentration d'effort sur ces deux points peut se faire de la part de la chef du SHSE. Pour la question de la formation, elle peut être réalisée sans un effectif supplémentaire, mais sur une durée un peu longue. En fait, elle peut programmer la formation des agents d'accueil un par un. En ce qui concerne la motivation et la volonté des agents de facturation pour travailler au poste d'accueil, cela ne peut être que par la valorisation de ce poste, en expliquant à tout le personnel du service que l'accueil est une étape d'une grande importance et qu'il est le premier jalon de l'identitovigilance et son garant, et que le travail de facturation est tributaire de celui de l'agent d'accueil.

- Créer des procédures à partager par l'ensemble des acteurs

L'émission d'une facture et d'un titre de qualité nécessite une maîtrise de production d'information. Or, à l'HIA Percy, la circulation d'information repose sur l'investissement particulièrement important des personnels. Les procédures reposent trop souvent sur une tradition orale de passation de consignes et de choix d'organisation. En l'occurrence, elles sont inexistantes ou méconnues.

Dans une démarche d'optimisation de la chaîne facturation-recouvrement, la révision et l'enregistrement des procédures et des méthodes de recueil d'information doivent être fixées par écrit. Ces procédures seront utilisées comme point de contrôle permettant d'empêcher au maximum un mauvais renseignement des données ou une perte d'information. Tous les acteurs doivent participer à l'écriture de ces procédures, ce qui permet au responsable de la rédaction d'intégrer les différentes spécificités de chaque service afin que ces procédures soient le plus homogènes possible. Par la suite, une validation de ces procédures est nécessaire, cette validation devait se faire de préférence par le responsable de qualité et le responsable de facturation qui prendront, au final, la charge de diffusion à tous les services concernés d'une seule et unique référence sur laquelle tout agent pourra s'appuyer en cas de difficulté.

A titre d'exemple, au poste d'accueil, une procédure écrite d'enregistrement doit avoir lieu même sous forme de check-list qui précise le contenu de l'information à collecter, les techniques de recueil (les questions à poser et comment) et les démarches à suivre en cas de difficulté (absence papier d'identité, couverture sociale...), en fin de compte une procédure qui fournit une méthode pour procéder à l'enregistrement dans les différents cas possibles avec le moins de perte d'informations nécessaires à une facturation exhaustive et rapide.

## Conclusion

Depuis quelques années, le système hospitalier est soumis à une succession de réformes dont le rythme et le volume ne cessent de s'accroître. La mise en œuvre de la tarification à l'activité a fait de l'amélioration de la qualité de la facturation et du niveau de recouvrement des produits hospitaliers un objectif prioritaire. La gestion des recettes et de la trésorerie apparaît alors comme le nouvel enjeu, majeur, du mode de pilotage financier des hôpitaux.

Dès la décision de la mise en place de la T2A en janvier 2009 pour le SSA, et malgré les spécificités des HIA par rapport aux autres établissements de santé, la direction centrale de service de santé des armées, en tant qu'organisme de pilotage global des neuf hôpitaux d'instruction des armées, a décidé, en amont, de mettre en place un plan d'action pour que les HIA s'adaptent à ce nouveau mode de rémunération. Ce plan est passé par des étapes importantes pendant les phases de la mise en place, de l'évaluation et du contrôle. Néanmoins, il a besoin, en aval, d'être amélioré. D'une part pour atteindre l'efficience, et d'autre part pour être toujours capable à s'adapter aux évolutions de ce nouveau système de financement.

L'hôpital d'instruction des armées Percy ne semble pas être parmi les établissements les plus en retard en termes d'amélioration. Dans ce contexte, il a harmonisé, en seulement trois ans, un grand nombre de pratiques et d'organisations. Cette étude participera à la même démarche d'amélioration qui consiste à l'optimisation de la chaîne de facturation-recouvrement de l'HIA Percy.

Des points critiques suite à l'analyse et l'évaluation de la chaîne de facturation-recouvrement ont été relevés, des risques au bon fonctionnement de la chaîne ont été identifiés, afin d'être maîtrisés en priorité.

Le but de la recherche n'est pas de se limiter à relever les anomalies et à proposer de les maîtriser, mais de dégager des axes d'amélioration pour un processus connu par son évolution permanente. Une amélioration qui s'adapte avec les contraintes économiques de la DCSSA en générale et de l'HIA Percy en particulier est nécessaire.

Une enquête de terrain a dégagé trois axes d'améliorations sur lesquels il serait souhaitable d'agir :

- le renforcement du pilotage et de ses outils vers plus d'efficience.

- l'amélioration de la communication par la fluidité et la circulation de l'information.
- L'amélioration de l'organisation actuelle par quelques ajustements.

En revanche l'optimisation de la chaîne par les axes d'amélioration proposés dans cette étude est dépendante de la qualité d'action des différents intervenants, qui doit être recherchée compte tenu des nouveaux enjeux tels que le passage en facturation directe à l'assurance maladie. A ce titre, une préparation doit impérativement démarrer pour la réussite de ce projet qui nécessite la mobilisation et l'accompagnement du personnel des différents maillons de la chaîne, dans une démarche de conduite de projet.

Sur un plan professionnel, ce mémoire m'a permis d'acquérir la méthode pour traiter un sujet en relation avec un processus complexe impliquant plusieurs acteurs, tel que le processus de facturation recouvrement. Il s'agit d'un enjeu fort en termes de management car c'est un domaine qui doit prendre en considération les réformes passés et futures, qui peuvent avoir des répercussions administratives et budgétaires majeures.

Dans cette étude, la comparaison des résultats de la chaîne par rapport aux autres HIA est un des outils qui ont été utilisés pour évaluer la chaîne de facturation-recouvrement. Cependant sur ce point, ce mémoire peut être suivi d'études complémentaires plus fines, portant sur un benchmarking permettant de comparer l'HIA Percy avec d'autres établissements hospitaliers de la santé publique, non seulement au niveau des résultats mais aussi au niveau de l'organisation, l'activité et le pilotage. Une telle étude permettra l'émergence de nouvelles idées d'amélioration.

