



EHESP

Attaché d'Administration Hospitalière

Promotion : **2012**

Date du Jury : **décembre 2012**

L'optimisation du circuit de facturation dans le cadre de
la mise en place de la facturation individuelle au fil de
l'eau : l'exemple du Centre d'Accueil et de Soins
Hospitaliers de Nanterre

Anaïs AUCLERT

Remerciements

Je tiens à présenter mes sincères remerciements à l'ensemble des professionnels rencontrés au sein du CASH de Nanterre pour l'accueil chaleureux qui m'a été réservé, lors de mes différents stages d'immersion professionnelle effectués durant ma formation en tant qu'Attaché d'Administration Hospitalière. Je remercie particulièrement :

- L'équipe de direction du CASH de Nanterre pour m'avoir donné la possibilité de découvrir cet environnement hospitalier unique ;
- L'équipe du pôle Urgences-Réanimation (Evelyne Le Chevalier, Anne-Marie Leroy, Yann Cauwet) pour m'avoir si bien accueillie, lors de mon stage de découverte d'un service de soins et pour leur implication au quotidien au plus près du patient ; précisément Monsieur Le Professeur Hervé pour m'avoir proposé ce lieu de stage ;
- L'ensemble des agents du « service clientèle » pour la sympathie et l'accessibilité dont ils ont fait preuve, pour leurs différents apports et témoignages tout au long de l'analyse du circuit de facturation ;
- La Directrice des Affaires Financières (Carole Coppée-Cayrol), l'ingénieur qualité (Patrick Guez) et l'équipe du Département d'Information Médicale pour leurs échanges et leurs partages enrichissants ;
- Chantal Scherrer bien sûr, ma maîtresse de stage, à qui j'exprime toute ma gratitude pour son implication sans relâche tout au long de cette expérience, le temps passé à me transmettre ses connaissances du terrain et pour la passion et le professionnalisme dont elle fait preuve chaque jour.

Je remercie également mes encadrants mémoire pour leurs conseils méthodologiques nécessaires à la réalisation de ce mémoire, ainsi que les différents intervenants de l'EHESP rencontrés durant cette année de formation qui m'ont apporté les clés nécessaires à l'exercice de mon futur poste.

Enfin, je ne saurais oublier mon entourage, qui se reconnaîtra, pour l'appui et la confiance qu'ils m'accordent mais aussi mes collègues de promotion pour cette expérience partagée et pour le soutien mutuel.

Sommaire

Introduction	3
1 Les nouveaux enjeux de la facturation hospitalière au cœur de la gouvernance des établissements de santé.....	6
1.1 FIDES : Un enjeu stratégique au cœur du système de financement des EPS	6
1.1.1 Impact de la facturation au fil de l'eau en matière de pilotage transversal.....	6
1.1.2 La facturation au fil de l'eau appelle une adaptation des organisations et des compétences	8
1.2 Un enjeu budgétaire et financier : garantir et développer le niveau de ressources des établissements	10
1.2.1 Un défi financier majeur pour les établissements de santé : « des recettes en fonction des factures »	10
1.2.2 Une chaîne de facturation devant répondre aux exigences de « qualité, rapidité et exhaustivité »	12
1.3 L'opportunité pour le CASH de Nanterre d'optimiser sa trésorerie dans un contexte financier difficile.....	13
1.3.1 Un établissement de santé unique et au statut spécifique.....	14
1.3.2 Une situation financière actuelle préoccupante.....	15
2 L'analyse de la performance du processus de facturation et de recouvrement au sein de l'établissement.....	16
2.1 L'analyse de l'état actuel du dispositif de facturation	16
2.1.1 Une méthodologie appuyée sur un diagnostic fonctionnel du processus de facturation.....	16
2.1.2 Une démarche d'amélioration de la gestion facturière dans le cadre du Comité de Pilotage	20
2.2 Les obstacles à un processus de facturation optimal	22
2.2.1 Une organisation de l'accueil complexe et qui semble inadaptée aux nouveaux enjeux de la facturation.....	23
2.2.2 Un processus de facturation source de dysfonctionnements multiples	25
2.3 Un plan d'action destiné à palier les risques d'une chaîne de facturation mal adaptée aux exigences de la FIDES.....	28
2.3.1 Les axes stratégiques du plan d'actions à partir d'une approche par les processus	28
2.3.2 Les objectifs du plan d'actions au regard des enjeux de la facturation au fil de l'eau	29

3La politique d'amélioration de la facturation pour une mise en place optimale de la facturation « au fil de l'eau »	31
3.1 Optimiser le parcours du patient et maîtriser le circuit de production des informations médicales et administratives.....	31
3.1.1 Définir une politique d'accueil efficiente en cohérence avec le circuit du patient. .	32
3.1.2 Simplifier le parcours du patient en limitant les étapes et les files d'attente.....	33
3.2 Adapter et améliorer le pilotage des systèmes d'information nécessaires à une facturation de qualité.....	35
3.2.1 Garantir l'adéquation fonctionnelle des données informatiques	35
3.2.2 Améliorer la qualité et l'exhaustivité du codage de l'activité	36
3.3 Vers une modélisation de l'organisation de la facturation	37
3.3.1 Optimiser l'organisation et la gestion de la facturation	37
3.3.2 Organiser le pilotage et le contrôle internes de l'activité et des résultats de la chaîne de facturation	39
3.4 Collaborer avec l'ensemble des acteurs et diffuser la culture FIDES	40
3.4.1 Définir une campagne de communication interne pour une sensibilisation sur les problématiques de la facturation.....	41
3.4.2 Identifier les convergences inter et intra secteurs afin de développer les circuits transversaux.....	42
3.5 Les ressources humaines : levier incontournable d'une démarche de projet	45
3.5.1 Une nécessaire responsabilisation des acteurs intervenant dans le processus de facturation.....	45
3.5.2 Une démarche participative en faveur d'une action collective	47
Conclusion :.....	50
Bibliographie	1
Liste des annexes	4
ANNEXE 1 : Grille d'entretien utilisée pour la responsable du bureau des entrées	5
ANNEXE 2 : Grille d'entretien à destination des agents du bureau des entrées (accueil, gestion, facturation)	10
ANNEXE 3 : Logigramme : Processus consultation anesthésie au CASH de Nanterre.....	12
ANNEXE 4 : Tableau : Situation de la facturation par spécialité	14
ANNEXE 5 : Présentation de l'accueil administratif du CASH de Nanterre	15

Liste des sigles utilisés

AAH :	Attaché d'Administration Hospitalière
ALD :	Affection Longue Durée
AMC :	Assurance Maladie Complémentaire
AME :	Aide médicale d'Etat
AMO :	Assurance Maladie Obligatoire
ANAES :	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ANAP :	Agence Nationale d'Appui à la Performance
ARS :	Agence Régionale de Santé
ATIH :	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
CAGE :	Cellule d'Analyse et de Gestion
CASH :	Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers
CME :	Commission Médicale d'Etablissement
CMU :	Couverture Maladie Universelle
COPIL :	Comité de Pilotage
CPU :	Caisse de Paiement Unique
CRC :	Cour Régionale des Comptes
CREF :	Contrat de Retour à l'Equilibre Financier
DGFIP :	Direction Générale des Finances Publiques
DGOS :	Direction Générale de l'Offre de Soins
DIM :	Direction de l'Information Médicale
ESPIC :	Etablissements de Santé Privé d'Intérêt Collectif
ETP :	Equivalent Temps Plein
GAM :	Gestion Administrative des Malades
GMSIH :	Groupement pour la Modernisation du Système d'Information
GHS :	Groupe Homogène de Séjours
FIDES :	Facturation Individuelle des Etablissements de Santé
HAS :	Haute Autorité de Santé
IDE :	Infirmière Diplômée d'Etat
IGAS :	Inspection Générale des Affaires Sociales
IGF :	Inspection Générale des Finances

MeaH :	Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier
PAC :	Points Accueil Clientèle
PEP :	Pratiques Exigibles Prioritaires
PMSI :	Programme Médicalisé des Systèmes d'Information
PREF :	Plan de Retour à l'Equilibre Financier
RGF :	Recettes Générales des Finances
RUM :	Résumé d'Unité Médicale
SAU :	Service Administratif des Urgences
SIH :	Système d'information Hospitalier
T2A :	Tarification à l'Activité
UF :	Unité Fonctionnelle

Introduction

Au 1^{er} janvier 2013, la facturation individuelle des établissements de santé (FIDES) dite "au fil de l'eau" sera mise en œuvre dans les hôpitaux publics et les Etablissements de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC). Les recettes de l'établissement dépendront des factures délivrées en temps réel, c'est-à-dire une fois le patient sorti de l'hôpital, et transmises directement sous forme dématérialisée à une caisse de paiement unique (CPU) de l'assurance maladie. Il s'agit de la dernière marche de la réforme du mode de financement de l'hôpital, lancée en 2004 avec la facturation à l'activité, dite T2A. Le passage à la facturation individuelle est un élément associé à la réforme de la T2A et s'inscrit dans la volonté de rapprochement des secteurs des cliniques privées et des hôpitaux. Il s'agit du passage d'un système de dotation globale à un système de facturation à l'acte.

La mise en place de la facturation au fil de l'eau représente un nouveau défi pour les établissements de santé. L'enjeu majeur de cette nouvelle réglementation consiste à fluidifier le circuit de facturation et à améliorer l'organisation de la saisie de l'information administrative et médicale puisque la facturation individuelle et directe va relier l'activité à la trésorerie de l'établissement. D'une façon générale, la mise en place de la facturation individuelle des établissements de santé concerne l'ensemble des domaines du système hospitalier. En particulier, des résultats sont attendus en matière de :

- Organisation des établissements de santé (pilotage, compétences, gestion de l'information, charges de travail, etc.)
- Impact sur le réseau Direction Générale des Finances Publiques (DGFP), Assurance maladie Obligatoire (AMO) (volumétrie, flux financiers, etc.)
- Flux financiers (modalités de paiement, impact sur la trésorerie, etc.)
- Systèmes d'information (internes aux partenaires, de communication entre les partenaires, cahiers des charges, technologies, architecture, etc.)
- Evolutions de nature législatives ou réglementaires à prévoir

La facturation au fil de l'eau comporte un enjeu budgétaire majeur destiné à restaurer et à développer le niveau des ressources, d'autant plus lorsque l'établissement se situe dans un environnement socio-économique difficile. Si cet environnement socio-économique permet d'expliquer une part des difficultés de recouvrement qui peuvent être constatées, il

est indispensable de procéder à une amélioration du dispositif de facturation car une chaîne de facturation défaillante se traduit inévitablement par une perte de recettes et des difficultés de trésorerie. L'optimisation des ressources et l'amélioration de la qualité de facturation et du niveau de recouvrement doivent donc constituer des objectifs prioritaires pour les établissements de santé afin d'assurer leur pérennité, dans un contexte concurrentiel de plus en plus prégnant. Outre cet objectif financier majeur, la stratégie doit, de façon générale, porter sur la qualité du processus de facturation et de recouvrement, en adéquation avec la réglementation en vigueur, et en termes de qualité, fiabilité, rapidité et exhaustivité. Tous les acteurs appelés à intervenir dans le parcours du patient au sein de l'établissement doivent donc être sensibilisés et responsabilisés aux nouveaux enjeux induits par la mise en place de la facturation « au fil de l'eau ». Ils doivent s'approprier les enjeux et accepter de travailler de manière décloisonnée afin de gérer en flux de nouvelles problématiques et de nouvelles règles de facturation comme la gestion des rejets de factures, l'optimisation continue des codages, le contrôle qualité permanent de recueil d'activité, etc.

Ainsi, la disparition progressive de la dotation globale et maintenant la mise en place de FIDES constituent un véritable changement dans les modes de financement et d'organisation de l'hôpital. Face à ces bouleversements l'établissement doit saisir l'opportunité d'améliorer ses pratiques et sa performance, pour rester dans un esprit positif. Dans cette optique, l'hôpital Max Fourestier du Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre (CASH) a mis en place, en 2009, un comité de pilotage « Facturation et Recouvrement » dans une démarche d'amélioration du « processus de facturation et de recouvrement ». Dans un contexte actuel difficile, il apparaît essentiel de parvenir à une consolidation et à un développement des recettes en se saisissant du levier « facturation ». Une des stratégies permettant de garantir une situation financière saine, passe inévitablement par une optimisation des recettes, ce qui nécessite une organisation optimale de la chaîne de facturation et de recouvrement afin de gagner en efficacité, en performance et en transparence. La problématique à laquelle ce mémoire se propose d'apporter des éléments de réponse est donc la suivante :

Comment parvenir à améliorer le processus de facturation / recouvrement au CASH de Nanterre, dans un contexte contraint, afin de répondre aux enjeux de la mise en place de FIDES ?

Cette problématique d'optimisation organisationnelle doit conduire à l'identification de leviers d'action permettant d'obtenir une meilleure performance de l'ensemble des

ressources disponibles, dans un contexte difficile et contraint. La finalité de ce mémoire est de définir comment l'organisation du processus de facturation au sein du CASH de Nanterre peut être optimisée au regard d'un objectif cible de production de factures de qualité à la sortie du patient avec un recouvrement obtenu dans les délais les plus courts possibles. Dans cette perspective, une analyse sera portée sur l'efficacité de la chaîne de facturation et la façon dont les processus sont intégrés par les acteurs.

La prise en compte de ces objectifs nécessite d'organiser le pilotage de l'activité et de définir une stratégie efficace en cohérence avec le circuit du patient. L'intérêt de cette mission pour l'AAH est de pouvoir mettre à profit sa capacité à établir une organisation de travail efficace et transversale. En tant que relai des politiques publiques et des stratégies de l'établissement, la mise en place de la facturation individuelle au fil de l'eau suscite de la part de l'AAH la mobilisation de compétences à la fois d'expertise, managériales et transversales dont le but est de garantir des pratiques homogènes et de qualité, d'identifier et mettre en œuvre des actions correctrices. La conception d'outils et de procédures à destination des différents acteurs internes et externes au service doit permettre de garantir des pratiques homogènes et de qualité, et d'identifier et mettre en œuvre des actions correctrices. Ce rôle de l'AAH en matière de management stratégique répond d'ailleurs aux préconisations de la HAS :

« Les valeurs sont des références communes fondant la conduite professionnelle de chacun, identifiées de façon collective et diffusées auprès de tous les acteurs internes et externes. »¹

Ce mémoire va donc s'attacher à montrer que les nouveaux enjeux de la facturation hospitalière et la situation financière actuelle du CASH nécessitent de mettre en œuvre des actions d'amélioration du processus de facturation (1). A partir d'un diagnostic des organisations et du circuit de facturation au sein du CASH, il est possible d'établir une analyse de la performance du processus de facturation au sein de l'établissement (2). La politique d'amélioration de la facturation et le plan d'actions qui en découlent devront essentiellement poursuivre deux objectifs : optimiser le parcours du patient et maîtriser le circuit de production des informations médicales et administratives, d'une part, et impulser une dynamique de concertation avec l'ensemble des acteurs et diffuser la culture FIDES, d'autre part (3).

¹ HAS, Manuel de certification des établissements de santé V2010, critère 1.a : Valeurs, missions et stratégie de l'établissement.

1 Les nouveaux enjeux de la facturation hospitalière au cœur de la gouvernance des établissements de santé

La mise en place de la facturation au fil de l'eau sous-tend un enjeu stratégique au cœur du système de financement des établissements de santé (1.1), ce qui incite les établissements de santé à renforcer leur culture de gestion par les processus. De la même façon, ce nouveau mode de facturation induit nécessairement une culture de facturation renouvelée, par une optimisation des recettes liées aux produits de l'activité hospitalière, de façon à répondre à un enjeu budgétaire et financier majeur (1.2). Dans ce sens, cette réforme de la facturation constitue une opportunité pour l'établissement d'optimiser sa trésorerie (1.3).

1.1 FIDES : Un enjeu stratégique au cœur du système de financement des EPS

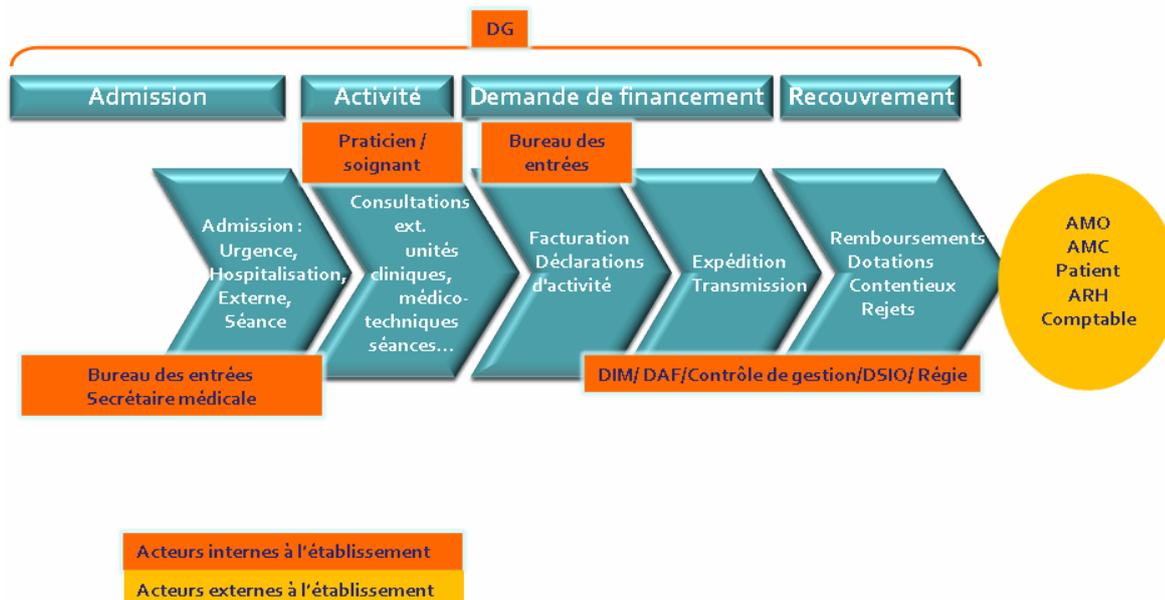
D'une façon générale, la facturation au fil de l'eau impacte la chaîne admission-codage-facturation-recouvrement dans son ensemble, vue sous l'angle d'un processus global aux intervenants multiples. Plus particulièrement, la facturation au fil de l'eau a des répercussions en matière de pilotage transversal (1.1.1) ainsi que sur les organisations et sur les compétences (1.1.2).