---

## Bibliographie

---

### Textes législatives et réglementaires :

- Décret n°2008-1528 du 30 décembre 2008 relatif au financement des dépenses de soins dispensés aux assurés sociaux par le service de santé des armées.
- Arrêté du 21 janvier 2009 relatif aux modalités de versement des ressources des hôpitaux du service de santé des armées.
- Arrêté du 1<sup>er</sup> mars 2009 fixant le coefficient de transition 2009 du service de santé des armées
- Arrêté conjoint Ministère de la Santé – Ministère de la Défense du 25 juin 2010 pris en application de l'Article R\*. 6147-115 du code de la santé publique valant autorisation d'activité par le ministère de la santé au SSA.
- Arrêté du 24 décembre 2009 (modifié) portant institution de régies de recettes et d'avances auprès des établissements et services relevant du service de santé des armées (dernier modificatif arrêté 22 novembre 2010).
- Arrêté du 17 décembre 2009 modifiant l'arrêté du 31 décembre 1993 habilitant le ministre de la défense à instituer des régies de recette et d'avance auprès de tout service ou établissement relevant de son autorité.
- Note n°579/DEF/DCSSA/AJA/DBDS du 28 mars 2006 relative aux admissions exceptionnelles des ressortissants étrangers dans les HIA et le CPEMPN
- Note n°1595/DEF/DCSSA/AJA/CBDS/DS du 29 août 2006 relative à l'admission de ressortissants étrangers dans les HIA
- Note N°424/DEF/DCSSA/HOP/GH du 30 juin 2009 relative au fonctionnement des HIA en T2A : Organisation de la fonction administration des patients et de la chaîne de facturation.
- Note n°25/DEF/DCSSA/HOP/GH du 10 janvier 2008 relative à la mise en œuvre de la T2A dans les HIA : répartition des compétences entre les différents acteurs.

- Note n°785/DEF/DCSSA/HOP/GH du 24 février 2011 relative au paiement immédiat.

#### **Ouvrages :**

- ANGELLOZ-NICOUD M., 2006, La réforme du mode de financement des établissements de santé. La T2A : les enjeux budgétaires et comptables. Bordeaux, Les Etudes Hospitalières, 224 p.
- Beaud S., Weber F., 2010, Guide de l'enquête de terrain Produire et analyser des données ethnographiques, 4<sup>e</sup> édition, La Découverte, 331p.
- Doumail K., 2009, Guide pratique de la tarification à l'activité (T2A) Mode d'emploi au quotidien, Les études hospitalières, 190 p.

#### **Articles (de périodiques) :**

- KIENTZY-LALUC A., mars 2005, « La T2A, une réforme majeure pour les hôpitaux », Les Cahiers Hospitaliers, n°210, pp 12-13.
- MACHON L-O., janvier 2009, « Le développement des recettes : l'exemple d'une conduite de projet recettes facturation dans le cadre d'un plan de modernisation », Finance Hospitalière, n°21, pp 7-8.
- PFEIFFER M., MADELMONT F., Janvier-février 2006, « Refondre la chaîne de facturation dans un contexte de T2A », Revue Hospitalière de France, n°508, p.44-50.
- TABUTO D., juillet-aout 2009 « la politique de santé, des lois d'aout 2004 à la loi HPST », RDSS, n°4 page 595.

#### **Rapports :**

- Rapport définitif de la Cour des Comptes sur le Service de Santé des Armées, les Hôpitaux d'instruction des Armées, partie III « Un pilotage perfectible », pp. 77- 84, 11 décembre 2009.
- Rapport final de la mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH) sur « l'optimisation de la chaîne de facturation-recouvrement hospitalière », P.6 l'ANAP, novembre 2009.
- Rapport public thématique définitif « Médecins et hôpitaux des armées » de la Cour des Comptes, 6 octobre 2010.

- Relevé de constats d'audit interne de « la chaîne de facturation et de recouvrement des produits de l'activité hospitalière de soins » de l'HIA « Percy » du 24 au 28 janvier 2011, DAISSA, DCSSA.

#### **Mémoires :**

- AURIERES A., 2009, La chaîne de facturation/recouvrement à l'HIA Desgenettes : une organisation complexe et perfectible, Mémoire pour le master 2 Faculté de médecine, 84 p.
- BOUSSEMART S., 2008, Rénover le processus de facturation : recouvrement en contexte T2A : la conduite d'un projet de réorganisation au centre hospitalier de Nanterre, Mémoire EHESP, 62 p.
- FAUCHER J., 2007, Piloter, optimiser et contrôler la chaîne de facturation : défis et enjeux de la refonte de la chaîne de facturation du CHD Felix Guyon, Mémoire ENSP, 73 p.
- HYVERNAT O., 2010, L'optimisation de la chaîne de facturation-recouvrement des prestations de soins à l'hôpital d'instruction des armées Percy, Mémoire pour le master 2 Faculté de médecine, 128 p.
- SARR L., 2008, Optimisation du processus de facturation et de recouvrement à l'HIA de Val-de-Grâce, Mémoire pour le master 2 Faculté de médecine, 53p.

#### **Site Internet :**

- ABALLEA P., DELAHAYE-GUILLOCHEAU V., GATIER J. Le passage à la facturation directe des établissements de santé anciennement sous dotation globale, disponible sur internet : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/094000354/index.shtml>
- LEBRUN A. Optimiser la chaîne de facturation-recouvrement hospitalière- Guide d'indicateurs, disponible sur internet : [http://www.anap.fr/uploads/tx\\_sabasedocu/Guide\\_Indicateurs\\_Facturation\\_Recouvrement\\_2009\\_09\\_15.pdf](http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/Guide_Indicateurs_Facturation_Recouvrement_2009_09_15.pdf)
- MEAH, 2008, Optimiser la chaîne de facturation-recouvrement hospitalière, Document de retour d'expérience, disponible sur internet : <http://www.meah.santé.gouv.fr>

---

## Liste des annexes

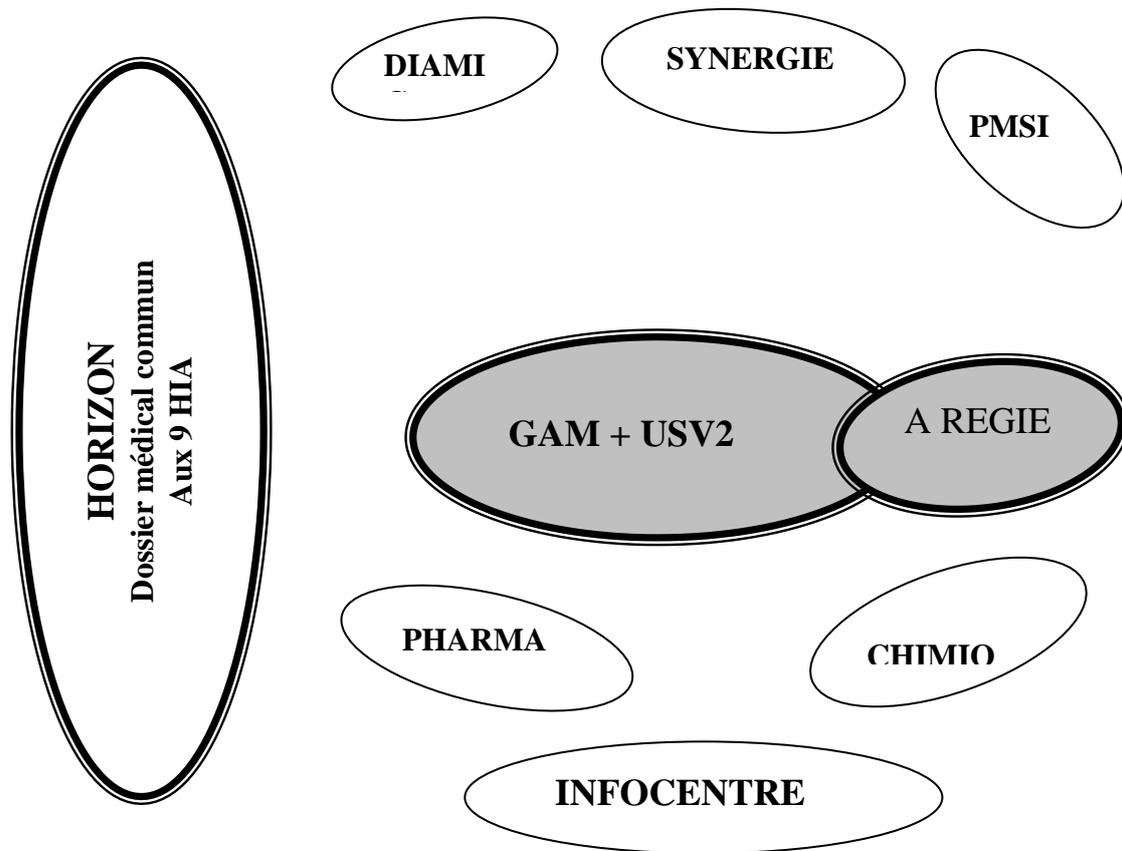
---

- ANNEXE 1** : Répartition géographique des HIA.....(P.I)
- ANNEXE 2** : AMADEUS 2 le Système de gestion informatisée du dossier patient..... (P.II)
- ANNEXE 3** : Adaptation du processus de la chaîne de facturation recouvrement de la MEAH au fonctionnement de l'hôpital ..... (P.III)
- ANNEXE 4** : NDS Comité de Pilotage en T2A..... (P.IV)
- ANNEXE 5** : Suivi DCSSA bilan facturation mensuel ..... (P.V)
- ANNEXE 6** : Suivi de l'EPRD et de la facturation des 9 HIA par la DCSSA ..... (P.VI-VII)
- ANNEXE 7** : Suivi de l'EPRD et de la facturation de l' HIA Percy par la DCSSA (Tab 1 et 2) ..... (P.VIII)
- ANNEXE 8** : Suivi des résultats de la chaîne en COPIL T2A..... (P.IX)
- ANNEXE 9** : Profil de la population étudiée.....(P.X)
- ANNEXE 10** : Echantillon de résultats de l'enquête/ calcul des échelles de valeur / catégorie Agent..... (P.XI)

## Annexe 01 : Répartition géographique des HIA

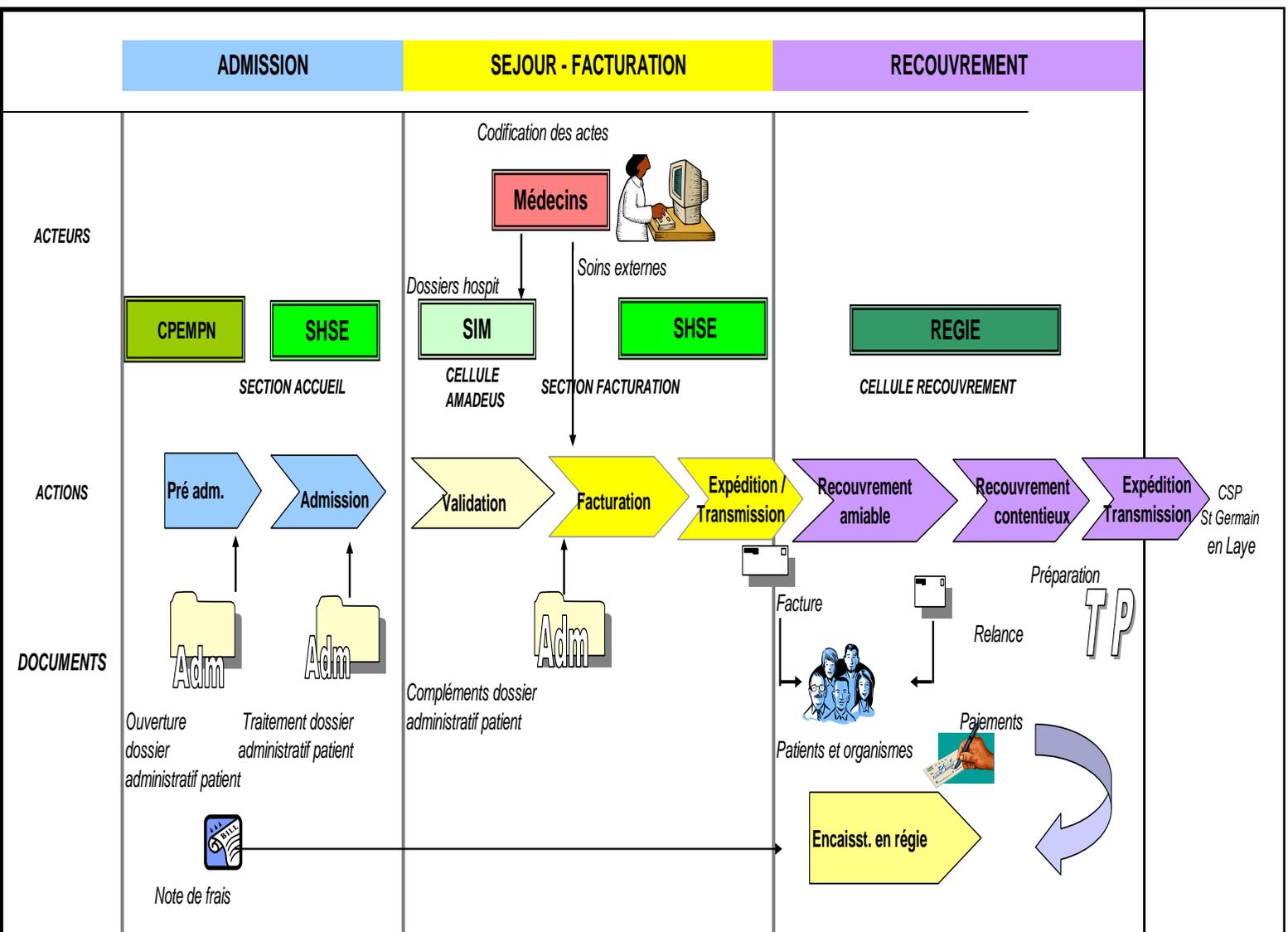


## *Annexe 02 : AMADEUS le Système de gestion informatisée du dossier patient*



- GAM : Gestion Administrative des Malades (données administratives)
- USV2 : Unités de Soins Version 2 (partie médicale du dossier patient informatisé)
- PHARMA : gestion pharmaceutique
- CHIMIO : gestion des traitements de chimio thérapie
- SYNERGIE : pour les laboratoires de biologie et biochimie
- DIAMIC : pour l'anatomopathologie
- A REGIE : pour les recouvrements
- PMSI : pour l'information médicale
- INFOCENTRE : pour les requêtes sur les données d'activité
- HORIZON : pour le dossier médical commun aux neufs HIA