1.1.1 Impact de la facturation au fil de l'eau en matière de pilotage transversal

La mise en place de FIDES infuse les 4 étapes clés du processus de facturation, du recueil de données à l'échange des factures :

- 1) **Admission** (accueil du patient, collecte et recueil des données administratives et sociales)
- 2) **Séjour, codification et sortie** (qualité, exhaustivité des données médicales en temps réel, gestion des mouvements)
- 3) **Transmission des actes** (qualité du recueil des informations nécessaires à une facturation et à un recouvrement efficaces et rapides)
- 4) **Recouvrement** (fiabilité des échanges avec les tiers et les débiteurs)

Le processus de facturation est un processus complexe qui se décompose en plusieurs étapes :



Source : GMSIH « Etat des réformes du financement et de l'Assurance Maladie au 01/09/2007 et impacts sur les systèmes d'information des établissements de santé. »

Les acteurs concernés par l'évolution de la facturation sont nombreux et l'un des enjeux importants induits par la réforme de la facturation consiste à fédérer l'ensemble des acteurs autour d'un objectif commun. Il apparaît nettement que la véritable faiblesse de l'activité de facturation / recouvrement réside en sa sectorisation historique, à l'origine d'un cloisonnement des professionnels les uns avec les autres. En effet, intrinsèquement transversal à l'hôpital, le processus de facturation repose sur divers acteurs, de compétences et de lignes hiérarchiques différentes, qui trop souvent travaillent de manière isolée. Au final, la qualité de la facturation sera autant le fruit de la qualité des travaux de chacun que de leur bonne coordination.

De surcroît, les réflexions et la refonte des procédures et des méthodes de travail se heurtent souvent à une méconnaissance, voire une incompréhension des nouveaux enjeux de la part de l'ensemble des personnels de l'établissement. Des actions de communication à tous les niveaux et la mise en place d'un pilotage éclairé et consensuel se révèlent donc indispensables pour s'assurer d'un soutien collectif de la démarche. Les exemples d'interactions ou d'impacts du travail des uns sur l'activité des autres sont multiples ; il convient alors de favoriser les échanges entre les différents acteurs afin que

chacun puisse exprimer clairement ses attentes vis-à-vis des autres. Par exemple, le travail des services sociaux ne se fera pas dans les mêmes conditions si ces derniers sont sollicités en amont dès l'identification de certains problèmes par les agents ou très en aval après retour de la part d'une caisse pour cause de résiliation des droits. De la même façon, les codages non effectués, lorsque signalés par les agents administratifs lors de la consolidation du dossier, ne se feront pas avec la même précision s'ils sont relatifs à des patients sortis depuis plusieurs mois. La mise en place de FIDES nécessite donc, de la part des établissements, de faire évoluer leurs organisations dans le cadre d'une gestion de projet global notamment par le biais d'une animation du changement permanente associant les aspects organisationnels et techniques, afin de permettre aux professionnels de l'établissement de s'approprier le projet pendant tout son déploiement. Cette démarche de gestion globale est d'autant plus importante que la performance est un construit multidimensionnel.

1.1.2 La facturation au fil de l'eau appelle une adaptation des organisations et des compétences

La facturation au fil de l'eau engendre des incidences sur les organisations en matière d'accueil administratif (accueil administratif préalable systématique, complétude des dossiers administratifs, extension des horaires d'accueil en cohérence avec les services de soin), d'accélération du rythme de codage de l'activité et de la facturation. Des améliorations sont aussi attendues en matière de gestion du contentieux journaliers et de la qualité des flux d'informations (traitement des rejets et définition d'actions correctives à mettre en place). *In fine*, l'établissement se doit d'adapter ses organisations dans un but d'amélioration de la qualité, de l'exhaustivité et de la rapidité de la facturation. Le modèle de Shortell² relatif à la démarche en qualité et sécurité des soins peut être transposé à la démarche d'amélioration du processus de facturation et de recouvrement. Cette démarche d'amélioration peut être maîtrisée selon 4 axes simultanés : 1) **Axe stratégique** : politique institutionnelle, objectifs et programmes 2) **Axe technique** : méthode et outils 3) **Axe culturel** : culture qualité, financement et facturation 4) **Axe structurel** : organisation, ressources (temps, argent, compétences).

Pour appréhender la complexité de la réforme de la facturation, celle-ci doit donc être envisagée sous l'angle d'une analyse systémique et interdisciplinaire conduisant à une

² Quatre dimensions essentielles ont été identifiées par Shortell pour développer une démarche qualité de manière cohérente, efficace et pérenne : une dimension stratégique, une dimension technique, une dimension culturelle et une dimension structurelle.

gestion globale de l'organisation des processus³ et ciblant l'ensemble des étapes du circuit de facturation, de façon à développer les liens transversaux et une cohérence d'ensemble entre les différentes fonctions support. En effet, l'analyse systémique repose sur l'appréhension concrète d'une démarche de projet global puisqu'elle peut être définie comme « *discipline qui regroupe les démarches théoriques, pratiques et méthodologiques, relatives à l'étude de ce qui est reconnu comme trop complexe pour pouvoir être abordé de façon trop réductionniste, et qui pose des problèmes de frontières, de relations internes et externes, de structure.* »⁴

Cette approche aboutit, plus spécifiquement, à l'identification d'acteurs et de secteurs stratégiques :

Importance et rôle stratégique du bureau des entrées pour le passage à la FIDES :

Avec la mise en place de la facturation au fil de l'eau, le bureau des entrées devient un acteur clé de la chaîne de facturation en raison de son rôle majeur et central dans la collecte des données administratives et sociales, des données de soins et de séjour pour l'émission des factures. Il s'agit d'un rôle primordial de gestion de l'information hospitalière. Le service des admissions constitue un des principaux points d'accueil du patient, chargé de constituer le dossier administratif qui permet la définition d'un numéro d'identification du patient (IPP) et son numéro d'épisode (séjour), socle de l'identito-vigilance et fondamental pour la gestion ultérieure des mutations par les soignants, le codage par les médecins et *in fine* la facturation.

C'est pourquoi le bureau des entrées, auparavant mal considéré et souvent doté de personnels peu qualifiés, doit évoluer et se restructurer (admissions et accueil, cellule identito-vigilance, pool facturation et contentieux). En effet, avec le passage d'une gestion globale (volume d'actes) à une gestion individualisée (prestations facturables par patient selon ses droits AMO), ce service est désormais au cœur de la réforme. Cette fonction transversale appelle une réorganisation de la Gestion Administrative des Malades (GAM) avec la création d'équipes de gestionnaires, la désignation d'un référent pour faire monter en compétence les agents et une coordination renforcée avec les services.

Rôle clé des systèmes d'information en termes d'infrastructures techniques et de logiciels : La facturation au fil de l'eau comporte des enjeux en matière de circuits d'émission

³ LEDERMANN Matthieu, *La recherche de la performance par l'optimisation des processus, l'exemple du centre hospitalier intercommunal de la Côte basque*, Mémoire de Directeur d'hôpital, ENSP, Rennes, 2007-2009.

⁴ DONNADIEU Gérard, DURAND Daniel, NEEL Danièle, NUNEZ Emmanuel, SAINT-PAUL Lionnel, *L'approche systémique : de quoi s'agit-il ?* Synthèse des travaux de groupe AFSCET, septembre 2003.

et de transmission de l'information et en matière de circuits financiers (télétransmission, dématérialisation des échanges). Considérant l'aspect technique, l'architecture des Systèmes d'Information Hospitaliers (SIH) doit fondamentalement être centrée autour du patient. Il est ainsi nécessaire de disposer d'un système de communication inter-logiciel fiable, cohérent et sécurisé à partir d'une infrastructure technique et unique adaptée à la gestion des échanges internes et externes. Ceci démontre l'importance d'avoir un SIH ergonomique, des informaticiens formés et des référentiels cohérents (base patient, fiche structure, annuaire des intervenants, etc.) Disposer d'un SIH performant devient donc un véritable facteur différenciant pour les établissements de santé, dans leur capacité à être rémunérés pour leurs activités (aide à la saisie, à la productivité et à la qualité), à disposer d'un pilotage efficient et d'une meilleure adaptabilité aux nouvelles réformes et évolutions réglementaires.

Au niveau de la production de l'information médicale, le Département de l'Information Médicale (DIM) qui n'était pas toujours valorisé, doit devenir un véritable service charnière entre les secteurs médicaux et administratifs. Son positionnement stratégique est la garantie d'une production au fil de l'eau des données médicales de qualité nécessaires à la facturation.

1.2 Un enjeu budgétaire et financier : garantir et développer le niveau de ressources des établissements

Dans le cadre du passage à la T2A et de la facturation au fil de l'eau, il est essentiel de pouvoir valoriser l'ensemble de l'activité et de connaître avec précision et en temps réel le niveau de prise en charge de chaque patient. Il s'agit donc d'un défi financier majeur pour les établissements puisque, désormais, les recettes seront déterminées en fonction des factures (1.2.1) par le biais d'une chaîne de facturation répondant aux exigences de « qualité, rapidité et exhaustivité » (1.2.2).

1.2.1 Un défi financier majeur pour les établissements de santé : « des recettes en fonction des factures »

L'introduction de la tarification à l'activité avait déjà profondément modifié la gestion budgétaire des établissements de santé. En effet, d'une logique construite autour des dépenses, les établissements doivent désormais concentrer une part plus importante de

leurs ressources, tant humaines que techniques, à la maîtrise de leurs recettes⁵. Désormais, c'est le niveau de recettes qui détermine la capacité de l'établissement à dépenser et donc la marge de manœuvre pour son développement à travers, notamment, la maîtrise de la chaîne de facturation. Le projet FIDES s'inscrit dans cette démarche globale d'amélioration de la performance financière des établissements puisque les données d'activité sont désormais valorisées au taux réel de prise en charge et non sur la base d'un taux moyen.⁶

Si le passage de la dotation globale de financement à la T2A a créé un lien fort entre la trésorerie de l'établissement et la facturation, le passage à la facturation directe rend la trésorerie de l'établissement complètement liée au fonctionnement du processus de facturation et de recouvrement. La facturation au fil de l'eau doit avant tout permettre d'assurer une situation budgétaire saine et pérenne de l'établissement et être en conformité avec les exigences de la réglementation liée à la tarification à l'activité. Cet enjeu financier majeur nécessite de garantir la cohérence et la synchronisation entre la gestion opérationnelle et la gestion économique de l'établissement. En effet, il s'agit d'accélérer l'émission des factures, d'optimiser la fiabilité et les délais de recouvrement et de limiter les impayés. Dans le cadre du « schéma type » de la facturation au fil de l'eau, cette facturation doit être :

- **Individuelle** : facturation par patient par opposition à la facturation globale ;
- **Directe** : la sécurité sociale devient l'interlocutrice directe des établissements ;
- **Au fil de l'eau** : la facturation doit être réalisée en temps réel afin d'optimiser la gestion de la trésorerie par opposition au versement régulier des dotations.

Ainsi, le développement des recettes passe nécessairement par l'amélioration de la facturation. C'est ainsi que la facturation au fil de l'eau doit permettre de consolider la situation financière de l'établissement en valorisant les activités et les recettes hospitalières, tout autant que par la maîtrise des dépenses.

⁵ PFEIFFER M, MADELMONT F, Refondre la chaîne de facturation dans un contexte T2A, revue hospitalière de France, n° 508, 2006.

⁶ Cette évolution résulte de la suppression du taux de conversion.

1.2.2 Une chaîne de facturation devant répondre aux exigences de « qualité, rapidité et exhaustivité »

Le défi pour les établissements est de parvenir à apparier les données médicales (Groupes Homogènes de Séjour ou consultations et actes externes) de chaque patient avec ses données administratives et de transmettre ainsi les éléments chaînés. En effet, depuis la suppression du taux de conversion en 2007⁷ et maintenant avec l'élargissement de la facturation au fil de l'eau, les données d'activité doivent être individualisées et correctement tarifées. Les informations erronées ou non déclarées ne seront pas rémunérées. Cette prise de conscience nécessite un travail préalable d'amélioration de la qualité des factures pour limiter le taux de rejets et les impacts sur les recettes de l'établissement, par la constitution de factures individualisées selon les formats de facturation en vigueur et par la télétransmission des factures en messagerie sécurisée. Les établissements seront rémunérés par l'assurance maladie, facture par facture, après validation par la caisse gestionnaire de l'assuré. Les contrôles automatiques vont être intensifiés par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) et il faudra être capable de traiter les rejets car un rejet non traité entraînera un non paiement et le déclenchement du délai de forclusion. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 détermine un délai de 1 an⁸ aux établissements de santé pour l'émission ou la modification des titres envoyés aux caisses d'assurance maladie. Ce délai s'applique aussi bien aux factures initiales comme aux factures complémentaires ou rectificatives. Il débute à partir de la réalisation de l'acte en consultation externe ou de la date de fin de séjour pour les hospitalisations partielles ou complètes. Passé ce délai d'une année, plus aucun titre de recettes ne pourra être émis ou modifié envers les caisses d'assurance maladie. Le rejet des titres n'ouvre pas droit à un nouveau délai.

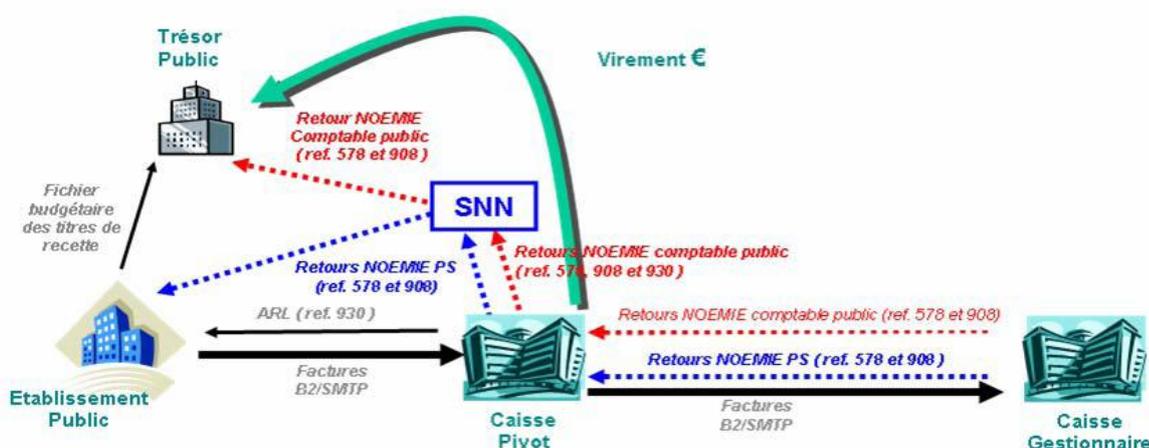
Facturer plus vite est donc un impératif pour l'établissement, permettant au principal financeur, l'assurance maladie, d'exercer un contrôle en direct, et à l'établissement de

⁷ MADELMONT F, Facturation et taux de conversion, Finances Hospitalières, juillet/août 2007.

⁸ Article L 162-25 du code de la sécurité sociale issu de la circulaire n° DSS/1A/DGOS/R1/2012/240 du 18 juin 2012 relative au délai dont disposent les établissements de santé pour l'émission de données de facturation à l'assurance maladie : « Par dérogation à l'article L. 332-1, l'action des établissements de santé mentionnés aux a à d de l'article L. 162-22-6 pour le paiement des prestations de l'assurance maladie se prescrit par un an à compter de la date de fin de séjour hospitalier ou, pour les consultations et actes externes mentionnés à l'article L. 162-26, à compter de la date de réalisation de l'acte. »

maintenir à flot sa trésorerie.⁹ De façon primordiale, il s'agit pour l'établissement de bien facturer et d'assurer ses rentrées financières. La gestion de la trésorerie se joue désormais sur la capacité des établissements à améliorer les délais de recouvrement des produits et à réorganiser leur chaîne de facturation : rapidité de codage, émission rapide des factures, amélioration des délais de recouvrement sont alors essentiels. Cette évolution présente donc un enjeu fort pour la trésorerie des établissements puisqu'elle impose une logique de qualité, de régularité et de maturité d'échanges avec les différents partenaires Assurance Maladie Obligatoire (AMO), Assurance Maladie Complémentaire (AMC), Trésor Public (TP).

Le schéma des échanges entre les différents partenaires de l'hôpital dans le cadre de la facturation directe est le suivant :



1.3 L'opportunité pour le CASH de Nanterre d'optimiser sa trésorerie dans un contexte financier difficile

En préalable à l'analyse du processus de facturation au sein de l'hôpital, il convient d'exposer les spécificités de cet établissement en matière d'accueil et d'offre de soins, s'agissant d'un établissement public au statut spécifique (1.3.1). Cette présentation est d'autant plus pertinente, au regard du sujet traité, que l'établissement se trouve actuellement dans une situation financière préoccupante (1.3.2).

⁹ En effet, pour faire baisser son Besoin en Fonds de Roulement (BFR), il est nécessaire de travailler sur la rapidité du recouvrement des produits via le délai de facturation, le taux de rejet et le taux de recouvrement.

1.3.1 Un établissement de santé unique et au statut spécifique

Le Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre (CASH) est un établissement public de santé au statut spécifique qui accueillait à l'origine des détenus. L'image du CASH reste aujourd'hui fortement marquée par sa mission historique d'accueil de patients socialement en grande difficulté. Il est géré à la fois par la Mairie de Paris et par la Préfecture de police de Paris. Le Préfet de police demeure président du Conseil de surveillance de l'hôpital. Il s'agit d'une structure unique en France qui regroupe à la fois une structure sanitaire classique (l'Hôpital Max Fourestier, Hôpital Public) et des structures sociales. Lieu emblématique de la ville, le CASH de Nanterre est un acteur non seulement de l'offre de soins des Hauts de Seine mais aussi un acteur de premier plan pour la prise en charge sociale et médicosociale de franciliens en situation de grande précarité.¹⁰

L'offre de soins proposée au CASH de Nanterre est largement déterminée par le bassin de vie des communes du Nord des Hauts-de-Seine. En effet, l'hôpital répond aux besoins de populations dont les indicateurs socio-économiques et sanitaires sont globalement moins bons que les moyennes régionales. De plus, l'hôpital Max Fourestier assure une mission d'intérêt régional de prise en charge médico-sociale puisqu'il demeure un établissement public à caractère social et sanitaire de la ville de Paris, faisant exception à la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relatives aux institutions sociales et médico-sociales qui a opéré une séparation des secteurs sanitaire et social. Sa spécificité s'intègre donc parfaitement dans la déclinaison des politiques publiques de rapprochement des secteurs sanitaire, social et médico-social initiées par la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) du 21 juillet 2009. Pour assumer sa triple mission, le CASH est organisé en deux grands secteurs :

- Le secteur sanitaire : l'hôpital Max FOURESTIER

L'établissement est soumis, comme les autres hôpitaux, aux dispositions de la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

Cinq pôles regroupant les services de l'hôpital Max Fourestier ont été constitués en 2006 : le pôle accueil, le pôle médecine spécialisée, le pôle chirurgie, le pôle médico – technique, le pôle santé mentale et médecine sociale.

- Le secteur social et médico-social

La Direction de la Vie Sociale et de l'Insertion comprend 5 pôles : le pôle Urgence Sociale et orientation, le pôle Hébergement et Activités socio-éducatives, le pôle Insertion, le pôle Personnes Agées, le pôle de Médecine Sociale Transversale.

¹⁰ 90% des patients sont des habitants de Nanterre ou de communes et départements limitrophes.

1.3.2 Une situation financière actuelle préoccupante

Un résultat d'exploitation actuellement déficitaire¹¹ pourrait, à terme, impacter les capacités financières de l'établissement et notamment ses capacités d'investissement. La tendance semble s'accroître, en raison de l'accueil de patients qui relèvent pour 4% d'entre eux de la très grande précarité et de l'exclusion, ce qui constitue une spécificité de cet établissement. Outre une situation financière préoccupante, le CASH se situe au sein d'un environnement fortement concurrentiel, en raison notamment de la proximité géographique de Paris. Par ailleurs, le territoire de santé 92-3-Hauts-de-Seine nord-, auquel appartient le CASH, présente une forte densité d'établissements de santé, publics ou privés, dont certains sont réputés comme l'hôpital américain de Neuilly. L'hôpital se situe néanmoins sur un territoire en plein développement démographique et économique, à proximité de l'université Paris X-Nanterre et du pôle de la Défense.

C'est pourquoi il apparaît plus que nécessaire de garantir une réponse globale de qualité et de proximité sur le bassin de vie en intégrant la double mission médico-sociale et hospitalière du CASH. Les orientations stratégiques décidées et mises en œuvre doivent plus que jamais tenir compte des besoins de santé de la population, de la démographie médicale et des contraintes financières. L'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France s'est engagée à soutenir et renforcer l'offre de soins hospitalière publique du Nord des Hauts-de-Seine. A cet effet, un Protocole d'accord relatif à l'adaptation des hôpitaux Max Fourestier et l'hôpital Louis-Mourier de Colombes (Assistance Publique – Hôpitaux de Paris) a été signé dans un objectif général d'amélioration de l'offre de soins publics.¹²

Nous venons donc de voir, dans cette première partie, que la mise en œuvre de la facturation au fil de l'eau nécessite d'adapter les organisations, particulièrement les systèmes d'information, puisque la trésorerie devient directement liée à la capacité à produire des factures médicalisées de qualité et dans les délais les plus courts possibles. L'enjeu est d'autant plus primordial que l'établissement se trouve dans une situation financière délicate. Le défi pour l'établissement, et donc pour l'AAH responsable de la facturation, réside alors dans la mise en place d'une chaîne de facturation performante et des outils de pilotage associés. Pour ce faire, un diagnostic préalable du circuit de facturation dans l'établissement est indispensable à la conception puis à la mise en œuvre d'un plan d'actions.

¹¹ Chambre Régionale des Comptes d'Ile-de-France, Rapport d'observations définitives CASH de Nanterre, janvier 2012.

¹² Protocole d'accord relatif à l'adaptation des hôpitaux Max Fourestier et Louis Mourier

2 L'analyse de la performance du processus de facturation et de recouvrement au sein de l'établissement

L'état actuel du dispositif de facturation au sein de l'établissement (2.1) met en exergue l'existence de difficultés pouvant faire obstacle à un processus de facturation optimal (2.2). C'est ainsi, qu'à partir de constats recensés, un plan d'actions pourra être validé de façon à réaménager l'organisation de la facturation, dans l'optique de palier aux risques d'une chaîne de facturation mal adaptée aux exigences de la facturation au fil de l'eau (2.3).

2.1 L'analyse de l'état actuel du dispositif de facturation

Une méthodologie appuyée sur un diagnostic fonctionnel du processus de facturation sur le terrain d'étude (2.1.1) a permis d'identifier une démarche antérieure d'amélioration de la gestion facturière dans le cadre d'un Comité de Pilotage (COPIL) (2.1.2), illustrant une prise de conscience de l'enjeu financier suscité par un nouveau mode de rémunération et de facturation, dans le but d'assurer la pérennité de l'établissement.

2.1.1 Une méthodologie appuyée sur un diagnostic fonctionnel du processus de facturation

Un comité de pilotage (COPIL) a été institué dans l'établissement, dans le cadre d'un projet d'amélioration du « Processus de facturation et de recouvrement », afin de répondre à la préconisation de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et de l'Inspection Générale des Finances (IGF), au mois de décembre 2008, de réaliser une expérimentation réelle pour la mise en place de FIDES. Des actions d'évaluation et de comparaison du processus de facturation ont permis d'aboutir à des constats de l'ensemble de la chaîne de facturation. La logique était de repérer et de recenser les dysfonctionnements et de fixer des objectifs et des actions d'amélioration, en s'inscrivant ainsi dans la démarche

d'expérimentation prévue par l'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 qui fixe une expérimentation jusqu'à fin 2012.¹³

Ce mémoire repose donc, tout d'abord, sur les constats qui résultent de l'analyse des processus de facturation et de recouvrement menée par le COPIL puis de l'autodiagnostic de la performance du processus de facturation à partir de « l'outil performance » créé par la Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier (Meah) en 2008.¹⁴ C'est ainsi que nous avons pu réaliser, en concertation avec la responsable de la facturation chargée de la mise en place de FIDES dans l'établissement, une auto-évaluation de la chaîne de facturation et de recouvrement, ce qui nous a permis d'établir un diagnostic fonctionnel à partir de différents items : caractéristiques de l'établissement, accueil du patient, collecte de l'information administrative et médicale, articulation et transfert d'information entre les services, analyse des circuits et des étapes de facturation, encaissement et recouvrement, coordination et supports (recueil d'indicateurs, démarche de projet SI, fiabilité des interfaces, etc.)

Ce diagnostic répond à la demande de l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France (ARS) de réaliser des diagnostics synthétiques et d'exploiter les résultats de « l'outil diagnostic » élaboré par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP). Une réunion a été organisée par l'ARS le 3 octobre 2012 dans le but de permettre aux établissements de santé de faire un état d'avancement des actions en cours, des résultats et des difficultés rencontrées. C'est donc dans ce cadre que se situe ce mémoire, en s'appuyant sur des éléments factuels et contextuels observés tout au long du stage de mise en situation professionnelle au sein de la Direction des Affaires Financières (DAF), principalement à partir de réunions durant lesquelles ont pu être discutés les constats recensés. Les différentes propositions d'actions d'amélioration ont également pu être arbitrées et validées en vue de proposer un plan d'actions structuré et partagé.

Par ailleurs, la méthodologie s'est appuyée sur des observations directes des pratiques au quotidien et sur la base de lectures bibliographiques. Les informations ainsi

¹³Article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 « *Par dérogation aux dispositions de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 précitée, les établissements de santé volontaires mentionnés aux a, b ou c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale peuvent participer à une expérimentation de facturation avec l'assurance maladie.* »

¹⁴ Outil de diagnostic et d'autoévaluation du processus de facturation : <http://www.anap.fr/detaildune-publication-ou-dunoutil/recherche/diagnostiquer-et-evaluer-le-processus-de-facturation-dun-etablissement/>

recueillies ont été étudiées en rapport avec des données issues d'entretiens menés avec les professionnels du terrain concernés par l'évolution du processus de facturation. L'intérêt de cette démarche était d'identifier les freins et les leviers existants dans la conduite du changement eu égard aux impacts de la mise en place de FIDES en matière structurelle et organisationnelle. Il s'agissait d'obtenir des compléments d'information en supplément des lectures et des observations, de déceler les écueils éventuels mais également de mieux appréhender la perception des différents acteurs. Les principaux interlocuteurs rencontrés ont été les agents d'accueil et de facturation, les services sociaux et les acteurs en charge de l'information médicale. La responsable du bureau des entrées, la Directrice des Affaires Financières ainsi que le délégué qualité et risques ont également été consultés en raison de leur rôle clé « d'impulsion » dans la démarche d'optimisation du processus de facturation. L'objectif était d'analyser la stratégie et l'action de terrain qui ont été déployées pour réaménager et adapter les organisations et de rechercher quelles actions pouvaient être proposées et développées dans l'optique d'une facturation optimale, en écho au contexte local.

Le tableau ci-dessous représente les **éléments clés** du diagnostic fonctionnel qui a pu être établi durant la phase de réalisation de l'état des lieux du processus de facturation et de recouvrement dans l'établissement :

	3 Points forts	3 Points faibles	Qu'est – ce- qui doit changer ?	Indicateurs de mesure à développer
ORGANISATION	<ul style="list-style-type: none"> - Volonté de restituer un comité de pilotage - Visualisation des besoins en formation - Réalisation de devis pour les patients payants 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de référentiel et de guide opératoire institutionnalisés. - Circuit du patient complexe (répercussions sur les admissions et les encaissements directs) -Manque de communication et cloisonnement entre les différents services 	<ul style="list-style-type: none"> - Création et suivi d'indicateurs d'aide à la gestion - Donner toute son effectivité au comité de pilotage et développer les liens transversaux - Elaboration de Procédures écrites à partir de réflexions autour du circuit patient 	<ul style="list-style-type: none"> - Tableau de bord pluridimensionnel - Taux de pré-admission - Etude des flux de patients en fonction des modes d'admission -Taux d'encaissements directs
PROCESSUS	<ul style="list-style-type: none"> - Travail en concertation avec la CPAM pour le suivi de dossiers sensibles - Dispositif de signalements aux services sociaux 	<ul style="list-style-type: none"> - Délais souvent trop longs pour obtenir les informations administratives et sociales (Identité, ALD) 	<ul style="list-style-type: none"> - Développer la plateforme informatique pour les prises en charge mutuelles 	<ul style="list-style-type: none"> - Taux et délais de recouvrement des titres émis en fonction des différents débiteurs

	<ul style="list-style-type: none"> - Liens avec le Trésor Public pour les recouvrements et les contentieux 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de convention avec les mutuelles - Pas de réel suivi des procédures de relance et de recouvrement 	<ul style="list-style-type: none"> - Réduire les délais de retour ALD ou droits sociaux - Affecter un agent pour traiter les contentieux et mettre en place un suivi de ces dossiers 	<ul style="list-style-type: none"> - Délais de retour ALD et droits sociaux - Délais de réponse pour les prises en charge mutuelle - Réunions régulières avec le DIM, la CPAM et le TP
OUTILS	<ul style="list-style-type: none"> - Utilisation de l'outil CDR systématique pour la consultation des droits - Création de formulaires en fonction des modes de prise en charge - Réalisation d'audit et tests de logiciels 	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de bornes pour la lecture des Cartes Vitales - Système d'information peu interopérable, problèmes d'interfaçage - Manque d'outils de travail génériques et adaptables 	<ul style="list-style-type: none"> - Installation de bornes d'actualisation des Cartes Vitales - Mise en place d'un groupe structure pour développer les systèmes d'information - Installation de PC et bornes de travail génériques 	<ul style="list-style-type: none"> -Taux de rejet des factures émises - Recensement des erreurs et anomalies de logiciels - Audits qualité des informations administratives et sociales
COMPETENCES	<ul style="list-style-type: none"> - Présence d'experts en gestion et facturation - Gestion des situations de conflits à l'accueil - Polyvalence possible aux guichets 	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de polyvalence et de souplesse en gestion/facturation - Fiches de Poste à revoir et à réactualiser - Cloisonnement des compétences 	<ul style="list-style-type: none"> -Décloisonnement dans la gestion des dossiers de facturation - Revoir les fiches de Poste en entretiens individuels - Développer la polyvalence et les besoins en formation 	<ul style="list-style-type: none"> -Audit qualité (complétude des dossiers, dossiers facturés...) -Délais de facturation -Taux d'absentéisme
CULTURE ET VALEURS	<ul style="list-style-type: none"> - Information des patients au niveau de l'accueil - Accompagnement des patients dans l'ouverture et la gestion des droits - Volonté de « bien faire son travail » 	<ul style="list-style-type: none"> - Culture de la gratuité de l'hôpital - Population précaire (insolvabilité) - Manque de sensibilisation aux enjeux et aux problématiques de la facturation 	<ul style="list-style-type: none"> - Faire évoluer les mentalités en développant la communication institutionnelle - Informer les patients sur l'importance d'effectuer les démarches administratives - Développer les formations aux techniques de facturation 	<ul style="list-style-type: none"> - Taux de complétude des dossiers - Délai et taux de recouvrement - Taux de rejets B2

2.1.2 Une démarche d'amélioration de la gestion facturière dans le cadre du Comité de Pilotage

Actions d'amélioration réalisées : Depuis janvier 2010, dans le cadre du COPIL, des actions d'amélioration ont été menées et ont contribué à renforcer plusieurs étapes de la chaîne facturation et recouvrement :

✓ L'identito-vigilance :

Participation à la première journée internationale de l'identito-vigilance, identification d'un référent identito-vigilance et d'un suppléant, demande systématique de la carte nationale d'identité, y compris pour les consultations, travail important de rédaction de procédures (recueil de l'identité des patients, recueil de l'identité provisoire, procédure de traitement des anomalies, admission des mineurs et majeurs protégés). Un travail de traçabilité, de fiabilité et de sécurisation des informations a également été mené dans le but, entre autres, de limiter les risques d'usurpation d'identité et de fraude (Couverture Maladie Universelle, Aide Médicale d'Etat...)

✓ La confidentialité :

Procédure d'hospitalisation sous anonymat et de non révélation de présence à l'hôpital, mise en place de cloisons entre les guichets d'accueil.

✓ Ouverture des droits sociaux et repérage des patients en situation de précarité :

La carte vitale est lue et une recherche des droits en ligne (CDR) permettant de vérifier les droits du patient est systématiquement pratiquée, tant aux admissions des hospitalisations qu'aux traitements externes ; les droits de mutuelle sont eux aussi vérifiés.

Une démarche de sensibilisation des services d'accueil du public a été engagée quant à la nécessité de vérifier, dès l'admission du patient, si celui-ci bénéficie de droits ouverts auprès d'organismes tiers payants. Il existe, en effet, des démarches spécifiques de repérage et de prise en charge des patients en situation de précarité dès leur arrivée à l'hôpital, en collaboration avec les services sociaux et les psychologues afin de vérifier l'existence ou l'absence de droits sociaux et d'orienter le patient vers un dispositif de prise en charge adapté. Ce dispositif a pour finalité de limiter les dossiers non facturables en cas de non ouverture des droits. Durant ma période de stage, une « cellule précarité » a été mise en place, pour développer une synergie sanitaire et sociale, permettant ainsi un suivi de dossiers potentiellement « à risque » au fil de l'eau. Ce suivi est exercé conjointement avec

la CPAM par le biais d'échanges téléphoniques, de réunions de coordination et de réexamen des dossiers. L'objectif est d'obtenir un traitement rapide et une résolution de dossiers problématiques, une actualisation de la couverture sociale des patients et une diminution des créances admises en non valeurs.

Les bénéficiaires attendus de cette action sont porteurs puisque l'établissement a un taux de rejet B2 parmi les plus faibles d'Île-de-France¹⁵.

- ✓ Les patients payant 100% :

Mise en place d'une procédure spécifique pour ces patients dans le but de diminuer les créances irrécouvrables : prise en charge personnalisée, réalisation de devis, engagement de payer et paiement avant hospitalisation le cas échéant.

- ✓ Réalisation de diagnostics d'organisation et d'auto-évaluation :

Cette démarche a permis d'avoir une vision objective et actualisée de la chaîne de facturation et de recouvrement permettant la mise en place de certaines mesures d'amélioration.

Des actions d'amélioration à réaliser : Malgré une démarche d'amélioration du dispositif de facturation au sein de l'établissement, certains dysfonctionnements recensés démontrent que l'organisation du processus de facturation et de recouvrement peut encore être optimisée et gagner en efficacité, notamment en matière d'accueil et de création de dossiers administratifs, de systèmes d'information, de gestion de la facturation, de management et de compétences. Ces modifications d'organisation s'inscrivent dans un contexte particulier pour le CASH :

- **Réalisation d'un benchmarking¹⁶ organisé par l'ARHIF :**

Participation du bureau des entrées à une étude comparative organisée par l'Agence Régionale d'Hospitalisation d'Île-de-France. Le benchmarking est une méthode d'analyse comparative qui consiste à observer les organisations afin d'identifier les meilleures méthodes d'exécution (best practices) d'une activité donnée. Ce benchmark a permis de mettre en évidence certains points d'amélioration de l'activité de facturation au sein de l'établissement.

¹⁵ Le taux de rejet B2 est de 3.77% pour le mois de juillet 2012, 4.18% pour août 2012 et 4.03% pour septembre 2012.