Annexe 3: Adaptation du processus de la chaîne de facturation  
recouvrement de la MEAH<sup>32</sup> au fonctionnement de l'hôpital



<sup>32</sup> Mission d'Expertise et d'Audit Hospitaliers

## Annexe 4 : NDS Comité de Pilotage en T2A



### MINISTÈRE DE LA DÉFENSE ET DES ANCIENS COMBATTANTS



Clamart, le 3 janvier 2011

N° 5 /DEF/HIA PERCY/SGMC

#### HOPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES PERCY

Secrétariat général du médecin chef

### NOTE A L'ATTENTION DES DESTINATAIRES IN FINE

Objet : Comité de pilotage en T2A de l'hôpital d'instruction des armées Percy.

Références : Note n° 424/DEF/DCSSA/HOP/GH du 30 juin 2009.  
Projet de note relative à la nouvelle organisation administrative et logistique des HIA.  
( Modificatif IM 500 – Juin 2010)

En application de la note de 1ère référence la liste des membres du comité de pilotage en T2A (COFIL T2A) est actualisée à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011

La composition du COFIL T2A de l'hôpital d'instruction des armées Percy est la suivante :

Médecin général Christian PLOTTON	Médecin-chef Président
Capitaine Anthony STURMA	Chef de la cellule contrôle de gestion Responsable technique
Médecin en chef Florence VOLLAIRE	Chef du service d'informations médicales Responsable technique suppléant
Médecin en chef Geneviève FIDELLE	Médecin-chef adjoint
Lieutenant-colonel Christian LE NEZET	Gestionnaire
Directeur des soins de 1ère cl. Chantal BAARSCH	Coordonnateur général des soins
Pharmacien en chef Xavier BOHAND	Chef du service de la pharmacie à usage intérieur
Commandant Frédéric SCHANFELAER	Chef du département économique et financier
Lieutenant Nathalie CARTAUD	Chef du service hospitalisations et soins externes
Secrétaire médicale de classe exceptionnelle Jean-Philippe RENAUDIN	Chef du service régie

Présidé par le Médecin-chef, le COFIL T2A a pour objet de permettre le suivi des objectifs de codage, de facturation et de recouvrement qui ont été contractualisés avec l'ensemble des partenaires de la chaîne de facturation-recouvrement ; d'assurer la préparation et le suivi de l'EPRD de l'établissement et d'en préparer la restitution devant les instances plénières de l'HIA.

Des chefs de services cliniques et techniques, ainsi que les assistantes sociales, pourront être conviés à ces réunions par le Médecin-chef en fonction de l'ordre du jour.

La périodicité des réunions sera au minimum trimestrielle. Des réunions extraordinaires pourront avoir lieu à la demande du Médecin-chef, président du COFIL T2A.

#### Destinataires :

- Membres du comité de pilotage en T2A
- Cellule qualité – gestion des risques
- RAA 2011/1798

Dossiers 2012 Janvier - Juillet	BEGIN	CLERMONT TONNERRE	DESGENETTES	LAVERAN	LEGOUEST	PERCY	ROBERT PICQUE	SAINTE ANNE	VAL DE GRACE	TOTAL
<b>NOMBRE TOTAL DE DOSSIERS</b>	82 828	83 965	59 276	67 017	89 363	95 244	72 950	111 055	82 367	744 065
<b>TOTAL DOSSIERS FACTURES</b>	82 449	83 639	58 964	64 081	88 751	94 386	72 674	77 910	82 149	705 003
Taux de dossiers facturés	99,54%	99,61%	99,47%	95,62%	99,32%	99,10%	99,62%	70,15%	99,74%	94,75%
Evolution de la facturation / mois M-1	13%	14%	12%	16%	15%	13%	17%	10%	13%	14%
<b>TOTAL DES DOSSIERS A FACTURER</b>	379	326	312	2 936	612	858	276	33 145	218	39 062
Evolution du nb de dossiers à facturer / mois M-1	34%	85%	-22%	-12%	22%	11%	-86%	20%	-44%	10%
dont Nbre dossiers sans actes	14	68	20	2	32	45	13	3265	0	3459
Dossiers sans actes par rapport aux dossiers restant à facturer	3,69%	20,86%	6,41%	0,07%	5,23%	5,24%	4,71%	9,89%	0,00%	8,86%
<b>% DE DOSSIER A FACTURER</b>	0,46%	0,39%	0,53%	4,38%	0,68%	0,90%	0,38%	29,85%	0,26%	5,25%
Dont nbre de dossiers facturables	81	115	192	391	62	82	107	28 422	129	29 581
<b>% nbre de dossiers facturables</b>	21,37%	35,28%	61,54%	13,32%	10,13%	9,56%	38,77%	85,75%	59,17%	75,73%

E-PMSI :										
séjours: Période du 01.01 au 31.07.2012 :										
% de dossiers de séjours en attente de décision sur le droit du patient	1,31%	0,26%	0,16%	0,48%	0,24%	0,78%	0,22%	1,01%	0,23%	0,56%
% de dossiers de séjours en attente de taux de prise en charge	4,22%	1,28%	3,03%	4,13%	0,41%	5,47%	0,79%	13,10%	0,46%	4,14%
Nb de séjours avec problème de chaînage	0,02%	0,29%	0,29%	0,03%	0,02%	0,09%	0,14%	0,29%	0,05%	0,14%
Données facturation										
Hospitalisation :	21 939 686,69 €	14 328 446,20 €	16 583 582,57 €	17 143 181,65 €	13 018 384,97 €	25 673 482,34 €	15 182 425,49 €	30 675 617,78 €	27 080 424,90 €	181 625 232,59 €
Soins Extêmes :	2 905 034,60 €	2 537 887,20 €	2 541 055,95 €	2 291 447,96 €	3 100 592,73 €	2 937 706,83 €	2 837 594,85 €	3 790 283,03 €	4 739 606,81 €	27 681 209,96 €
AME	63 888,62 €	819,82 €	10 143,86 €	123 949,82 €	- €	- €	34 225,18 €	- €	37 909,73 €	270 937,03 €