¹⁶ NEVAO Conseil, *Benchmarking Concept et Méthodologie*, 2001-2004.

- **Projet FIDES :**

Dans le cadre de l'expérimentation, un dossier de candidature a été déposé par le CASH, qui apparaît alors comme site pilote de la facturation au fil de l'eau. Cette décision avait pour objectif d'engager l'établissement dans une démarche d'optimisation et de réorganisation de la chaîne de facturation. Malheureusement, cette étape d'autodiagnostic n'a pu se réaliser dans des conditions optimales et de façon aboutie, tant pour des raisons internes au service de facturation que pour des raisons liées à des restructurations de l'établissement en général.

- **Plan de retour à l'Equilibre Financier :**

L'établissement s'est engagé dans une démarche de restructuration importante de ses activités et de ses organisations. Cette démarche se déploie sur trois axes : un projet d'établissement, un plan d'actions qualité et un Plan de Retour à l'Equilibre Financier (PREF) qui doivent garantir la pérennité de l'établissement et conforter la mise en œuvre des projets. En particulier, l'amélioration de l'efficience passe par un examen de l'organisation des fonctions dites supports (administratives, logistiques et techniques). A ce titre, des fiches actions résumant chaque projet sont en cours d'élaboration. Le projet FIDES dans l'établissement doit donc nécessairement s'articuler avec d'autres projets du CREF (Contrat de Retour à l'Equilibre Financier) (identité-vigilance, regroupement des consultations, accueil délocalisé, ouverture de nouveaux guichets de paiement...) La mise en place de la facturation au fil de l'eau doit permettre de créer des liens connexes avec d'autres thématiques de manière à être en cohérence avec une politique plus générale de développement et d'attractivité de l'établissement. La prise en compte de ces éléments ne doit pas être occultée mais doit, au contraire, permettre de s'engager dans une démarche de restructuration et de réorganisation, à la fois globale et commune, afin d'engager des actions en profondeur et de dépasser les dysfonctionnements du processus de facturation et de recouvrement qui ont pu être observés.

2.2 Les obstacles à un processus de facturation optimal

L'analyse des dysfonctionnements rencontrés témoigne de l'existence de défaillances qui trouvent leur origine, principalement, dans une stratégie d'accueil complexe qui ne semble pas suffisamment adaptée aux nouveaux enjeux de la facturation (2.2.1).

De façon plus précise, des difficultés sur des points particuliers de la facturation rendent nécessaires une rénovation de la gestion facturière afin d'en améliorer la qualité et la productivité (2.2.2).

2.2.1 Une organisation de l'accueil complexe et qui semble inadaptée aux nouveaux enjeux de la facturation

Au sein du CASH de Nanterre, l'accueil du patient est réparti entre 4 composantes¹⁷, dont chacune constitue un point d'entrée de l'hôpital comme première étape de la prise en charge du patient et de la chaîne de facturation :

- 1) L'accueil principal : Porte 1** (du lundi au vendredi de 7h45 à 17h)
- 2) La caisse de la policlinique : Porte 5** (du lundi au jeudi de 7h30 à 18h30 et le vendredi de 7h30 à 15h15)
- 3) La caisse de la galerie : Porte 19 bis** (du lundi au vendredi de 8h45 à 16h)
- 4) L'antenne administrative des Urgences** (du lundi au vendredi de 7h à 21h).

En sus, le point accueil « **Urgences Maternité – Gynécologie** » se trouve isolé des autres points accueil appartenant au bureau des entrées alors qu'il constitue un point d'entrée majeur du circuit patient. Une partie de la chaîne de facturation se trouve donc hors du champ du bureau des entrées, ce qui entraîne un décalage dans la gestion des hospitalisations, source de perte d'informations d'autant plus que l'agent d'accueil du point accueil « Urgences Maternité – Gynécologie » n'est pas formé directement par le bureau des entrées.

Cette organisation décentralisée des points accueil clientèle (PAC) et de la prise en charge administrative du patient était motivée, à l'origine, par la volonté de favoriser la qualité de la prise en charge en plaçant les différents PAC sur le parcours naturel des patients, dans un objectif de proximité. Ce système de décentralisation de l'accueil du patient et d'affectation des équipes en lien avec les services de soin était un moyen de répondre aux attentes des patients en rapprochant l'accueil du soin mais aussi d'amener les agents à réinvestir leurs missions. En effet, positionnés physiquement dans les services de soins, ils sont amenés à créer du lien avec les équipes soignantes. Par ailleurs, en étant plus proches des soins délivrés aux patients, ils peuvent ainsi davantage mesurer

¹⁷ Annexe 5 : Présentation de l'accueil administratif du CASH de Nanterre.

l'importance de leur rôle dans la prise en charge du patient. Ce travail de réorganisation des effectifs au sein du service d'accueil a été assorti de diverses mesures d'amélioration de la qualité de la prise en charge administrative :

- ✓ Redéfinition des horaires de travail adaptés à l'activité
- ✓ Réorganisation des postes de travail pour gagner en efficacité (exemple : création d'un poste d'accueil des réclamations et d'un guichet spécifique pour les patientes du planning familial)
- ✓ Intégration de l'équipe des agents administratifs des urgences au Bureau des entrées
- ✓ Rédaction de fiches de poste des admissionnistes

Malgré cette démarche d'amélioration de la politique d'accueil au sein du CASH, il semble aujourd'hui que cette démultiplication des PAC a pour effet de complexifier le circuit du patient dès son arrivée. D'ailleurs, les professionnels s'accordent tous sur le fait que l'organisation des différents circuits du patient est devenue obsolète. Cette situation est accentuée par une sectorisation des PAC accompagnée d'un cloisonnement des compétences et d'un manque de communication transversale sur l'ensemble des secteurs de l'accueil. Cette situation est source de rigidité dans les organisations et les modes de gestion en raison d'un déploiement séparé de dossiers et de fichiers qui génèrent une quasi impossibilité de travailler de manière homogène sur les mouvements.

Ce constat est d'autant plus important que la signalétique semble ne pas être appropriée à la nature du bassin de population fréquentant l'établissement, ce qui peut constituer un facteur influant sur le processus de prise en charge et de facturation. En effet, la population accueillie au CASH de Nanterre est pour une grande part une population vulnérable présentant un manque de compréhension et d'accessibilité aux supports d'information. Les difficultés liées à la population accueillies sont d'ailleurs soulignées par les agents d'accueil qui rencontrent des problèmes de communication et de délivrance de l'information. *« Il est vrai que le recueil d'informations peut s'avérer plus compliqué à mener dans un hôpital comme Max Fourestier où les agents rencontrent des problèmes de communication avec certains patients, d'où une mauvaise prise d'informations. »*¹⁸ Ces difficultés ne sont pas sans conséquence sur la facturation puisque les informations administratives et/ou sociales peuvent ainsi être erronées ou manquantes, occasionnant des rejets de la part de la CPAM.

¹⁸ BOUSSEMART Sophie, Rénover le processus de facturation / recouvrement en contexte T2A : la conduite d'un projet de réorganisation au centre hospitalier de Nanterre, Mémoire Directeur d'hôpital, EHESP, Rennes, 2007-2009.

Cette situation est accentuée au niveau de l'accueil des **urgences** qui cumule des difficultés importantes alors même que le Service Administratif des Urgences (SAU) constitue un point d'accueil stratégique des patients dans l'établissement (accueil de patients en grande précarité, situations d'agressivité, absence d'agents d'accueil la nuit, erreurs fréquentes sur l'état civil, absence de couverture sociale, éloignement des caisses par rapport aux urgences ce qui est un dissuasif majeur au paiement immédiat des factures, etc.)

L'obstacle majeur qui a pu être relevé concerne le logiciel des urgences (Urqual) qui ne permet pas d'interfaçage direct avec le logiciel de facturation (Cpage). C'est ainsi que cette défaillance informatique a généré 6 mois de retard dans la facturation, compte tenu de l'impossibilité de récupérer les données médicales nécessaires à la facturation. D'autre part, ce logiciel est peu ergonomique et ne permet pas aux médecins de coder efficacement et rapidement leurs actes ; la valorisation du passage aux urgences s'en trouve donc diminuée. De plus, des problèmes d'habilitation et de codage sont fréquents, particulièrement lorsque des actes prescrits par un médecin sont codés par une Infirmière Diplômée d'Etat (IDE) dans Urqual ou à partir d'identifiants de médecins qui n'exercent plus dans l'hôpital.

Outre des défaillances en matière d'organisation de l'accueil et d'enregistrement administratif du patient, des dysfonctionnements trouvent directement leur origine dans l'efficacité même du traitement de la facturation, pour des raisons tant structurelles qu'organisationnelles.

2.2.2 Un processus de facturation source de dysfonctionnements multiples

Le dysfonctionnement majeur qui a pu être relevé concerne l'existence d'un système d'information peu interopérable et parfois même défaillant dans le traitement et la circulation des données. Or, ce défaut du système d'information handicape la chaîne de facturation à différents niveaux et à des étapes fondamentales du processus de facturation :

- **Insuffisance des systèmes d'information et absence d'une plateforme commune :**

L'existence d'une pluralité de logiciels de saisie engendre des incohérences à la fois dans le recueil des données administratives et dans la saisie des actes médicaux. L'observation du terrain a mis en évidence des systèmes d'information actuels qui ne sont pas en mesure de faire cheminer de façon structurée les informations médicales et

administratives nécessaires à une facturation rapide et de qualité. Le codage en temps réel n'est donc pas toujours possible du fait d'un SIH très lent et peu ergonomique, plus particulièrement en ce qui concerne les actes techniques et d'imagerie. Par ailleurs, il n'existe pas de référentiel commun entre les applicatifs administratifs et ceux de la production de soins. Il est donc complexe de rapprocher les données d'activité des données administratives, sachant que certaines données administratives ne peuvent être fournies que par le praticien prenant en charge le patient (parcours de soins, Affections Longue Durée (ALD)) et qui ne sont pas saisissables dans les applicatifs. Il est, de ce fait, indispensable d'appréhender le processus de facturation comme un prolongement du processus de production de soins et non comme un processus à part entière.

Un autre problème a été soulevé à plusieurs reprises concernant l'absence de définition précise des modalités concernant les habilitations, les paramétrages et les demandes de création d'Unité Fonctionnelle (UF) nécessaires au codage de l'activité. Cette rigueur de l'architecture du système d'information a été identifiée comme un handicap à l'adaptabilité, à la réactivité et comme une source d'erreurs. Cette situation impacte directement la facturation, en matière de codification et de renseignement des données médicales. Il est alors nécessaire de procéder à la réactualisation régulière des bases de données et des mouvements de personnels via un tableau de mise à jour des spécialités médicales, des codes Adeli et via une « check list » des différents profils.

- **Absence de médecin DIM¹⁹** dont le rôle est pourtant essentiel afin que soit effectué un codage correct (ou son contrôle) mais aussi pour extraire et interpréter de manière pertinente des données médicales, ainsi qu'une parfaite maîtrise du dispositif réglementaire et technique du PMSI et de la T2A. Il s'agit, en effet d'une fonction stratégique²⁰ dans une logique de transversalité du processus de facturation, d'identité-vigilance, de gestion des mouvements et d'analyse et de prospective d'activité.

- **Manque d'exhaustivité et de qualité des données** circulant dans le système d'information et nécessaires à la facturation. On rencontre, en effet, plusieurs grands types de problèmes : manque de complétude ou erreur de la saisie des données administratives et médicales (manque d'exhaustivité des Résumés d'Unité Médicale (RUM), délais de retours ALD beaucoup trop longs et qui ne permettent pas une facturation en temps réel), saisie fautive à la source (en raison d'un manque de sensibilisation des acteurs de terrain), une

¹⁹ Direction Générale de l'Offre de soins : répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, fiche-métier n° 40L60 « Médecin responsable de l'information médicale et de l'évaluation (DIM)

²⁰ HAUTEMANIERE A., CINGOTTI M. : Le métier du DIM de demain, Gestions Hospitalières, octobre 2006, p.551-556.

mauvaise imputation des informations, manque de suivi de l'activité et de la qualité de la facturation (absence d'indicateurs et d'analyse de l'activité, peu de traitement et de suivi des incidents informatiques). Ces constats dénotent un problème organisationnel de fond qui nécessite, de la part de l'établissement, d'engager des actions de restructuration en profondeur.

- Un manque de structuration du traitement de la facturation :

L'analyse du traitement de la facturation a révélé l'existence de certaines pratiques qui semblent « dépassées » et parfois même inadaptées aux exigences de FIDES. Nous avons pu observer une définition imprécise des tâches dans la gestion et le traitement de la facturation, un éclatement de fonctions identiques ainsi qu'un manque de formalisation écrite et de clarté dans la répartition des compétences (subdivisions parfois aléatoires et multiplicité de cellules de facturation engendrant lourdeur et lenteur du processus de facturation). Cette constatation est à corrélérer au peu d'agents formés aux techniques de facturation et à l'absence de référent pour animer et diffuser les bonnes pratiques. Par conséquent, il s'avère nécessaire de clarifier les rôles de chacun et de recentrer les missions pour faire de la cellule facturation une cellule déterminante et stratégique. Dans le même temps, la modification de ce point d'organisation permettra de diminuer les délais de facturation et donc d'améliorer la trésorerie de l'hôpital, et ce, en accélérant le rythme de facturation avec un objectif de facturation une fois par quinzaine puis une fois par semaine, ce qui nécessite, par ailleurs, d'obtenir une saisie rapide des actes de façon systématique ainsi qu'une refacturation immédiate des dossiers redressés.

- Les résistances au changement comme frein aux mesures de réorganisation :

L'existence de résistances au changement et de conflits organisationnels récurrents semblent être la résultante d'un manque d'encadrement qui a conduit les équipes à s'auto-gérer (absence d'AAH, d'adjoint des cadres puis de Directeur fonctionnel durant plus d'un an et demi). Par conséquent, des habitudes de travail se sont installées, d'autant plus que la plupart des agents sont ancrés dans le service depuis de nombreuses années et ont développé une gestion très autonome. Ce constat explique le fait que les objectifs ne soient pas toujours compris et acceptés et que les propositions d'action et/ ou de réorganisation soient le plus souvent perçues comme des « intrusions » dans les pratiques. Cette peur d'une marge de manœuvre amoindrie conjuguée à une sensation de contrôle est accentuée par les crispations syndicales, prégnantes localement, et qui semblent se cristalliser face aux incertitudes grandissantes concernant l'avenir de l'établissement. Un décalage est donc perceptible entre les agents qui craignent une régression de leur autonomie et une Direction

(DAF et AAH) qui a la volonté de mener à bien un projet nécessaire à une gestion optimisée du processus de facturation par la recherche d'une plus grande efficacité organisationnelle.

Ces observations m'ont montré combien il est important pour l'AAH de trouver le moyen de motiver, de mobiliser ses équipes et de les préparer progressivement au changement en déployant des leviers pour faire face à l'opposition et aux mécanismes de défense existant « *On a toujours fait comme ça.* » Cette démarche est essentielle pour réussir à dépasser ces résistances tout en gardant à l'esprit que l'adaptation des agents à de nouvelles fonctions ou missions est un point de vigilance à surveiller.

2.3 Un plan d'action destiné à palier les risques d'une chaîne de facturation mal adaptée aux exigences de la FIDES

Afin de proposer des mesures permettant d'améliorer les performances du circuit de facturation, nous avons préalablement réfléchi aux axes stratégiques du plan d'optimisation dans le but de structurer nos actions, à partir d'une approche par les processus (2.3.1)

Notre réflexion a été guidée par des objectifs ciblés au regard du diagnostic préalable et des enjeux de la facturation au fil de l'eau (2.3.2)

2.3.1 Les axes stratégiques du plan d'actions à partir d'une approche par les processus

Le plan d'actions doit cibler, prioritairement, les quatre étapes clés du processus de facturation :

- 1) L'accueil administratif des patients et la qualité de collecte et de transmission des **données administratives** du patient à son entrée et pendant son séjour dans l'établissement, nécessaires à la structuration des différentes factures.
- 2) La qualité des **données médicales** (actes, mouvements) du patient et leur rapidité pour un encaissement ou un recouvrement rapide.

- 3) **L'efficacité de la facturation** (notamment encaissement direct) et du recouvrement proprement dit : appliquer les règles de facturation pour traiter les informations rassemblées et *produire les factures* à destination des différents débiteurs, *recouvrer les financements* liés à la venue d'un patient.
- 4) Une étape clé peut également être identifiée et intégrer le plan d'actions, à savoir **l'interface avec les partenaires de l'établissement**, ce qui renvoie à la fiabilité des échanges avec les tiers (Recette Générale des Finances (RGF), assurance maladie...) : réceptionner les retours d'informations des différents débiteurs : accusés de réception, rejets de factures ; gérer les rejets et contentieux.

A partir de ces étapes clés, le plan d'actions doit être déployé à partir d'un pilotage global, transversal et opérationnel de l'activité de facturation et de recouvrement afin d'optimiser l'organisation par un management des compétences. L'évolution du dispositif de facturation est complexe à mettre en œuvre car elle implique de nombreux acteurs internes et externes. L'enjeu est donc de décloisonner les professionnels pour favoriser l'émergence d'un processus fluide. Une approche par les processus a ainsi été retenue pour l'élaboration des axes stratégiques du plan d'action car elle répond à la nécessité d'avoir une vision intégrée et pluridimensionnelle de la performance. Elle permet de comprendre la contribution de chaque secteur et acteur de la chaîne de facturation à la réalisation de l'activité et d'étudier l'organisation des interfaces entre les différents professionnels qui y ont contribué. Elle améliore ainsi la performance des processus transversaux en décloisonnant l'organisation verticale traditionnelle²¹. Une réflexion sur les processus a été menée via une analyse des circuits organisationnels (admission, dossier du patient, facturation, parcours de soins et circuit du patient), des outils (principalement le système d'information) et des compétences du personnel, en tenant compte des difficultés tant organisationnelles que techniques.

2.3.2 Les objectifs du plan d'actions au regard des enjeux de la facturation au fil de l'eau

L'objectif du plan d'actions est d'apporter des réponses organisationnelles au niveau de complexité croissant engendré par la facturation au fil de l'eau, par une performance à atteindre autour de 3 notions phares : exhaustivité, qualité, rapidité. En effet, l'enjeu premier

²¹ ANAES, *Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé*, avril 2002.

est de produire une facture individuelle à l'assurance maladie contenant des informations administratives relatives au patient ; des informations médicales liées au séjour en temps réel ; des informations exhaustives, de qualité et qui reflètent l'activité réelle de l'établissement. Au-delà de cette collecte d'informations, l'établissement se doit d'adopter une stratégie de recherche de qualité et de rationalisation de la chaîne de facturation ce qui doit nécessairement l'amener à gérer les contentieux ; s'assurer du recouvrement des fonds ; suivre la trésorerie au quotidien ; faire collaborer des acteurs qui n'ont culturellement pas l'habitude de collaborer. D'une façon générale, dans le cadre d'une politique d'amélioration du processus de facturation, il est nécessaire d'analyser ce qui pourrait évoluer dans le sens d'une gestion optimale, en se voulant être opérationnel et efficient.

Tous les constats obtenus lors de l'analyse du processus de facturation dans l'établissement nous ont permis de recenser des « points forts » et des « points faibles » qui nous ont amené à élaborer un plan d'amélioration visant à corriger les dysfonctionnements existants. En effet, des mesures de réorganisation et de restructuration semblent désormais incontournables pour optimiser les performances de l'établissement dans ce domaine. Compte tenu de la multitude d'enjeux soulevés par la mise en place de la facturation au fil de l'eau, il n'a pas été possible de tous les envisager durant le délai imparti pour réaliser ce mémoire. C'est pourquoi il a été décidé d'établir un plan d'actions ciblé sur les éléments « moteurs » d'optimisation au regard de la situation actuelle de l'établissement et de l'état des lieux du fonctionnement du dispositif de facturation. Plusieurs points de vigilance sont à surveiller et des thématiques transversales sont le reflet d'un besoin d'une action commune, acceptée et partagée. Dans cette voie, il est nécessaire pour l'AAH de communiquer sur une ligne directrice et de trouver des facteurs de dynamisme, sources de rassemblement et d'acceptation qui permettront de faire adopter plus facilement les axes stratégiques et les mesures de réorganisation à venir.

3 La politique d'amélioration de la facturation pour une mise en place optimale de la facturation « au fil de l'eau »

Dans une démarche d'amélioration du processus de facturation au sein de l'établissement, nous avons cherché à élaborer des pistes d'action concrètes basées sur le diagnostic préalable, afin d'adapter les organisations aux enjeux de la réforme de la facturation :

Dans un premier temps, il est apparu opportun d'étudier des actions ciblées sur le circuit du patient puisqu'un circuit cohérent est le meilleur moyen d'avoir une chaîne de facturation elle-même cohérente et de qualité (3.1).

Ensuite, des actions plus spécifiques, portant sur le traitement de la facturation, ont été développées afin de réaménager les organisations et de rénover la chaîne de facturation, dans un contexte T2A et de facturation individuelle au fil de l'eau. Des actions portent donc sur les systèmes d'information garants de l'adéquation des outils informatiques au recueil des données nécessaires à la facturation (3.2) ; d'autres actions visent à remodeler la gestion de la facturation elle-même pour en garantir la qualité et la productivité (3.3).

Enfin, comme dans toute démarche de projet, il est apparu essentiel de fédérer l'ensemble des acteurs de l'établissement autour d'un projet commun (3.4) et d'associer activement les agents aux propositions d'amélioration afin de parvenir à une synergie et une cohésion d'ensemble (3.5).

3.1 Optimiser le parcours du patient et maîtriser le circuit de production des informations médicales et administratives

L'axe de travail majeur sur lequel il nous est apparu essentiel de nous concentrer, a été de définir une politique d'accueil efficiente en cohérence avec le circuit du patient (3.1.1). L'objectif poursuivi était d'améliorer et de simplifier le circuit du patient, en limitant notamment les files actives (3.1.2) ce qui apparaissait comme un facteur d'optimisation de l'accueil et de la fiabilité des données.

3.1.1 Définir une politique d'accueil efficiente en cohérence avec le circuit du patient.

Il est indispensable de réorganiser, dans un premier temps, les stratégies d'accueil²². En effet, l'accueil est, le plus souvent, le premier point de contact du patient avec l'hôpital. Toute l'information nécessaire à une prise en charge de qualité du patient, à la gestion de son séjour, à la facturation des prestations de soins et au recouvrement transite par cette structure. La diversité et l'importance des missions d'accueil, dans le cadre d'une politique de qualité et de sécurité des soins énoncée comme Pratique Exigible Prioritaire²³ dans le manuel de certification, témoignent aussi bien du lieu que du moment stratégique que constitue l'accueil au sein de l'hôpital. Les agents d'accueil sont les premiers détenteurs de l'information et c'est donc dès l'arrivée du patient que tout doit être mis en œuvre afin de favoriser une prise en charge cohérente, globale et de qualité qui réponde aussi bien aux attentes et aux besoins des patients que de l'établissement.

Une organisation optimale de ce secteur apparaît donc essentielle pour assurer la continuité et la qualité à la fois de l'accueil et du processus de facturation. La fiabilisation des données administratives du patient est un objectif prioritaire du plan d'actions puisque ces données donne lieu à l'ouverture d'un dossier administratif comportant des informations relatives à son identité, son état civil et à la protection sociale dont il bénéficie. La prise de ces renseignements doit être rigoureuse pour constituer un dossier « complet » et permettre une facturation rapide et/ou un encaissement immédiat des frais d'hospitalisation et/ou de soins externes, lors de la sortie du patient. Cette étape nécessite également un bon enregistrement des débiteurs de l'assurance maladie et des risques maladie (accident du travail, ALD) qui conditionnent la prise en charge, afin de limiter le plus possible les rejets B2 de la part de l'assurance maladie. Dans le sens d'une meilleure coordination entre les différents services détenteurs d'informations concernant le patient, une démarche de dossier patient partagé est en cours. Cette mesure a pour finalité de rassembler le volet administratif et le volet médical au sein d'un même support, sous la forme d'une fiche administrative unique et facilement accessible par tous les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient.

²² MALLET David, *Des bureaux des entrées à l'espace accueil clientèle : la conduite d'un projet de réorganisation d'une fonction administrative traditionnelle au CHU de Rouen*, Mémoire Directeur d'hôpital, ENSP, Rennes, 2002-2004.

²³ HAS, manuel de certification des établissements de santé V2010, critère 16a : Dispositif d'accueil du patient.

3.1.2 Simplifier le parcours du patient en limitant les étapes et les files d'attente

L'attente affecte de manière significative la perception globale de la qualité de l'accueil. C'est pourquoi, l'exigence de qualité et de rapidité de la part des patients impose de rationaliser l'organisation pour gagner en efficacité notamment en réduisant les temps d'attente.

Afin de répondre à cet objectif de qualité, nous nous sommes engagés dans une démarche de rationalisation des circuits du patient en détaillant chaque étape de la prise en charge, l'accent devant être mis sur le parcours naturel du patient. L'objectif est de simplifier le parcours du patient en le « balisant » et en limitant le nombre d'étapes et de files d'attente en amont de son hospitalisation ou de sa consultation. En effet, à la fin du circuit, les patients sont souvent tentés de reporter cette dernière étape à une échéance ultérieure au risque de l'oublier, induisant le jour de l'intervention, soit un retard soit une annulation.

Développer les Pré-admissions : Nous avons décidé de limiter au maximum le nombre et la durée des passages au bureau des entrées pour la pré-admission. Le but étant de simplifier le circuit du patient et de favoriser une inscription administrative en amont. L'étape de pré-admission est ainsi fiabilisée via une meilleure information des patients, une diminution des délais d'attente, une fluidification de l'affluence des patients, une meilleure gestion prévisionnelle des patients à accueillir, ces éléments concourant de façon globale à l'assurance d'une prise en charge de qualité. Un logigramme²⁴ a été réalisé pour organiser l'ensemble des étapes préparant la prise en charge :

- **Consultation médicale** : indication de chirurgie ambulatoire.
- **Programmation de l'admission** : prise de rendez-vous en consultation anesthésie auprès du service, remise du dossier de pré-admission par le secrétariat des consultations.
- **Pré-admission administrative** : au service des entrées par le patient.

Cette mesure nécessite une implication des services de soins pour distribuer les fiches de pré_admission qui seraient ensuite récupérées par les services d'accueil. Afin de garantir la_complétude et la qualité des dossiers cette modalité devra s'accompagner de mesures spécifiques en direction de la patientèle en développant par exemple des livrets d'accueil et des fiches d'information bilingues. L'intérêt majeur est d'obtenir des dossiers de meilleure

²⁴ Annexe 3 : « Processus consultation en anesthésie »

qualité donc un recouvrement plus efficace ainsi qu'une garantie de confort pour le patient puisque le jour de son hospitalisation, celui-ci se rend directement dans le service de soins.

Réaménagement de l'accueil principal : Nous avons également repensé l'aménagement de l'accueil du patient dans l'intérêt de fluidifier les files d'attente. En effet, les conditions géographiques d'accueil actuelles rassemblant l'accueil « hospitalisations programmées » et l'accueil « consultations externes » sur un même niveau, crée de longues files d'attente voire même des difficultés d'identification de celles-ci. De plus, la constitution des dossiers d'admission pour les hospitalisations monopolise du temps, en particulier lorsqu'il s'agit de patients mineurs. Afin de réduire les inconvénients d'une file d'attente linéaire qui rend l'attente passive, il peut être envisagé de créer trois secteurs de prise en charge en fonction des motifs d'admission : Hospitalisations programmées – Consultations Externes et régies – Bureau Etat Civil clairement identifié et Planning familial. Une borne délivrant des tickets différenciés suivant les modalités d'admission pourrait être le moyen d'organiser les files actives de patients et de faciliter cette réorganisation de l'accueil. Par ailleurs, le comptage des personnes dans la file fournit une bonne estimation des attentes et permet d'anticiper sur les ouvertures/fermetures de guichets ainsi que de fournir des états statistiques précis.

Projet de création d'un « pôle consultations externes » : Un projet de création d'un plateau unique de consultations est en cours. Il s'agit de rendre le circuit plus lisible pour les patients en créant un seul point d'accueil au plus près des services de consultation, bien identifié et connu des patients. Actuellement, 42 lieux de consultations sont recensés dans l'établissement, ce qui aboutit à un parcours actuel du patient complexe, parfois chaotique et plaide en faveur de la constitution d'un guichet unique. Cette perspective de regroupement des consultations externes au sein d'une même structure géographique a pour objectif d'optimiser le potentiel de l'accueil et de créer un système de facturation intégré. Cette mesure rendra possible une meilleure adaptation des besoins en Equivalent Temps plein (ETP) mais aussi une mutualisation des moyens permettant une meilleure flexibilité dans la gestion des ressources humaines. Par ailleurs, cette réorganisation de la filière médico-administrative, est le moyen de rapprocher les services médicaux et administratifs et de susciter une véritable culture médico-économique commune.

Développer l'encaissement en régie : Nous avons décidé de déployer une action aux fins de réguler les flux aux caisses via l'encaissement direct. Nous avons constaté, malgré le développement des régies sur chaque PAC en cohérence avec le parcours du patient, que le délai d'attente aux caisses à l'accueil principal reste un point faible de la politique d'accueil

des patients dans l'établissement. Cette difficulté est susceptible d'engendrer un taux de fuite important de patients qui échappent à l'accueil : 50% des consultations ne sont pas payées directement. D'autant plus que les horaires d'ouverture des caisses ne permettent pas toujours aux patients consultant en fin de journée d'aller payer directement leurs actes. Le paiement en régie permettant un encaissement probant, il convient alors d'adopter une stratégie d'encaissement adaptée (création d'une file active dédiée aux encaissements, adaptation des horaires d'ouverture aux courbes d'activités). Plus précisément, il faudra déterminer les conditions de paiement en régie directe ou différée afin d'assurer un taux de recouvrement optimal sur la part patient.

3.2 Adapter et améliorer le pilotage des systèmes d'information nécessaires à une facturation de qualité

L'enjeu primordial consiste à améliorer les flux d'informations et à garantir l'adéquation fonctionnelle des données informatiques (3.2.1) évitant ainsi les ruptures de charge dans le traitement des dossiers. Par ailleurs, une organisation « vertueuse » de l'outil informatique participe à la nécessaire exhaustivité et qualité du codage de l'activité (3.2.2).

3.2.1 Garantir l'adéquation fonctionnelle des données informatiques

Le pilotage de la chaîne de facturation requiert la mise en cohérence d'un ensemble de données disséminées dans des domaines différents : administratif (gestion des malades), finances et comptabilité, ressources humaines, production de soins (saisie des actes dans le dossier patient, données PMSI²⁵). Le SI représente alors un outil de recueil de données indispensables pour les différents professionnels intervenant auprès du patient.

L'amélioration des SI procède d'une véritable démarche de stratégie et de qualité, permettant de structurer et de piloter le partage d'informations afin de « *faire gagner en réactivité, rapidité, cohérence, intelligence de prise de décision* ». ²⁶

C'est pourquoi il est indispensable de s'assurer de la fluidité du SI, notamment les interfaces entre logiciels connectés afin d'assurer la transversalité et l'interdépendance des différents acteurs de l'établissement. Le système d'information doit être suffisamment

²⁵ Programme Médicalisé des Systèmes d'Information.

²⁶ Entretien Patrick GUEZ « *Les SI constituent la colonne vertébrale d'un établissement communicant* ».

performant pour permettre la saisie à la source et la « distribution » de l'information en temps réel. Investir dans les systèmes d'informations centrés autour du patient est un enjeu majeur à la fois pour simplifier les organisations, accroître l'efficacité du SI, permettre la circulation des informations et améliorer la qualité du pilotage. Le développement d'une véritable culture du SI au sein du CASH de Nanterre est donc un pré requis incontournable pour la mise en œuvre de FIDES. Un nouveau mode de gouvernance pour un SIH fonctionnel et ergonomique doté d'une architecture interopérable doit permettre de résoudre les difficultés d'interface et de satisfaire pleinement aux besoins d'échanges avec les systèmes médico-administratifs de l'hôpital (mise en place de la pré-admission, améliorer l'obtention du motif des ALD, etc.).

A terme, il est indispensable qu'une véritable plate-forme transversale puisse intégrer l'ensemble des informations pertinentes permettant, à la fois, une synchronisation et un appariement des données administratives et médicales nécessaires à un partage d'informations simultané entre différentes bases de données. Cette fonction est essentielle afin d'éviter les décalages de valeur pour une même donnée du fait d'applicatifs différents.

3.2.2 Améliorer la qualité et l'exhaustivité du codage de l'activité

L'enjeu principal derrière cet objectif est d'associer les médecins à la gestion médico-économique afin d'améliorer la codification en temps réel, ce qui permettra d'augmenter les recettes liées à l'activité. Un codage à la source et en temps réel est, en effet, indispensable à la réduction des délais de production de l'information. Il s'agit également d'un enjeu stratégique de rendre « visible » pour la tutelle l'activité effectuée par l'établissement afin de rendre compte de l'activité réelle, d'autant plus dans le cadre du PREF. L'intérêt est d'assurer une situation budgétaire saine et pérenne de l'établissement avec une qualité de codification optimale et de garantir la cohérence et la synchronisation entre la gestion opérationnelle et la gestion économique de l'établissement, optimiser la fiabilité et accélérer l'émission de factures.

Améliorer le codage en vue d'accélérer le rythme de facturation nécessite une communication importante auprès des services de soins et la formation du personnel médical pour obtenir une saisie rapide et pour récupérer les RUM au moins tous les 10 jours au lieu du rythme mensuel actuel. L'objectif est d'obtenir une production et une exploitation en temps réel des informations sans redondance ni ressaisie grâce notamment au Dossier Patient Unique (DPU) et à une gestion administrative et médicale intégrés sur un système ergonomique qui communique. Dans cette même logique, il importe de consolider le DIM et

ses contrôles qualité.²⁷ Des actions sont également à mener auprès des différents éditeurs de logiciels pour faire évoluer les SI en conformité avec la nouvelle réglementation. En l'absence actuelle d'un médecin DIM, une solution alternative a été trouvée en confiant à une société privée la mission d'accompagner et de sensibiliser le personnel médical aux enjeux de FIDES. Toutefois, cela ne se substitue pas au rôle d'un médecin DIM, relais et référent du monde médical, notamment par son rôle charnière dans la production et la saisie des données médicales nécessaires au codage, dans l'analyse des erreurs bloquantes et dans la réduction des délais de retours en matière d'ALD.

Il en résulte ainsi une collaboration accrue des médecins et des autres professionnels de santé, notamment au sein des pôles, car la prévision des recettes devient une fonction partagée entre le responsable de pôle, la DAF et le DIM. L'ensemble des professionnels de santé doivent, dès lors, être sensibilisés à l'exigence d'exhaustivité, de qualité et de rapidité du recueil de l'activité médicale dans le cadre de la gestion de la trésorerie. C'est pourquoi l'établissement veille à la qualité de la production de l'information médicale par le biais de contrôles internes permanents effectués par le DIM dans chaque service. Notons que cette action nécessite, au préalable, de récupérer la liste, régulièrement mise à jour, des codes Adeli du personnel médical en général et du personnel des Urgences en particulier.

3.3 Vers une modélisation de l'organisation de la facturation

La nécessaire rénovation du processus de facturation doit permettre d'optimiser la performance de la facturation via une amélioration de la qualité et de la productivité (3.3.1).

La recherche de la qualité passe nécessairement par un pilotage et un contrôle interne de l'activité de facturation (3.3.2).