Facturation	ST MANDE	BREST	LYON	MARSEILLE	METZ	CLAMART	BORDEAUX	TOULON	PARIS	TOTAL
Titre II et III :	3 631 833,50 €	3 159 647,09 €	4 318 468,15 €	3 267 156,11 €	2 989 396,03 €	7 624 220,34 €	4 008 126,62 €	5 495 313,99 €	4 541 993,81 €	39 036 155,64 €
Recouvrement central :	135 479,43 €		47,00 €	3 493,53 €		164 722,38 €	33 394,05 €	20 358,61 €	46 387,67 €	403 982,67 €
MINDEF	959 806,00 €	1 291 802,00 €	1 012 804,00 €	1 436 052,00 €	924 366,00 €	4 767 575,00 €	2 017 133,00 €	1 342 264,00 €	1 145 882,00 €	14 897 684,00 €
<b>TOTAL FACTURATION REGIE</b>	<b>3 767 312,93 €</b>	<b>3 159 647,09 €</b>	<b>4 318 615,15 €</b>	<b>3 270 649,64 €</b>	<b>2 989 396,03 €</b>	<b>7 788 942,72 €</b>	<b>4 041 520,67 €</b>	<b>5 515 672,60 €</b>	<b>4 588 381,48 €</b>	<b>39 440 138,31 €</b>
Nb de titre émis	54 886	54 043	39 804	43 857	59 921	63 210	44 315	44 234	43 162	447 432
Valeur moyenne d'un titre émis :	68,64 €	58,47 €	108,50 €	74,58 €	49,89 €	123,22 €	91,20 €	124,69 €	106,31 €	88,15 €
Taux de recouvrement	79%	90%	92%	77%	92%	86%	91%	89%	86%	87%

Délai moyen de facturation des dossiers en jour :										
Période de sortie entre le 01.01 et le 31.07.2012										
Consultations externes	16,90	16,83	19,83	16,10	15,33	15,00	30,94	30,95	10,76	19,18
Hospitalisation	26,68	25,08	22,39	21,70	20,56	24,20	23,73	38,71	24,80	25,32

QUALITE										
Refacturation										
Taux de refacturation global	4,03%	1,16%	2,22%	2,94%	2,50%	3,48%	0,94%	3,39%	2,53%	2,58%
Taux de refac des consultations externes	4,08%	1,13%	2,10%	2,55%	2,61%	3,76%	0,78%	3,48%	2,43%	2,55%
Taux de refac des hospitalisations	3,80%	1,42%	3,17%	5,56%	1,37%	1,76%	1,78%	3,15%	3,53%	2,84%
Catégorie de Clientèle :										
Taux passages sans catégorie de clientèle	7%	1%	0%	10%	0%	2%	3%	7%	3%	4%
Taux de passages client militaire	17%	28%	19%	15%	17%	22%	17%	21%	20%	20%



**Suivi de l'EPRD**  
(avec coeff transition et cumulé depuis le 01.01)

**Juin 2012**

**Tableau de bord  
du sous-directeur  
hôpitaux**

**Recettes Activité Assurance  
Maladie (hors MO-DMI)**

**182 261 080 €**

Réalisé/obj : **-2%** réalisé/n-1 : **+5 %**  
Soit **-3 748 594 €**

**Recettes Titre 2**

**30 842 090 €**

Réalisé/obj : **+23 %** réalisé/n-1 : **+9%**  
Soit **+5834 248 €**

**Recettes Titre 3  
(dont rétrocessions)**

**3 638 878 €**

Réalisé/obj : **-27%** réalisé/n-1 : **+20 %**  
Soit **-1 356 809€**

**Activité**

Séjours/obj : **-1%** Séjours/n-1 : **+7%**  
Séances/obj : **+19%** Séances/n-1 : **+1%**  
Total/obj : **+3%** total/n-1 : **+5%**

**Synthèse des 9**



**PERCY**

Recettes AM / obj : **-1%**  
Soit **-330 249€**  
Recettes AM / n-1 : **-2%**  
Recettes T2 / obj : **+21%**  
Soit **+1 085 946€**  
Séjours / obj : **0%**  
Séjours / n-1 : **+12%**



**BEGIN**

Recettes AM / obj : **+5%**  
Soit **+1 041 380€**  
Recettes AM / n-1 : **+21%**  
Recettes T2 / obj : **+10%**  
Soit **+292 608€**  
Séjours / obj : **+3%**  
Séjours / n-1 : **+18%**



**VAL DE GRÂCE**

Recettes AM / obj : **+6%**  
Soit **+1 470 781€**  
Recettes AM / n-1 : **+7%**  
Recettes T2 / obj : **+21%**  
Soit **+625 847€**  
Séjours / obj : **+4%**  
Séjours / n-1 : **+10%**



**C. TONNERRE**

Recettes AM / obj : **-5%**  
Soit **-795 296€**  
Recettes AM / n-1 : **+3%**  
Recettes T2 / obj : **+13%**  
Soit **+265 554€**  
Séjours / obj : **-3%**  
Séjours / n-1 : **+4%**



**LEGOUEST**

Recettes AM / obj : **-4%**  
Soit **-652 961€**  
Recettes AM / n-1 : **+7%**  
Recettes T2 / obj : **+19%**  
Soit **+358 369€**  
Séjours / obj : **-8%**  
Séjours / n-1 : **+4%**



**DESGENETTES**

Recettes AM / obj : **-6%**  
Soit **-1 065 435€**  
Recettes AM / n-1 : **+5%**  
Recettes T2 / obj : **+22%**  
Soit **+591 604€**  
Séjours / obj : **-7%**  
Séjours / n-1 : **+4%**



**R. PICQUÉ**

Recettes AM / obj : **-5%**  
Soit **-814 394€**  
Recettes AM / n-1 : **+3%**  
Recettes T2 / obj : **+44%**  
Soit **+961 734€**  
Séjours / obj : **+5%**  
Séjours / n-1 : **+17%**



**LAVERAN**

Recettes AM / obj : **-3%**  
Soit **-563 438€**  
Recettes AM / n-1 : **-1%**  
Recettes T2 / obj : **+23%**  
Soit **+508 928€**  
Séjours / obj : **-3%**  
Séjours / n-1 : **-3%**



**SAINTE-ANNE**

Recettes AM / obj : **-6%**  
Soit **-2 088 982€**  
Recettes AM / n-1 : **+2%**  
Recettes T2 / obj : **+39%**  
Soit **+1 143 658€**  
Séjours / obj : **-3%**  
Séjours / n-1 : **-2%**