3.3.1 Optimiser l'organisation et la gestion de la facturation

L'intérêt de cette action est d'améliorer la productivité et le rythme de la facturation ainsi que le recouvrement des produits hospitaliers, notamment en gérant et en évitant les rejets. Par exemple, la maîtrise des éléments de dématérialisation des échanges permettra de parvenir plus facilement à une meilleure circulation de l'information et à un gain de temps

²⁷ Les indicateurs de suivi mobilisables sont : le taux d'exhaustivité des RUM à J+10 et le nombre de séjours avec ou sans CMA.

dans les délais de facturation, en particulier grâce à un SIH performant et à la télétransmission (fichiers B2 par exemple). S'engageant dans cette voie, nous avons exprimé notre volonté de développer l'utilisation d'une plateforme informatique appelée « 4@xes »²⁸, levier incontournable d'automatisation des envois, de dématérialisation de la facturation du Titre 2 et la garantie d'une base de données « débiteurs » régulièrement actualisée. L'intérêt est triple : gagner en temps, en fluidité et en délai de paiement grâce à une automatisation des demandes et des retours de prise en charge à destination des mutuelles.

Une nouvelle répartition des différentes tâches de gestion des dossiers va également être réalisée entre l'ensemble des agents du bureau des entrées pour faciliter le déploiement des gestionnaires-experts sur la facturation. Cette action de rééquilibrage dans les missions de chacun présente l'avantage de libérer les gestionnaires de tâches « annexes » qui peuvent être réalisées par les admissionnistes (saisie des prises en charge et des ALD). Cette mesure présente l'avantage de permettre aux agents d'accueil de se sentir valorisés dans leur travail et de mesurer les enjeux d'un dossier administratif de qualité le plus en amont possible.

Dans la continuité de cette logique d'optimisation de la « gestion facturation », des réunions hebdomadaires ont été instituées sous forme de « staff ». La finalité de ces réunions est d'arrêter un calendrier prévisionnel de facturation comportant des objectifs ciblés, en fonction de l'effectif présent et des compétences en cours ou acquises ; de débriefer la semaine suivante sur les atteintes totales ou partielles des objectifs ; et d'analyser les raisons des éventuels écarts tout en identifiant les réponses adaptées et leur faisabilité. Ces staff constituent, par ailleurs, l'occasion pour l'AAH de féliciter et d'encourager les équipes en cas d'atteinte des objectifs. Afin de renforcer cet esprit d'équipe, il est envisagé de créer une « Cellule d'Analyse et de Gestion » (CAGE) pluri-professionnelle qui se réunira une fois par mois, composée des membres du bureau des entrées, du DIM et du contrôle de gestion. Une base de données statistiques et d'outils de pilotage permettront d'avoir une gestion transparente globale et partagée de la facturation à partir d'une synthèse concentrant des indicateurs de prévision, de réalisation, d'objectifs et de tendance de facturation préalablement définis en CAGE.

²⁸ 4@xes est une plateforme informatique de gestion des prises en charge par les mutuelles générant une télétransmission sécurisée des demandes, une traçabilité et une mise à jour des débiteurs.

3.3.2 Organiser le pilotage et le contrôle internes de l'activité et des résultats de la chaîne de facturation

Parce que «*ce qui ne peut se mesurer ne peut s'améliorer*»²⁹, la mise en place d'indicateurs est incontournable dans l'identification des dysfonctionnements, et dans le suivi des résultats, permettant de rendre visible et de recadrer l'activité de facturation et de mesurer les avancées concrètes et objectives.³⁰ En effet, la performance se pilote, tout d'abord, par un suivi régulier de l'activité et des événements influant sur la qualité de celle-ci :

- En flux continu « **au fil de l'eau** » pendant le déroulement de ladite activité
- **A posteriori**, par de nombreuses analyses croisées des indicateurs de base définis dans le SIH.

Ce contrôle interne a pour objectif de maîtriser les risques et les difficultés rencontrées dans l'exécution des diverses tâches du processus de facturation par la mise en place d'un système de recensement, d'évaluation et de hiérarchisation des risques en fonction de la fréquence de leur survenance et de leur impact sur le dispositif de facturation. La priorité doit être donnée aux indicateurs d'alerte pour un suivi en routine et une correction au fil de l'eau permettant de disposer de données fiables pour prendre des décisions mieux éclairées³¹.

Des outils de pilotage appropriés sont donc la garantie d'un contrôle interne efficace et d'une organisation structurée « *qui relève du travail d'AAH* »³². En effet, l'organisation d'un suivi fonctionnel du dispositif de facturation procède d'une démarche stratégique de recherche de qualité et de rationalisation des organisations (codage, process, recouvrement) et d'une meilleure utilisation des moyens. Les éléments à prendre en compte pour la construction des indicateurs doivent s'appuyer sur :³³ la production, les délais, l'exhaustivité, le respect et la mise à jour des référentiels, la qualité, les factures irrécouvrables. De façon prioritaire, il est nécessaire d'établir des indicateurs centrés sur le dossier patient. En effet, le financement est prioritairement conditionné par le fichier des patients et par la qualité du codage. Les principaux indicateurs, pour un suivi de l'évolution de l'activité de facturation et

²⁹ Sir William Thomson, Baron Kelvin de Largs 1824-1907.

³⁰ Comme le souligne la Directrice des Affaires Financières « *Les indicateurs sont des éléments d'objectivation factuels permettant de prendre des décisions sur des faits et non sur des impressions.* »

³¹ TOURET Jean, Délégation à la formation et au développement des compétences, AP-HP, *Les indicateurs de mesure de la performance hospitalière*, Gestions Hospitalières, octobre 2008.

³² Annexe 1 : Données entretien avec la responsable du bureau des entrées.

³³ MEAH, Optimiser la chaîne de facturation-recouvrement hospitalière, Guide d'indicateurs, septembre 2009.

de recouvrement dans l'établissement qui pourront être retenus en raison de leur pertinence sont : la qualité et le taux de complétude des dossiers, le retour hebdomadaire des demandes de prise en charge, le taux d'exhaustivité et la qualité du codage par mode de prise en charge, le délai d'envoi sur le site de l'Agence Technique de l'Information Hospitalière (ATIH), le nombre de dossiers facturables non facturés le 10 M+1, la qualité de la facturation, le suivi mensuel des factures non recouvrées > 6 mois, délai de recouvrement, admissions en non valeur. Dans l'attente d'un déploiement effectif de ces indicateurs, recensés au sein d'un même tableau de bord, il est nécessaire d'avoir connaissance de l'état de la facturation « en routine ». PMSI Pilot et Pilot Qualifact sont des outils de suivi incontournables actuellement utilisés, permettant un aperçu du détail de la facturation, l'analyse des données et des écarts par rapport aux attendus ainsi que le traitement des retours, qui se traduiront en rejets avec FIDES.

Il est, ensuite, primordial de procéder régulièrement à l'analyse des résultats obtenus puisque la pertinence du tableau de bord reposera sur son caractère opérationnel³⁴ (guide d'utilisateur, diagrammes, fiches de procédures détaillant les opérations de facturation, etc.) La démarche consiste à mettre à disposition des agents un audit interne sur l'efficacité de la chaîne de facturation suivi d'un plan d'actions correctives appropriées, en identifiant précisément les différents intervenants sur toute la chaîne ainsi que leurs rôles respectifs. Dans cette même démarche d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP), nous avons préconisé et réalisé des « sondages qualité » périodiques qui nous sont apparus comme un moyen concret et objectif de mesurer les incidences des erreurs et/ou des anomalies sur l'ensemble de la chaîne de facturation (degré de complétude des dossiers accompagnés des pièces justificatives, inscription des débiteurs, signalements en cas de non ouverture des droits, etc.). Il est également indispensable de développer des indicateurs de suivi propres à l'établissement (suivi de dossiers AME, SDF, Soins Urgents) pour répondre au mieux à la spécificité du site.

3.4 Collaborer avec l'ensemble des acteurs et diffuser la culture FIDES

Une campagne de communication interne et de sensibilisation sur les problématiques de la facturation (3.4.1) doit être déployée afin de permettre à l'ensemble des acteurs

³⁴ Définition (ANAES 2002) : « Un indicateur est une variable qui décrit une situation ou une évolution d'un point de vue quantitatif. C'est un outil d'aide à la décision, dont l'utilisation s'inscrit dans une démarche qui répond à un objectif et se situe dans un contexte donné. L'indicateur n'a d'intérêt que par les choix qu'il aide à faire dans ce cadre. »

d'appréhender le sens donné au projet d'optimisation et pourquoi un tel projet doit être mené dans l'établissement.

De plus, différentes logiques d'acteurs coexistent et le décloisonnement est toujours difficile. C'est pourquoi il est essentiel d'identifier les convergences inter et intra secteurs (DIM, DAF, SIH, soins externes) afin de développer les circuits transversaux (3.4.2).

3.4.1 Définir une campagne de communication interne pour une sensibilisation sur les problématiques de la facturation.

La communication institutionnelle sur les nouveaux enjeux de la facturation est une démarche incontournable, préalable à la réorganisation du processus de facturation. L'intérêt est de renforcer la culture générale des agents sur le « financement de l'hôpital » : le fait de mieux appréhender le fonctionnement global du système de santé ainsi que les nouveaux modes de financement des structures permet aux personnels de mieux comprendre leurs missions, de véhiculer les bons messages auprès des patients et de mieux accepter ce qui leur est proposé. A cet égard, il résulte des données d'entretien une demande de meilleure diffusion de l'information ainsi qu'une méthode d'action claire et transparente : *« pour faire du bon travail et pouvoir être opérationnel, nous avons besoin d'avoir les bons outils et la bonne information. »*³⁵

A ce titre, il convient de :

- Informer le personnel toutes catégories confondues sur les nouveaux modes de financement et de facturation afin qu'un discours homogène et cohérent soit véhiculé au sein de l'établissement. Cela suppose une implication forte au plus haut niveau de l'institution pour légitimer et accompagner le changement organisationnel et culturel associés. Il s'agit d'impliquer le personnel « de terrain » et de sensibiliser le rôle de l'ensemble des acteurs considérés comme « maillons » de la chaîne de facturation à part entière.
- Sensibiliser et former les médecins en continu sur les enjeux de l'exhaustivité et la rapidité de la saisie des actes, pour le codage ne soit pas « bloquant » dans le déroulement du processus de facturation.
- Informer les patients : la nature du bassin de population fréquentant l'établissement

³⁵ Annexe 2 : Données entretien avec les agents du bureau des entrées.

est un facteur qui peut grandement influencer sur le processus de facturation. C'est pourquoi les patients en situation de fragilité, en rupture sociale, etc. doivent faire l'objet d'une attention toute particulière, médico-sociale bien entendu, mais également en termes d'identification des moyens de couverture des frais d'hospitalisation ou de consultation. Cela consiste non à faire supporter aux patients la charge financière des soins mais de rechercher le cas échéant les tiers débiteurs. Encore faut-il trouver le bon financeur.³⁶ Il s'agit surtout pour les patients précaires ou en rupture de droits de travailler conjointement avec les services sociaux pour les guider dans les démarches sans attendre la sortie de l'établissement. Les assistantes sociales soulignent d'ailleurs le fait que l'établissement souffre de son image d'accueil de personnes en grande vulnérabilité « *Il se véhicule l'idée d'un hôpital gratuit* ».

3.4.2 Identifier les convergences inter et intra secteurs afin de développer les circuits transversaux.

Selon Mintzberg,³⁷ « *les éléments de base sur lesquels doivent se structurer une organisation sont les moyens de trouver la forme de coordination entre les différentes tâches* ». Nous pouvons nous inspirer de ce modèle de pensée pour insister sur la nécessité de faire travailler de manière concertée l'ensemble des acteurs intervenants dans le processus de facturation et, de manière plus globale, dans la prise en charge du patient.

Activité transversale à part entière, le processus de facturation et de recouvrement souffre néanmoins d'un manque de pilotage global. Devant ce constat, un COPIL avait été institué en 2008 mais, aujourd'hui, celui-ci n'a plus d'effectivité. Le processus de facturation et de recouvrement n'est, dans sa globalité, placé sous la responsabilité de personne. Au-delà de la définition claire et précise des rôles et responsabilités de chacun, il apparaît donc primordial de « créer » un pilotage global d'activité qui doit, à minima, regrouper les domaines de compétence suivants :

- Les finances (DAF, contrôle de gestion)
- La gestion administrative des patients (bureau des entrées, services sociaux)

³⁶ Les informations d'identitovigilance et d'ouverture de droits aident à adresser la facture à qui de droit : régime d'assurance maladie, mutuelle, compagnies d'assurance, AME, CMU...

³⁷ MINTZBERG Henry, universitaire en sciences de gestion, auteur de *Le management au centre des organisations*, Editions d'Organisation, 1989.

- L'information médicale (DIM, représentant de la Commission Médicale d'Etablissement)
- La comptabilité publique (TP, Recette Générale des Finances (RGF))

Le message à transmettre est celui de l'interaction de tous les métiers et acteurs de l'hôpital impliqués dans la chaîne de facturation³⁸. Il convient, à cet effet, de développer une action de transversalité permettant d'être davantage réactif, en créant une dynamique et une interconnexion des acteurs de la chaîne. Il est nécessaire de positionner le bureau des entrées comme acteur clé du processus de facturation, en raison de son rôle de liaison et de coordination avec les différents services afin de croiser les différentes données. Dans ce sens, il a été décidé que le bureau des entrées informerait en simultané les responsables du secteur de la chaîne de facturation et de recouvrement (DAF/ DIM / CAGE / TP / CPAM / SI) de l'avancée de la facturation en temps réel par spécialité médicale³⁹. Par ailleurs, ces informations statistiques et financières les plus exhaustives possibles et délivrées en temps réel, permettront un suivi budgétaire réel et prévisionnel au plus près de l'activité, un contrôle de l'arrivée des flux et des problématiques identifiables (suivi AME, Soins Urgents) à destination du trésor public et de la CPAM, ainsi qu'une information au plus juste du DIM améliorant ainsi les envois à destination de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH).

Il apparaît, de surcroît, primordial de redonner toute son effectivité au comité de pilotage « pour l'amélioration du processus facturation et recouvrement » (COPIL) ayant pour vocation le pilotage et le management opérationnel de la chaîne de facturation et le traitement des problématiques pertinentes identifiées sur le terrain. Ce comité doit se réunir régulièrement, tel que cela avait été initialement proposé, et intégrer des professionnels de terrain. Ce comité de pilotage trouve sa pertinence dans la vision globale dont il peut se prévaloir concernant l'ensemble du processus de facturation et de recouvrement. Cette légitimité doit lui permettre d'aborder de manière périodique les points suivants :

- **Identification des priorités** : il apparaît opportun de concentrer ses efforts sur l'identification de priorités jugées comme stratégiques ou sensibles. Ce choix éclairé des priorités et du calendrier de progression et de déploiement ne peut être fait que par le comité de pilotage, organe disposant d'une grande visibilité de l'ensemble de l'activité.

³⁸ Par exemple, en dépit du meilleur codage possible, un séjour sans information de débiteur recueillie par les services d'accueil ne pourra pas être facturé par l'établissement.

³⁹ Annexe 4 : Tableau : « Situation de la facturation par spécialité ».

- **Contrôles** : l'identification de points stratégiques à surveiller avec des contrôles de qualité, de vérification de l'exhaustivité des données doivent être réalisés tout au long du circuit du dossier administratif et médical ; l'élaboration des modalités de traitement des dossiers s'avérant « non-conformes » à tous les niveaux (de l'état civil incomplet à l'admission jusqu'au rejet de la facture par le débiteur). L'intérêt de cette démarche est d'avoir une visibilité ponctuelle ou plus large du processus de facturation ainsi qu'un suivi des évolutions organisationnelles.
- **Harmonisation des pratiques** : la vision d'ensemble dont dispose le comité de pilotage peut lui permettre d'endosser le rôle d'homogénéisation des procédures ainsi que la cohérence des pratiques des agents, quelles que soient leurs qualifications, horaires et lieux de travail, gage de qualité pour le processus de facturation. Cette action pourra se concrétiser par la mise en place d'un référentiel commun et partagé de bonnes pratiques relatives à la facturation. La réalisation de logigrammes constitue également, selon l'AAH, un moyen de mettre en lien tous les réseaux partenaires du BDE (DIM, assistantes sociales, etc.) en insistant sur cette logique collaborative de l'ensemble des acteurs : *« Il faut en premier lieu que les différents responsables soient connectés pour que l'ensemble des équipes puisse suivre. »*
- **Améliorer et pérenniser les modes de relation** entre hôpitaux, assurance maladie et partenaires externes (trésoreries, mutuelles...) en ce qui concerne la dématérialisation des titres, des accords de prise en charge etc. A ce titre, le CASH s'engage dans une démarche d'amélioration d'un partenariat fonctionnel avec la CPAM, la RGF et les mutuelles afin d'identifier les procédures à suivre et de disposer d'interlocuteurs clairement identifiés. Par exemple, dans le cadre de la mise en place de la « Cellule Précarité », le référent chargé du suivi des dossiers de précarité dispose désormais d'un correspondant identifié au sein de la CPAM 92. De la même façon, il est apparu essentiel de développer un processus de relance pertinent, dans un objectif de réduction des délais de recouvrement, par la création d'une instance mixte ordonnateur/comptable en vue de conduire une politique de gestion partenariale de l'émission des créances et du recouvrement.

3.5 Les ressources humaines : levier incontournable d'une démarche de projet

Il nous est apparu important d'adopter et de développer une réelle approche métier induite par la réforme de la facturation, d'identifier les processus et les compétences afin de savoir « qui fait quoi ». Les multiples enjeux de la facturation au fil de l'eau conduisent à une responsabilisation de la fonction facturation du fait de l'évolution du niveau de qualification exigé (3.5.1).

Cette action nécessite un accompagnement au changement en raison des nombreux impacts induits par les mesures de réorganisation, en formant les équipes aux nouvelles organisations et outils, mais surtout en instaurant des relations de confiance via une démarche participative en faveur de la mise en œuvre d'un projet collectif transparent et accepté (3.5.2).

3.5.1 Une nécessaire responsabilisation des acteurs intervenant dans le processus de facturation

Développer la formation des agents afin de favoriser la montée en compétences :

En premier lieu, la formation du personnel d'accueil est un des points cruciaux favorables à la mobilisation des agents. Celle-ci doit d'être la plus concrète possible pour que chacun puisse comprendre son rôle dans l'organisation. La formation devient ainsi un élément clé pour obtenir des effectifs formés et disposant d'une autonomie d'action et de décision. Pour compléter cette formation initiale des nouveaux arrivants, une formation pratique et continue doit être développée par le biais de séances de formation interne et de formations spécifiques sur les techniques d'accueil et de facturation. Cette action de formation des personnels du bureau des entrées permettrait de valoriser leur compétence et leur métier, ce qui répond à l'objectif de développement des compétences préconisé par l'HAS, qui consiste à « *maintenir et développer le savoir, le savoir-faire des professionnels de l'ensemble des secteurs dans une approche à la fois individuelle et collective et qui représente un enjeu pour les établissements* ». ⁴⁰

Il est essentiel de définir un plan de formation en cohérence avec les besoins des agents à partir d'une grille d'acquisition des compétences selon certaines thématiques (T2A, FIDES, logiciels de gestion des dossiers administratifs, gestion des situations d'agressivité, etc.)

⁴⁰ HAS, Manuel de certification des établissements de santé, V2010, critère 3.a : Management des emplois et des compétences.

L'AAH se doit d'accompagner les agents par la réalisation d'un bilan de compétences qui a pour objectif de permettre à chacun d'analyser ses compétences professionnelles et personnelles, ses aptitudes et ses motivations dans l'optique de définir un projet professionnel et/ou de formation. L'élaboration d'un plan de formation interne est en cours, via la diffusion d'un questionnaire individuel et nominatif. Cette action a pour objectif de répondre aux besoins des agents de façon optimale, d'apporter des informations ciblées et des outils adaptés à des besoins spécifiques. D'autant plus que cette stratégie doit permettre la réactualisation régulière de l'organigramme et des profils de poste en tenant compte des évolutions de l'activité, des attentes des patients et des personnels.

Encourager la transversalité et la mutualisation des moyens sur l'ensemble des secteurs :

S'il est difficile d'avoir un effectif affecté à chaque tâche, la polyvalence des agents constitue un moyen de mobiliser les effectifs selon les pics d'activité journaliers et selon les secteurs de prise en charge. Par le biais de cette action, l'ensemble des agents d'accueil est amené à travailler plus facilement sur toutes les antennes administratives de l'accueil en cas de besoin (Porte 1, 5, 19 bis et urgences). En outre, l'AAH dispose ainsi d'une certaine souplesse dans la gestion des ressources humaines puisque cette mesure permet de gagner en flexibilité concernant la gestion des plannings et des effectifs, avec la possibilité d'assurer un accueil de qualité et rapide, même en cas d'absentéisme. Pour cela, il est nécessaire que les agents se sentent appartenir au même service et qu'ils ne soient pas cloisonnés en fonction de leurs compétences (Back Office / Front Office) ou de leurs modes de gestion (traitements externes / hospitalisations). Une démarche de réorganisation de fond a été engagée avec la réalisation d'actions de « double compétences » qui ont ainsi permis de répondre, de manière ponctuelle mais efficace, au besoin de renfort en matière de facturation.

Cette mutualisation du personnel permet, en outre, de disposer d'une fonction unique « accueil administratif des patients », ce qui nécessite un travail d'harmonisation des procédures dans le but de décroisonner les pratiques.

Rationaliser les pratiques de gestion administrative des dossiers et de facturation :

Pour que les procédures puissent être mieux acceptées et comprises des agents, il est important de les impliquer dans ce processus en désignant des référents par secteur chargés de soumettre des propositions de procédures qui seraient ensuite validées de façon institutionnelle et en concertation avec l'ensemble des équipes. En effet, la rédaction d'une procédure doit être envisagée comme la résultante d'une démarche commune, d'une

réflexion collective sur la manière la plus efficace de réaliser un processus ou une étape d'un processus et comme le produit d'un consensus entre professionnels « *Cette conception de la régulation des pratiques par les participants va à l'encontre des conceptions tayloriennes.* »⁴¹

Il a ainsi été proposé de rédiger un « guide agent » servant de référentiel et de base de travail, sur des points clés liés à une prise en charge ou à un élément organisationnel. Ces fiches techniques constitueront des supports opérationnels objectifs pour une évaluation précise des pratiques et de la clarté des procédures, en évitant toute stigmatisation. Par là même, l'intérêt de ces outils est de permettre un retour des pratiques « *en restant dans le factuel* »⁴², de donner un sens au travail en faisant évoluer le regard et la culture sur le processus de facturation.

3.5.2 Une démarche participative en faveur d'une action collective

J'ai pu mesurer, lors de mes observations, le rôle primordial de l'AAH dans la conduite du changement pour répondre à une lassitude grandissante des agents face à ces mutations rapides. Ceux-ci se disent fatigués et démotivés « *on a l'impression qu'on nous en demande toujours plus avec peu de moyens. On se demande où cela va s'arrêter.* »⁴³ La question de la reconnaissance des efforts se pose donc de façon sensible.

De plus, en dépit de pistes de réflexion et la réalisation d'actions d'optimisation des services d'accueil et de facturation, l'absence de projet global clairement défini et communiqué à l'ensemble des agents constitue un frein à la nécessité de fédérer les acteurs concernés autour d'un projet « phare. » Il fallait donc trouver le moyen de disposer d'une plus grande collaboration avec les équipes, de favoriser leur réactivité et leur implication dans les décisions tout en les valorisant. D'autant plus que l'identification de freins et de difficultés provient, dans une large mesure, de l'analyse, par les professionnels eux-mêmes, de leurs pratiques. Cette démarche participative doit donc intégrer une responsabilisation des agents par des dispositifs incitatifs (réunions régulières, groupes de travail).

Par conséquent, l'AAH se doit de piloter le changement et d'accompagner ses équipes dans la conduite de projet. Le facteur humain est une donnée qui doit être intégrée

⁴¹ PASCAL Christophe, La gestion par processus à l'hôpital, entre procédure et création de valeur, Revue française de gestion, 2003/5 n°146 p.191-204.

⁴² Annexe 1 : Données entretien avec la responsable du bureau des entrées « *Il s'agit d'évaluer en référence à la fonction et à la mission donnée et en aucun d'émettre un jugement quel qu'il soit* ».

⁴³ Annexe 2 : Données entretien avec les agents du bureau des entrées.

dans la problématique du changement et qui ne doit pas être sous-estimée. C'est dans le sens du dialogue et de l'interactivité que peut se développer la culture managériale, comprendre d'où viennent les résistances au changement et quelles solutions peuvent y être apportées. Il ne s'agit donc pas de s'opposer à de telles résistances mais d'en cerner la cause. Pour Gérard Carton⁴⁴, consultant-expert en conduite du changement, « *le changement altère les certitudes et les projections dans l'avenir. Le processus du changement est donc assimilable à un deuil.* » Il est également important d'avoir conscience du fait, qu'outre les causes individuelles, qui doivent faire l'objet d'une attention particulière au cas par cas, la résistance au changement est souvent intimement liée à des causes plus globales, structurelles conjoncturelles, ou bien collectives. En effet, le changement induit une modification des repères habituels (temporels, spatiaux, comportementaux, etc.) et/ou la remise en cause de l'activité, le devenir de son emploi, etc. Pour être en mesure d'anticiper les freins au changement, il est essentiel pour l'AAH de déceler les éventuels facteurs de risque et les causes associés. L'avantage est, par le biais d'un échange constructif et d'outils collectifs, de pouvoir ainsi élaborer un projet partagé identifiant clairement les enjeux de la réforme.

En sus de la démarche managériale et du rôle propre de l'AAH, une démarche de communication institutionnelle via la DAF est apparue indispensable pour légitimer l'action de l'AAH et agir de concert. Il est, en effet, important de positionner l'AAH dans la hiérarchie institutionnelle en lien direct avec le Directeur fonctionnel, favorisant un relais de l'information. Les retours d'information représentant un des principaux leviers d'amélioration de la qualité des processus, « *l'information doit être exhaustive pour être véhiculée et le mode de communication adapté* »⁴⁵ L'intérêt est de faire naître un projet de service, de partager un temps d'écoute avec les agents face à leur besoin de reconnaissance, tout en positionnant l'AAH comme référent pour les actions de réorganisation en cours. Cette démarche est largement défendue par la Directrice des Affaires Financières pour qui « *la richesse, c'est d'échanger, de trouver des leviers et des solutions* ».

C'est dans ce sens que pourront être mieux comprises et acceptées les contraintes organisationnelles et les relations hiérarchiques, dans l'optique d'une gestion partagée de l'organisation du service. En effet, la mobilisation du personnel sera davantage obtenue par une appropriation des objectifs via une participation réelle. L'AAH doit, dès lors, se

⁴⁴ CARTON Gérard-Dominique, *Eloge du changement : méthodes et outils pour réussir un changement individuel et professionnel*, 2^{ème} éd., Village Mondial, 2007.

⁴⁵ Annexe 1 : Données entretien avec la responsable du bureau des entrées.

positionner comme un relais des orientations stratégiques, à la fois de l'établissement et des politiques nationales, afin d'en assurer du mieux possible l'opérationnalité grâce à l'association quotidienne des agents. Il s'agit de trouver un équilibre, de partager une vision d'ensemble du fonctionnement du service avec une répartition des rôles de chacun dans le parcours du patient et dans la chaîne de facturation.

Conclusion :

Ce travail a mis en exergue la complexité de la mise en œuvre d'une réforme de la facturation au regard des multiples contraintes impliquant des mutations et des changements d'ordre logistique, organisationnel et culturel. Des difficultés, que l'on retrouve dans une majorité des établissements nationaux ont été soulevées (insuffisance du codage ou du système d'information) mais d'autres difficultés spécifiques au lieu d'étude (prise en charge de patients en grande précarité, personnels déstabilisés face à un avenir incertain) méritent que l'on s'y attarde si l'on veut s'engager vers la voie de la réussite. Le travail de diagnostic préalable s'est révélé essentiel à l'analyse de la situation du terrain et à l'orientation du plan d'actions. Celui-ci a ainsi pu être corrélé et adapté aux dysfonctionnements rencontrés ainsi qu'au contexte environnemental et à la situation actuelle de l'établissement.

J'aimerais préciser que ce travail ne se veut pas exhaustif. La difficulté première tenait à l'étendue du sujet puisque, en effet, le processus de facturation, infuse l'ensemble des fonctions support d'un établissement. J'ai donc choisi de cibler les axes d'amélioration, en tenant compte de la problématique du terrain et des difficultés particulières qui ont été recensées. L'objectif visait à rechercher comment atteindre une gestion rationalisée des moyens, des ressources, des compétences et de l'activité de facturation. Nous pouvons dire, sans conteste, que cela suppose avant tout l'existence d'un projet transparent et partagé, d'une organisation clairement définie et de l'implication de tous, tant il est vrai que la pluridisciplinarité est source de richesse. Les actions de chacun des professionnels doivent donc être recentrées et repensées au mieux afin d'envisager une facturation cohérente et optimale adaptée aux enjeux et aux exigences de la facturation au fil de l'eau. Les axes d'amélioration comportent autant des actions techniques (système d'information, redéfinition des équipes, remodelage des compétences) qu'un important volet dédié à la communication et au management. Il est vrai qu'une approche passive pourrait être lourde de conséquences en termes d'équilibre budgétaire, de gestion de trésorerie, voire de pérennité de la structure même.

La démarche d'optimisation proposée n'a pas pour ambition de mettre en place une solution idéale et définitive mais à proposer des actions correctrices qui doivent être régulièrement réévaluées. Dans ce cadre, le rôle de l'AAH est d'organiser la mise en place du

projet, de planifier, de coordonner et d'évaluer⁴⁶ les différentes actions, dans un but d'amélioration continue de l'activité du service. A cet égard, la commande de ce mémoire m'a semblé se conformer parfaitement à l'étude des compétences attendues de l'AAH dont j'ai pu appréhender les différents aspects. Les 5 champs de compétence⁴⁷ définis dans le référentiel de compétences spécifiques de l'AAH ont largement été mobilisés tout au long des deux stages d'immersion professionnelle et du travail de réalisation du mémoire. En effet, j'ai pu appréhender la position charnière de l'AAH qui, dans le cadre de la mise en place d'une nouvelle réforme, exerce un rôle prépondérant en étant, à la fois, un expert, un relais, un manager, un décideur, un répartiteur des ressources et un régulateur. Mais avant tout, l'AAH se doit d'être un leader⁴⁸ dans la mesure où il se doit de motiver les équipes et de développer l'efficacité des organisations. La préoccupation majeure de l'AAH est de réussir à concilier les impératifs auxquels il est soumis avec la nécessaire adhésion et cohésion des agents. Le but est d'amener les acteurs à s'engager concrètement dans la déclinaison des politiques publiques et des orientations stratégiques de l'établissement. L'AAH doit donc être en mesure de diriger, d'accompagner, de soutenir mais aussi de s'appuyer sur ses équipes.

La question à laquelle j'ai été confrontée était la suivante : « Qu'est-ce qu'on priorise et comment ? ». Nous avons choisi de débattre « en équipe » sur la pertinence de chacun des axes de travail et sur la manière d'arriver à un fonctionnement le plus efficace et le plus adapté possible à une facturation optimale et au fil de l'eau. Ce mémoire et les entretiens menés ont été riches d'enseignements et constitueront, sans nul doute, des axes de réflexion tout au long de ma pratique professionnelle. J'ai surtout été interpellée par l'énergie que doit déployer un AAH au quotidien, dans la motivation de ses équipes, et dans le temps nécessaire à la mise en place et à la concrétisation d'actions, qui plus est lorsqu'il s'agit d'un projet national.

Pour finir, il est essentiel de garder à l'esprit que tout projet ne doit pas être envisagé de manière isolée mais doit constituer un des axes du plan stratégique d'un établissement. Pour ce qui concerne le projet d'amélioration du processus de facturation et de recouvrement, celui-ci s'inscrit dans un projet plus global de retour à l'équilibre financier, et doit contribuer à assurer la pérennité de l'établissement. Pour la Directrice Générale, « *cela représente un gros défi pour l'établissement qu'une réelle mobilisation interne et l'investissement de tous, notamment aux*

⁴⁶ Cette conception du rôle de l'AAH peut-être rapprochée de la méthode PDCA décrite par la roue de Deming : La méthode PDCA est une démarche cyclique d'amélioration comportant 4 phases et chacune entraînant l'autre : 1- Plan : préparer, planifier ; 2- Do : réaliser, mettre en œuvre ; 3- Check : contrôler, vérifier ; 4- Act : actualiser, corriger.

⁴⁸ Op.cit 27

groupes de travail, permettront de concrétiser sur le terrain les mesures prises. ». Il est indispensable d'inscrire cette démarche en continu, l'union constituant un des socles de la réussite.

Bibliographie

OUVRAGES

CARTON Gérard-Dominique, *Eloge du changement : méthodes et outils pour réussir un changement individuel et professionnel*, 2^{ème} éd., Village Mondial, 2007.

MINTZBERG Henry, *Le management au centre des organisations*, Editions d'Organisation, 1989.

DOCUMENTS OFFICIELS

DGOS, Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, fiche-métier n° 40L60, « *Médecin responsable de l'information médicale et de l'évaluation (DIM)* ».

MINISTERE DE LA SANTE, DES SPORTS, DE LA JEUNESSE ET DE LA VIE ASSOCIATIVE, *Circulaire DHOS/F1/FA/2007/105 du 21 mars 2007 relative à la généralisation de la suppression du taux de conversion*.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, MINISTERE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA REFORME DE L'ETAT, UNCAM, *Présentation du projet FIDES aux représentants hospitaliers*, 6 avril 2010.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, MINISTERE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA REFORME DE L'ETAT, UNCAM, *Cahier des charges Séjours AMO et ATIH VO.2*, 19 octobre 2010.

RAPPORTS, GUIDES

ANAES, *Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé*, avril 2002.

CRC d'Ile-de-France, *Rapport d'observations définitives, CASH de Nanterre (92) exercices 2006 et suivants*, Janvier 2012.

HAS, *Manuel de certification des établissements de santé*, V 2010.

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

GMSIH, 2007, *Etat des réformes du financement et de l'assurance maladie et impacts sur les systèmes d'information des établissements de santé au 01/09/2007*.

Anais AUCLERT - *Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique* - 2012

MEAH, *Organisation du processus de facturation hospitalière*, février 2008.

MEAH, DGOS, *Optimiser la chaîne de facturation / recouvrement hospitalière, retours d'expériences*, juin 2008.

MEAH, *Optimiser la chaîne de facturation/recouvrement hospitalière, Guide d'indicateurs*, septembre 2009.

MEMOIRE

BOUSSEMART Sophie, *Rénover le processus de facturation / recouvrement en contexte T2A : la conduite d'un projet de réorganisation au centre hospitalier de Nanterre*, Mémoire Directeur d'hôpital, EHESP, Rennes, 2007-2009.

FAUCHER Julie, *Piloter, optimiser et contrôler la chaîne de facturation : défis et enjeux de la refonte de la chaîne de facturation au CHD Felix Guyon*, Mémoire Directeur d'hôpital, ENSP, Rennes, 2006-2008.

LEDERMANN Matthieu, *La recherche de la performance par l'optimisation des processus, l'exemple du centre hospitalier intercommunal de la Côte basque*, Mémoire de Directeur d'hôpital, ENSP, Rennes, 2007-2009.

MALLET David, *Des bureaux des entrées à l'espace accueil clientèle : la conduite d'un projet de réorganisation d'une fonction administrative traditionnelle au CHU de Rouen*, Mémoire Directeur d'hôpital, ENSP, Rennes, 2002-2004.

THOMAS Anne-Emmanuelle, *L'amélioration de la facturation et du recouvrement : une nécessité à l'heure de la tarification à l'activité*, Mémoire Directeur d'hôpital, EHESP, Rennes, 2010-2011.

ARTICLES ET CONFERENCES

AGEAL conseil et IMPLICA consultants, *Optimisation du processus de facturation hospitalière par le pilotage des activités et le contrôle des résultats*, 2009.

DONNADIEU Gérard, DURAND Daniel, NEEL Danièle, NUNEZ Emmanuel, SAINT-PAUL Lionnel, *L'approche systémique : de quoi s'agit-il ?* Synthèse des travaux de groupe AFSCET, septembre 2003.