**Suivi de l'EPRD**  
(avec coeff transition et cumulé depuis le 01.01)

**9 HIA**

**Juin 2012**

**Taux d'exhaustivité : 99,08%**

**Recettes Activité Assurance  
Maladie (hors MO-DMI)**

**182 261 080 €**

Réalisé/obj : **-2%** réalisé/n-1 : **+5%**

Soit **-3 748 594 €**

**Recettes Titre 2**

**30 842 090 €**

Réalisé/obj : **+23%** réalisé/n-1 : **+9%**

Soit **+ 5834 248 €**

**Recettes Titre 3**

**(dont rétrocessions)**

**3 638 878 €**

Réalisé/obj : **-27%** réalisé/n-1 : **+20%**

Soit **-1 356 809€**

**Activité**

Séjours/obj : **-1%** Séjours/n-1 : **+7%**

Séances/obj : **+19%** Séances/n-1 : **+1%**

Total/obj : **+3%** total/n-1 : **+5%**

**9 HIA**

**Recettes activité AM : 182 261 080€**

Objectif annuel : 367 075 236€ (soit 50 %)

**Recettes Titre 2 : 30 842 090€**

Objectif annuel : 53 557 559€ (soit 58 %)

**Recettes Titre 3 : 3 638 878€**

Objectif annuel : 9 865 438€ (soit 37 %)

**RECETTES ACTIVITE AM**

	Réalisé (€)	Ecart / obj (€)	%
Hospit	158 078 860	-2 508 047	-2%
Externe	22 481 536	-1 486 001	-6%
ATU	1 437 347	-17 883	-1%
AME	263 337		
<b>Total AM</b>	<b>182 261 080</b>	<b>-3 748 594</b>	<b>-2%</b>
T1 (Arégie)	85 500		

**MO-DMI :**

Recettes : **13 939 857€** Dépenses Pharma : **17 191 133€**  
Soit 51 % des recettes prévues MO-DMI écart : **-3 251 276 €**

**FACTURATION**

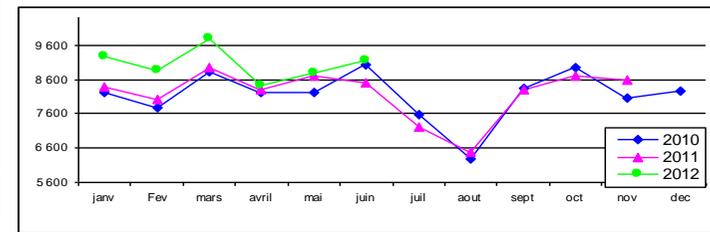
Taux de séjours en attente PEC : **4%**  
Taux de dossiers facturés : **95%**  
Taux de refacturation : **3%**  
Taux de factures recouvrées : **86%**  
Délai moyen facturation hospit : **25 jours**  
Délai moyen facturation externe : **18 jours**

**Taux d'occupation MCO (hs) : 62%**

Autres activités	Nbre	/obj	/n-1
SSR journées	14 651	-11%	+2%
Psy journées	22 518	-14%	-5%
CS	250 205	-9%	-1%
B	27 801 671	+4%	+5%
SCAN	22 006	+9%	+7%
IRM	18 673	+7%	+7%
TEP	2 420	+4%	+4%
ATU		%	%

Séjours PMSI	nbre	/obj	/n-1	VMCT en €	/obj	/n-1
Chir.	18 482	-1%	+9%	3 680	-3%	-3%
Méd.	35 319	-1%	+6%	2 479	-2%	+2%
Obst.	540	-8%	-3%	2 209	+5%	+6%
Chimio	8 295	+19%	+5%			
dialyse	2 835	+33%	+2%			
radiother	6 113	+19%	0%			
caisson	2 134	+5%	-4%			
Transfusion	478					

**Comparaison mensuelle séjours (hors séances)**



**OPEX - Moyenne sur l'année**

	ETP	ETP
Chirurgiens	9,27	IADE - IBODE 14,24
MAR	5,24	IDE 27,48
Autres praticiens	8,53	AS 15,81
		Autres paramed 14,54
<b>Total médecins</b>	<b>23,04</b>	<b>Total paramed 72,07</b>

**Remarque**



**Suivi de l'EPRD**  
(avec coeff transition et cumulé depuis le 01.01)

**HIA Percy**

**Juin 2012**

**Taux d'exhaustivité : 99,45 %**

**Recettes Activité Assurance  
Maladie (hors MO-DMI)**

**24 976 572 €**

Réalisé/obj : **-1%** réalisé/n-1 : **-2%**  
Soit **-330 249€**

**Recettes Titre 2**

**6 295 369 €**

Réalisé/obj : **+21%** réalisé/n-1 : **+4%**  
Soit **+1 085 946€**

**Recettes Titre 3  
(dont rétrocessions)**

**701 844 €**

Réalisé/obj : **-22%** réalisé/n-1 : **-22%**  
Soit **-192 994€**

**Activité**

Séjours/obj : **0%** Séjours/n-1 : **+12%**  
Séances/obj : **+22%** Séances/n-1 : **+11%**  
Total/obj : **+4%** total/n-1 : **+12%**

**9 HIA**

Recettes activité AM : **14%**  
Recettes Titre 2 : **20%**  
Recettes Titre 3 : **19%**  
Séjours hs : **11%**  
Séances : **7%**

**RECETTES ACTIVITE AM**

	Réalisé (€)	Ecart / obj (€)	%
Hospit	22 581 130	-369 022	-2%
Externe	2 210 136	+6 684	0%
ATU	185 306	+32 089	+21%
AME	0		
<b>Total AM</b>	<b>24 976 572</b>	<b>-330 249</b>	<b>-1%</b>
T1 (Arégie)	2 392		

**MO-DMI :**

Recettes : **2 209 610€** Dépenses Pharma : **2 992 804€**  
Soit **48% des recettes prévues MO-DMI** écart : **-783 193€**

**FACTURATION**

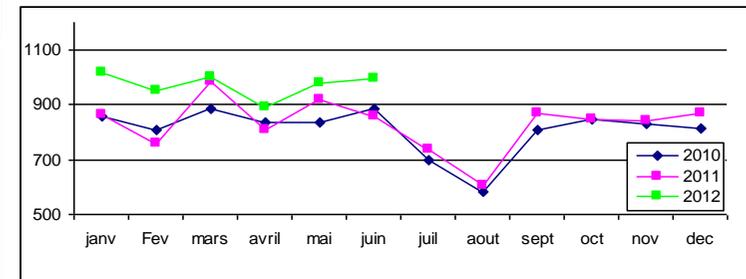
Taux de séjours en attente PEC : **5%**  
Taux de dossiers facturés : **99%**  
Taux de refacturation : **3%**  
Taux de factures recouvrées : **86%**  
Délai moyen facturation hospit : **24 jours**  
Délai moyen facturation externe : **15 jours**

**Taux d'occupation MCO (hs) : 59%**

Autres activités	Nbre	/obj	/n-1
SSR journées	4 450	-18%	-1%
Psy journées	3 165	+9%	+9%
CS	31 791	+5%	+6%
B	2 787 753	+16%	+29%
SCAN	2 503	+22%	-5%
IRM	1 485	+7%	+6%
TEP			
ATU		%	%