HAUTEMANIERE A., CINGOTTI M, *Le métier du DIM de demain*, Gestions Hospitalières, octobre 2006, p.551-556.

NEVAO Conseil, *Benchmarking Concept et Méthodologie*, 2001-2004.

PASCAL Christophe, *La gestion par processus à l'hôpital, entre procédure et création de valeur*, Revue française de gestion, 2003/5 n°146 p.191-204.

MADELMONT F, *Facturation et taux de conversion*, Finances Hospitalières, juillet/août Anaïs AUCLERT - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2012

2007.

PFEIFFER M, MADELMONT F, *Refondre la chaîne de facturation dans un contexte T2A*, revue hospitalière de France, n°508, 2006.

TOURET Jean, Délégation à la formation et au développement des compétences, AP-HP, *Les indicateurs de mesure de la performance hospitalière*, Gestions Hospitalières, octobre 2008.

SITES WEB

<http://www.anap.fr>

www.gmsih.fr

<http://www.meah.sante.gouv.fr/>

<http://www.legifrance.gouv.fr/>

<http://www.has-sante.fr/>

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Grille d'entretien utilisée pour la responsable du bureau des entrées

ANNEXE 2 : Grille d'entretien à destination des agents du bureau des entrées (accueil, gestion, facturation)

ANNEXE 3 : Logigramme : Processus consultation anesthésie au CASH de Nanterre

ANNEXE 4 : Tableau : Situation de la facturation par spécialité

ANNEXE 5 : Présentation de l'accueil administratif du CASH de Nanterre

ANNEXE 1 : Grille d'entretien utilisée pour la responsable du bureau des entrées

Organisation et pilotage des fonctions accueil et facturation

1. Organisation générale du service

Quelle est la répartition des effectifs du BE ? Combien d'agents sont affectés au BE ?

Les effectifs présents évoluent-ils selon l'affluence ?

Les agents sont-ils polyvalents ou spécialisés ? (accueil, gestion des dossiers, facturation)

Les fiches de poste sont-elles exhaustives et réactualisées ?

Existe-t-il un agent référent pour l'organisation des tâches ?

Les agents sont-ils formés et informés de l'évolution de la réglementation et donc de leurs missions ? Si oui, comment ?

Les agents sont-ils suffisamment sensibilisés sur la nécessité d'une prise en charge cohérente, globale et de qualité ? Sur l'importance de la qualité du processus de facturation / recouvrement ? Les agents se sentent-ils concernés sur la problématique du recouvrement ?

2. Accueil et prise en charge administrative du patient

Admission et identification du patient

Un patient peut-il se présenter dans un service de soins sans être passé auparavant par l'accueil principal ?

Existe-t-il un guide de questionnement à suivre par les agents lors de l'admission d'un patient ? Ce guide est-il formalisé et uniformisé entre les différents PAC ?

Existe-t-il des protocoles différents selon qu'il s'agisse d'une première venue ou d'un patient déjà connu de la base de données ? Les mises à jour sont-elles réalisées ? Fait-on une recherche du dossier du patient lorsque celui-ci déclare être déjà venu ? (gestion des antécédents des venues, gestion des doublons...)

Certains modes de prise en charge donnent-ils lieu à une procédure particulière d'accueil ? (HAD, HDJ, transfert inter établissements) ?

Les procédures d'accueil intègrent-elles les cas spécifiques ? (patients étrangers, CMU, CMU-C, AME, AT, ALD...)?

Vérifie-t-on systématiquement l'identité du patient ? Comment assure-t-on la fiabilité des données liées à l'IPP ?

Recueil des informations relatives aux droits sociaux

Chaque poste dispose-t-il d'un lecteur de carte vitale ? D'un accès CDR ?

Existe-t-il suffisamment de bornes de mise à jour ?

Comment les droits sociaux sont-ils saisis ? Photocopie ou numérisation pour archivage ?

Pour un patient connu, la validité des droits est-elle systématiquement vérifiée ?

Le service social est-il systématiquement sollicité lorsqu'un problème d'ouverture des droits est détecté et ce, dès l'accueil du patient ? La procédure est-elle clairement définie et formalisée ? Existe-t-il un référent pour traiter des ouvertures des droits ?

Une procédure spécifique permet-elle de rechercher une prise en charge, de base ou complémentaire, pour les patients en situation de précarité ? (CMU, CMU-C, AME...)

Comment les mutuelles sont-elles contactées pour les demandes de prise en charge afin d'assurer la fiabilité et la rapidité de la réponse ?

Transmission et circulation de l'information

Une procédure spécifique pour la gestion des ALD est-elle en place ?

Des fiches de circulation indiquant « patient payant » ont-elles été mises en place afin que ces dossiers soient traités en temps réel avant la sortie du patient ?

Les agents d'accueil ont-ils un correspondant clairement identifié dans chaque service de soins ?

Les services de soins communiquent-ils tous les jours à l'accueil la liste prévisionnelle de sortie des patients à J+1 ?

Spécificités de l'accueil des Urgences

Les Urgences disposent-elles d'un accueil administratif **distinct** ?

Les **horaires d'ouverture** de l'accueil administratif couvrent-elles plus de 75% de l'activité des urgences ? Les flux horaires et hebdomadaires de patients sont-ils mesurés ?

Les **erreurs** et **anomalies** créées par les Urgences font-elles l'objet d'un suivi particulier (taux de doublons, taux de NPAI, etc.)

Une **communication ciblée** auprès du personnel des Urgences sur l'importance du recueil d'identité et des informations patients sur le caractère payant des soins a-t-elle été mise en place ?

Facturation

Existe-t-il un **calendrier** de facturation des hospitalisations et des consultations ? Si oui, celui-ci est-il respecté ?

Une politique de **contrôle** de l'avancement des dossiers (complets ou non) est-elle définie ?

Un **suivi** des factures émises et des factures en attente est-il mis en place ? Existe-t-il une analyse mensuelle du stock de factures en attente (non payées et non rejetées) ?

Comment s'expliquent les retards de facturation ? Les motifs d'erreurs sont-ils analysés et communiqués aux acteurs concernés ?

Existe-t-il un suivi de la **qualité** de la facturation à partir de tableaux de bord de suivi des flux ? Nombre de dossiers en attente de facturation, délai de facturation, etc. Une **analyse** des erreurs suivie de la mise en place **d'actions correctrices** ?

Existe-il une **veille réglementaire** avec délivrance d'une information régulière aux agents de l'évolution de la réglementation et de ses impacts sur les règles de facturation ?

Les agents ont-ils des objectifs individuels et quantifiés en termes d'exhaustivité et de qualité de facturation ?

Comment sont traités les rejets de factures ? Quel est le taux de rejet de l'établissement comparativement aux autres établissements de la région ? Certains rejets font-ils l'objet d'un traitement particulier et prioritaire ?

Quelles sont les causes majeures des rejets B2 ? (erreur de débiteur, NPAI...)

Qualité des échanges

Les relations avec les autres services illustrent-elles une information suffisamment partagée ?

Le système d'information permet-il la circulation de l'information rapide, exhaustive, voire en temps réel ?

Existe-t-il des réunions d'information avec le DIM et avec les partenaires diverses (TP, CPAM, etc.) ?

3. Pilotage de la fonction accueil

Le management des personnels réalisant l'accueil est-il unique et transversal par secteur (hospitalisation, consultation, urgences)

Les agents chargés de la prise en charge administrative du patient sont-ils formés aux techniques d'accueil du patient ?

En cas de non respect des procédures, les erreurs sont-elles identifiées et des actions correctives sont-elles mises en place ?

Les agents des points d'accueil sont-ils polyvalents ? FO / BO ?

L'ensemble des procédures relatives à l'accueil du patient est-il répertorié dans un référentiel ?

4. Gestion des dossiers et mouvements des patients

Qualité des dossiers patients

Quel est le taux de complétude des dossiers ?

Le Bureau des entrées communique-t-il la liste des dossiers incomplets aux services avec les motifs (actes manquants, mouvements, formulaires ALD, parcours de soin, etc.)

Les agents du Bureau des entrées vont-ils chercher systématiquement les informations manquantes dans les services de soins ?

Mouvements des patients

Qui saisit les mouvements des patients ? Les services de soins renseignent-ils le Bureau des entrées en temps réel ?

Le Bureau des entrées effectue-t-il une vérification des mouvements saisis quotidiennement ?

En matière d'état civil, quelles sont les tâches réalisées par les agents en cas de naissance/décès ? Certaines de ces tâches pourraient-elles être effectuées par un autre service ? (état civil de la commune ou agent d'amphithéâtre)

Les sorties des patients se font-elles pendant les plages horaires d'ouverture de l'accueil ? Les points de sortie sont-ils placés sur le parcours physique du patient ?

Existe-t-il une procédure partagée (services de soins/ accueil) formalisant la sortie du patient ? Les services de soins incitent-ils le patient à repasser systématiquement à l'accueil ?

Une procédure est-elle formalisée concernant une vérification systématique, lors de la sortie du patient, d'éventuels éléments à facturer ? (téléphone, TV)

5. Le recueil de l'activité médicale et les encaissements en régie

Codage en temps réel :

Les diagnostics sont-ils codés dès la sortie du patient ?

Le codage des actes CCAM est-il réalisé au fil de l'eau ?

Les actes des blocs et secteurs interventionnels remontent-ils en temps réel ?

Qualité du codage :

Qui est chargé du codage des actes ?

Les agents du Bureau des entrées réalisent-ils la saisie de certains actes ? Cela est-il source d'erreurs ? (erreurs de saisie)

Les professionnels non médicaux qui participent au codage ou à la saisie des codes reçoivent-ils une formation spécifique continue ?

Les retours d'information de l'ATIH pour optimiser la qualité des données sont-ils exploités par le DIM et la DAF et utilisés comme indicateurs ?

Les encaissements en régie :

Tous les agents ont-ils la qualité de régisseur de recettes, par arrêté de nomination ?

Les horaires d'ouverture de la régie coïncident-ils avec les horaires de l'accueil ?

Où sont placées les régies ? Sont-elles adaptées au circuit du patient ?

Dans certains cas, demande t-on aux patients de payer une avance ? (patients étrangers ou sans mutuelle)

Un patient peut-il bénéficier de modalités de paiement échelonnées ? Existe-t-il des modalités de versement d'acomptes ou de prépaiement ?

ANNEXE 2 : Grille d'entretien à destination des agents du bureau des entrées (accueil, gestion, facturation)

1. Rôle

Quel est votre rôle dans l'ensemble du circuit du patient ?

Comment qualifiez-vous votre fonction en matière de prise en charge globale ?

Selon vous, le contexte environnemental et la spécificité de l'établissement influent-ils sur la performance du circuit du patient et sur les organisations ?

2. Regard sur la performance du processus de facturation

Quel diagnostic portez-vous sur la performance du circuit du patient et sur la qualité de la prise en charge dans l'établissement ?

Quel regard portez-vous sur l'organisation du service clientèle ?

Quel diagnostic portez-vous sur la performance de la chaîne de facturation (qualité, rapidité, etc) ?

Quels types de difficultés rencontrez-vous dans l'exercice de vos fonctions ?

Quelles sont, selon vous, les principales défaillances dans le circuit du patient ? Dans la gestion des dossiers ? Quels sont les risques qui en découlent ?

3. Communication institutionnelle et coordination entre les services

La politique de l'établissement vous semble-t-elle suffisamment claire et transparente ?

Connaissez-vous les orientations stratégiques de l'établissement ? (projet d'établissement, plan de retour à l'équilibre financier)

Quel regard portez-vous sur la qualité du système d'information ? Celui permet-il une circulation de l'information suffisamment rapide, efficace et transversale ?

Existe-t-il une bonne articulation entre les services d'accueil et les services de soins ?

Connaissez-vous précisément l'ensemble des interlocuteurs en cas de demande d'information ?

4. Formation et procédures

Selon vous, les procédures sont-elles suffisamment connues et accessibles, claires et facilement applicables ?

Selon vous, les procédures sont-elles adaptées à l'exercice de vos fonctions ? Bénéficiez-vous de sessions de formation ?

Vous sentez-vous suffisamment impliqué dans l'élaboration des procédures ? Aimerez-vous participer davantage à l'organisation du service ?

Bénéficiez-vous d'une formation concernant la mise en place de FIDES ? Etes – vous sensibilisés aux enjeux de la réforme du financement et des nouvelles modalités de facturation ?

5. Cohésion et projet de service

Ressentez-vous une cohésion au sein de l'équipe et une volonté d'agir ensemble vers une finalité commune ? (prise en charge de qualité, performance du processus de facturation et de recouvrement)

Pourriez-vous dire qu'il existe suffisamment de communication et de concertation entre les équipes et la hiérarchie ? Entre les agents du service clientèle ? Des réunions régulières sont-elles organisées pour améliorer la gestion des dossiers, la gestion de la facturation et vérifier le bon parcours patient ?

Quelles sont vos attentes pour pouvoir mener à bien votre travail ?

<p>Bureau des Entrées Porte 1</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-bottom: 10px;"> Analyse du dossier </div> <p>=> <i>une réponse individuelle et adaptée</i></p> <p>Contrôle la présence des actes et saisit la réponse ALD</p> <p><i>Actes présents / réponse ALD 28</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ pas de règlement <p><i>Actes présents / réponse ALD 18</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Facturation 20% si droits ouverts ⇒ Facturation 100% si droits non ouverts ⇒ Remise quittance <p><i>Actes non présents / réponse ALD 28</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ appel au secrétariat ⇒ pas de règlement 	<p>MACFD</p> <p>MACFD</p> <p>MREQUI MREQUI</p>
<p>Bureau des Entrées Porte 1</p>	<p><i>Actes non présents / pas de réponse ALD</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ appel au secrétariat ⇒ secrétariat remet une Méfic réduite au médecin <p>=> Méfic réduite à prévoir</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ <i>une fluidification de l'affluence des patients : le jour de son hospitalisation, le patient se présente directement dans le service.</i> ⇒ <i>Un contrôle en amont des éléments nécessaires à l'hospitalisation , complétude, des dossiers patient de meilleure qualité.</i> ⇒ ⇒ <i>Un meilleur recouvrement : demande de PEC en amont.</i> 	

ANNEXE 4 : Tableau :

Situation de la facturation par spécialité

Periode de Facturation	Spécialité	Cellule	Bordereaux Négatifs		Bordereaux Positifs		date mise au courrier Bordereaux courrier
			N°	Montant	N°	Montant	
30-sept	Planning	79	8 122	€	350	€	04-oct
30-sept	Pharmacie	66	8 125	€	536	€	
					537	€	
30-sept	Stomato-Odonto	26	8 127	€	542	€	05-oct
					543	€	
30-sept	Med Interne	22	8 132	€	555	€	16-oct.
					556	€	
30-sept	Policlinique Chirurgie	23	8 135	€	562	€	16-oct.
					563	€	
30-sept	Policlinique Médecine	24	8 136	€	564	€	15-oct.
					565	€	
	Urgences 4 dossiers	85			568	€	15-oct.
30-sept	Anesthésiste	34	8 137	€	569	€	18-oct.
					570	€	
31-mai	Urgences	9			575	€	18-oct.
					576	€	
					577	€	
30-sept.	Cardiologie	19	8 138	€	578	€	18-oct.
					579	€	

ANNEXE 5 : Présentation de l'accueil administratif du CASH de Nanterre

Spécialités :	Le patient doit régler tout ou partie de sa consultation : mention « payant »	Une hospitalisation est programmée pour le patient	Le patient vient pour une consultation et ce n'est pas payant
Anesthésie Cardiologie Diabétologie IVG Neurologie Pneumologie Anti-douleur Chirurgie générale Chirurgie viscérale Dermatologie Médecine générale Orthopédie Pédicure Rhumatologie Urologie Imagerie médicale Gynécologie (hors IVG) Maternité Médecine Interne Gastro-entérologie Ophtalmologie ORL Stomatologie Urgences	PORTE 1 (De 7h45 à 17h) PORTE 5 Polyclinique (De 7h30 à 18h30) PORTE 1 (De 7h45 à 8h45) PORTE 19 (De 8h45 à 16h) PORTE 1 (De 16h à 17h) PORTE 19 (De 8h45 à 16h) URGENCES (24h/24)	PORTE 1 (De 7h45 à 17h) PORTE 5 Polyclinique (De 7h30 à 18h30) PORTE 1 (De 7h45 à 8h45) PORTE 19 (De 8h45 à 16h) PORTE 1 (De 16h à 17h) PORTE 19 (De 8h45 à 16h)	PORTE 1 (De 7h45 à 17h) SORTIE DIRECTE

Attaché d'Administration Hospitalière

Promotion 2012

L'optimisation du circuit de facturation dans le cadre de la mise en place de la facturation individuelle au fil de l'eau : l'exemple du CASH de Nanterre

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

Résumé :

Au 1^{er} janvier 2013, un nouveau mode de facturation sera mis en œuvre dans les établissements de santé : la facturation individuelle des établissements de santé (FIDES). Cette mesure va profondément modifier le mode d'allocation des ressources des établissements. En effet, les établissements seront rémunérés par l'assurance maladie, facture par facture, après validation par la caisse gestionnaire de l'assuré.

Au-delà un enjeu financier majeur, la facturation individuelle et directe appelle un réaménagement des organisations, des compétences et de l'ensemble des fonctions support, particulièrement des systèmes d'information. En effet, l'hôpital devra améliorer son circuit d'émission et de vérification des factures afin d'avoir une facturation la plus réactive et, en même temps, une qualité optimale de cette facturation. Ceci implique une véritable synergie de l'ensemble des professionnels intervenant dans la prise en charge du patient et des différents partenaires de l'hôpital.

Dans cette optique, ce mémoire propose des pistes d'amélioration consistant à fluidifier et à améliorer le circuit de facturation, suite à un diagnostic préalable du processus de facturation dans l'établissement d'étude.

Mots clés :

Financement, chaîne de facturation, T2A, FIDES, admissions, recouvrement, approche par les processus, conduite du changement, management.

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.