Séjours PMSI	Nbre	/obj	/n-1	VMCT en €	/obj	/n-1
Chir.	2 332	-2%	+11%	5 355	-8%	-11%
Méd.	3 511	+2%	+14%	3 029	-2%	-9%
Obst.						
Chimio	1 205	+24%	+15%			
Transfusion	121					

**Comparaison mensuelle séjours (hors séances)**



**Activités fléchées**

Chirurgie réfractive	281 interventions soit 70% de l'objectif annuel (400)
Ablation endocavitaire	54 actes soit 108% de l'objectif annuel (50)

**OPEX - Moyenne sur l'année**

	ETP	ETP
Chirurgiens	0,86	IADE - IBODE 0,84
MAR	0,46	IDE 2,94
Autres praticiens	0,64	AS 2,07
		Autres paramed 2,22
<b>Total médecins</b>	<b>1,96</b>	<b>Total paramed 8,07</b>

**Remarque**

# TABLEAU DE BORD CHAÎNE DE FACTURATION 2012



Juillet

HIA PERCY

## Indicateurs de fonctionnement de la chaîne de facturation

	HOSP. MCO		HOSP. hors MCO		SOINS EXT.		CPEMPN					
	Mois	Cumul	Mois	Cumul	Mois	Cumul	Mois	Cumul				
Taux d'exhaustivité	90,40% (-10%)	98,50% (-2%)										
Objectif	100%	100%										
Délai moyen de codage	8,80 (-12%)	19,50 (+95%)										
Objectif	10,00	10,00										
Délai moyen de validation	11,60 (-36%)	21,30 (+18%)										
Objectif	18,00	18,00										
Délai moyen de facturation	24,01 (-4%)	26,29 (+5%)	19,32 (-23%)	24,91 (-0%)	13,50 (-10%)	14,96 (-0%)	13,90 (-44%)	20,06 (-20%)				
Objectif	25,00	25,00	25,00	25,00	15,00	15,00	25,00	25,00				
Tx dépassement délai codage	58,33% (+48%)	70,26% (+60%)										
Objectif	10%	10%										
Taux de refacturation		3,6% (-1%)		8,4% (+3%)		5,9% (+1%)		0,5% (-5%)				
Objectif		5%		5%		5%		5%				
Reliquat de dossiers	Mois		Cumul		Mois		Cumul		Mois		Cumul	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
A coder	125	9,6%	139	1,5%								
A valider	71	5,5%	77	0,8%								
A facturer	342	31,0%	487	5,9%	41	48,8%	69	12,8%	7	0,1%	8	0,0%
									14	1,3%	15	0,2%

Annexe 8 : Suivi des résultats de la chaîne en COPIL T2A

**Annexe 9 : Profil de la population étudiée**

	<b>STATUT :</b> Catégorie A/B/C Ouvrier d'Etat (OE)	<b>FORMATION :</b> <Bac Bac,Bac +3 Bac+3,Bac +5 >Bac+5	<b>ANCIENNETE</b> par apport au T2A dans le SSA. Ante ou Poste T2A
Chef de service 1	A	>Bac+5	Ante T2A
Chef de service 2	A	>Bac+5	Ante T2A
Chef de service 3	B	Bac, Bac +3	Ante T2A
Chef de service 4	A	>Bac+5	Poste T2A
Adjoint ou cadre de santé 1	B	Bac+3,Bac +5	Poste T2A
Adjoint ou cadre de santé 2	B	Bac, Bac +3	Ante T2A
Adjoint ou cadre de santé 3	A	Bac, Bac +3	Ante T2A
Adjoint ou cadre de santé 4	A	Bac, Bac +3	Ante T2A
Agent 1	C	Bac, Bac +3	Poste T2A
Agent 2	B	Bac, Bac +3	Poste T2A
Agent 3	B	Bac, Bac +3	Ante T2A
Agent 4	B	Bac, Bac +3	Poste T2A
Agent 5	B	<Bac	Ante T2A
Agent 6	B	Bac, Bac +3	Poste T2A

## Annexe 10 : Echantillon de résultats de l'enquête (calcul des échelles de valeur Catégorie Agent)

Calcul des moyens des échelles de valeur / Catégorie Agent																														
moyen des valeurs		La somme des notes des échelles de valeur divisée par (le nombre des réponses - ceux qui non pas répondu) :										> 1,5 indiquent les actions adaptées qu'il convient de mener afin d'optimiser la chaîne.																		
Axe: Pilotage																														
N°	Question	Agent 1			Agent 2			Agent 3			Agent 4			Agent 5			Agent 6			moyen des valeurs										
		Oui	Non	ne me con. pas	Commentaires	échelle de valeur	Oui	Non	ne me con. pas	Commentaires	échelle de valeur	Oui	Non	ne me con. pas	Commentaires	échelle de valeur	Oui	Non	ne me con. pas		Commentaires	échelle de valeur								
1	Avez-vous une idée sur ces outils ?	X				3	X			1	X				1	X					1	1,0								
2	Connaissez-vous le comité de pilotage T2A (COPIL T2A) ?	X				1	X			1	X				1	X					1	1,5								
3	Avez-vous participé au COPIL ?	X				3	X		une fois	2	X				3	X					3	2,3								
4	Connaissez-vous les décisions qui sont prises pendant les réunions du COPIL T2A ?	X				3	X			3	X				3	X					3	2,5								
5	Les actions arrêtées lors du COPIL sont-elles toutes appliquées et comment vous jugez leur mise en œuvre (rapide, satisfaisante, lente ou trop lente) ?			X				X					X				X													
6	La cadence des réunions de COPIL (une fois par mois) est-elle satisfaisante ?			X				X					X				X					3,0								
7	Existe-t-il un ordre du jour précis, énumérant les thèmes qui seront abordés avec une échéance associée pour la réalisation de chaque action ?			X				X					partiellement		2		X					1,5								
8	D'après vous les réunions COPIL ont-elles participé à l'amélioration et la performance de la facturation et du recouvrement ?			X				X		1	X				1	X					1	1,0								
9	En tant qu'acteur dans la chaîne de facturation connaissez-vous les indicateurs ou les objectifs à atteindre ?	X				3	X			1			partiellement		2	X					1	1,4								
10	Etes-vous destinataire de certains tableaux de bord ?	X				3	X			3	X				3	X					3	2,5								
11	L'analyse des indicateurs et des tableaux de bord donne-t-elle lieu à des échanges avec d'autres acteurs ?			X				X		1			X		1	X					3	1,7								
12	Pensez-vous qu'une désignation d'un responsable « pilote unique » du processus est nécessaire pour que les interlocuteurs savent à qui s'adresser lors des difficultés et qu'il sera chargé de la mise en œuvre des actions décidées lors des différentes réunions.	X				1	X			3	X				3	X					1	1,6								
49 réponses sur 66 (74%)																														
axe: communication																														
N°	Question	Agent 1			Agent 2			Agent 3			Agent 4			Agent 5			Agent 6			moyen des valeurs										
		Oui	Non	ne me con. pas	Commentaires	échelle de valeur	Oui	Non	ne me con. pas	Commentaires	échelle de valeur	Oui	Non	ne me con. pas	Commentaires	échelle de valeur	Oui	Non	ne me con. pas		Commentaires	échelle de valeur								
1	Sentez-vous cette fluidité dans la circulation de l'information ?	X				3	X			1	X				1	X					3	2,0								
2	Quel sont les moyens les plus utilisés dans vos communications et quel impact ont-ils sur la performance professionnelle ?					informatique				1	téléphone 2télé 3courrier				1	téléphone 2fax					messagerie interne (relance)		note service- tel fax bouc- réunion		1	Tel Fax		1	1,8	
3	Etes-vous doté de la messagerie interne ?	X				1	X			1	X				1	X					1	1,0								
4	En communiquant avec les autres acteurs existe-t-il certains blocages ? (informatiques, humains, hiérarchiques...)	X				3	X			1	X				1	X					hiérarchiques et informatique						1	1,8		
5	Les interlocuteurs sont-ils toujours disponibles ?	X				3	X			1	X				1	X					plus ou moins selon leurs activités						3	1,7		
6	Pensez-vous qu'une réorganisation est nécessaire pour l'amélioration de la communication ?	X				1	X			1	X				1	X											1	1,0		
7	Pensez-vous qu'un regroupement de tous les services de la chaîne de facturation (SHSE, SIM et RECH) dans un même espace géographique peut améliorer la communication entre eux ?	X				3	X			3	X				1	X												1	1,7	
8	Lors d'un blocage de communication et afin d'obtenir certaines informations y-a-t-il une procédure claire à suivre ?	X				3	X			3	X				3	X						en tout cas on ne la connaît pas						3	2,6	
40 réponses 42 (95%)																														
axe: organisation																														
N°	Question	Agent 1			Agent 2			Agent 3			Agent 4			Agent 5			Agent 6			moyen des valeurs										
		Oui	Non	ne me con. pas	Commentaires	échelle de valeur	Oui	Non	ne me con. pas	Commentaires	échelle de valeur	Oui	Non	ne me con. pas	Commentaires	échelle de valeur	Oui	Non	ne me con. pas		Commentaires	échelle de valeur								
1	Pour vous existe-t-il une fiche de poste décrivant de manière claire les tâches à faire en général et spécifiquement vos responsabilités au sein de la chaîne de facturation : recouvrement ?	X				1	X			1	X				1	X					3	X						3	1,7	
2	Vos responsabilités au sein de la chaîne de facturation sont-elles décrites dans la fiche de poste ?	X				1	X			1	X				1	X					3	X						3	1,8	
3	dans votre service les rôles et responsabilités de chacun sont-ils définies ?	X				1	X			1	X				1	X					pas sur							3	1,4	
4	Des procédures de contrôle existent-elles sur le processus facturation recouvrement ?	X				1	X			1	X				1	X												1	1,0	
5	existe-t-il une procédure de coordination interservices pour remédier aux dysfonctionnements liés à l'organisation ?	X				3	X			1	X				1	X												3	2,2	
6	Les acteurs qui participent aux différentes étapes du processus sont-ils bien identifiés ?	X				1	X			1	X				1	X												3	1,3	
7	Que pensez-vous du non mise en œuvre de certaines méthodes de travail liées à l'organisation, malgré ses importants impacts sur la performance de la chaîne de facturation recouvrement, tel que le paiement immédiat ?																					difficultés applicables								
8	Quels sont les causes du non application de paiements immédiat ?																					idem								
9	Avez-vous des suggestions concernant le changement de certaines procédures administratives en relation avec la chaîne de facturation recouvrement ?	X																												
10	Avez-vous une idée sur le projet d'intégration du processus de facturation directe dans les hôpitaux prochainement ?	X				3	X			1	X				3	X														2,2
11	Pensez-vous que l'HIA Psey est prêt à cette intégration ?	X				3	X			1	X																			2,3
12	D'après vous quels sont les enjeux organisationnels qui doivent être engagés pour intégrer ce mode de paiement afin que le budget soit alloué au fil de l'eau ?																					sans réponse								
41 réponse sur 48 (85%)																														

<b>EL HENI</b>	<b>Mourad</b>	<b>Le 09 et 10 décembre 2012</b>
<b>Directeur d'hôpital Promotion 2011/2013</b>		
<b>L'OPTIMISATION DE LA CHAÎNE DE FACTURATION DES ACTIVITES DE SOINS A L'HÔPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES PERCY(CLAMART)</b>		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : <Université VILLE>		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>La Tarification à l'Activité (T2A) a été mise en place dans les Hôpitaux d'Instruction des Armées (HIA) le 1<sup>er</sup> janvier 2009. Ces derniers et plus précisément l'HIA Percy, ont dû très vite s'adapter à ce nouveau mode de rémunération qui a exigé la maîtrise de la chaîne de facturation.</p> <p>A l'instar des différentes réflexions menées dans le milieu de la santé publique, la Direction Centrale de Service de Santé des Armées (DCSSA) a mis en place un plan d'action qui met la chaîne de facturation en priorité. Ce plan a été suivi par une note d'organisation du processus qui a été par la suite l'objet d'un audit interne qui s'est déroulé du 24 au 28 janvier 2011. Des points forts et des points faibles ont été mis en exergue par les auditeurs. C'était une occasion d'évaluation par un organe externe à l'hôpital.</p> <p>Puisque toute évaluation doit être suivie par une analyse, afin de dégager les dysfonctionnements et de proposer les actions d'amélioration, il m'a été confié dans le cadre de ce mémoire de procéder à ce suivi.</p> <p>L'observation des pratiques des acteurs et de différentes étapes du processus a montré qu'il existe des points critiques, que j'ai identifiés sous forme de risques suivant la méthode AMDEC (Analyse des Modes de Défaillances de leurs Effets et de leurs Criticité), afin de dégager ceux qui nécessitent d'être maîtrisés en priorité.</p> <p>Une enquête de terrain a dégagé trois axes d'amélioration sur lesquels il serait souhaitable d'agir : le pilotage, la communication et l'organisation. Des actions d'amélioration qui touchent ces trois axes ont été proposées, en prenant en considération le résultat de l'enquête et les enjeux liés à la Facturation Individuelle Des Etablissement de Santé (FIDES).</p>		
<p><b>Mots clés :</b></p> <p>- HIA Percy - T2A - Optimisation - Chaîne de facturation des activités de soins – Cartographie des risques – Méthode AMDEC – Enquête – Axes d'amélioration – Pilotage – Communication - Organisation</p>		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		