



EHESP

Directeur d'Hôpital

Promotion : **2009 - 2011**

Date du Jury : **décembre 2010**

**Les produits hors assurance maladie :
un enjeu de retour à l'équilibre
financier**

**L'optimisation des produits facturables aux
patients au CHU de Nancy**

Clémence MAINPIN

Remerciements

Mes premiers remerciements sont pour Pascal TAFFUT, mon maître de stage, pour la qualité de son encadrement, sa grande disponibilité, ses conseils toujours avisés, son soutien et ses encouragements. Merci Pascal pour m'avoir ainsi guidée dans cette épreuve !

J'adresse aussi mes plus vifs remerciements à Lucie BERNARD et Eric ZURCHER pour leur précieuse aide et leur présence. Merci Lucie pour m'avoir accompagnée sur les dossiers les plus difficiles !

Je remercie également Marielle PFEIFFER, mon encadrant mémoire, qui s'est toujours montrée très réactive et qui m'a associée à ses travaux et réflexions sur la performance de la chaîne de facturation/recouvrement. Merci Marielle pour ton appui, tes relectures attentives et tes conseils bénéfiques !

Je souhaite également adresser mes profonds remerciements à Philippe VIGOUROUX et Geneviève LEFEBVRE, DG et DGA du CHU de Nancy, pour la confiance qu'ils m'ont accordée et la qualité du cadre dans lequel j'ai pu réaliser ce travail.

Mes remerciements vont également pour l'ensemble des professionnels du CHU avec qui j'ai eu grand plaisir à travailler sur mes dossiers. Je les remercie pour leur participation aux projets.

Je suis extrêmement reconnaissante envers toutes ces personnes qui ont ainsi contribué à la qualité de ma formation de Directeur d'hôpital.

Sommaire

| | |
|--|----|
| Introduction | 1 |
| 1. Face aux récentes évolutions des modalités de financement des établissements publics de santé, le CHU de Nancy doit désormais prêter une attention particulière aux produits facturables aux patients | 5 |
| 1.1. L'évolution des modalités de financement des établissements publics de santé a conduit les hôpitaux à s'engager dans une démarche d'optimisation des recettes | 5 |
| 1.1.1. Le volet financement du plan « Hôpital 2007 » oblige les établissements publics de santé à prêter une attention particulière aux produits versés par l'assurance maladie | 5 |
| 1.1.2. Le projet de facturation directe à l'assurance maladie (FIDES) renouvelle l'intérêt qui doit être porté à l'optimisation des recettes | 9 |
| 1.2. Dans ce contexte, l'attention portée par le CHU de Nancy à ses recettes liées à l'activité semble aujourd'hui insuffisante | 12 |
| 1.2.1. Le CHU de Nancy s'est engagé sur plusieurs chantiers d'optimisation de ses recettes en orientant toutefois l'essentiel de ses efforts sur les produits versés par l'assurance maladie | 13 |
| 1.2.2. La situation financière du CHU de Nancy suggère qu'un effort plus soutenu soit à présent porté sur les produits facturables aux patients | 21 |
| 2. Les actions, menées en 2010, sur la politique tarifaire du CHU de Nancy peuvent être complétées par un travail sur d'autres leviers d'optimisation des produits facturables aux patients | 25 |
| 2.1. Les actions conduites en 2010 répondent à la priorité donnée par le CHU de Nancy à sa politique tarifaire | 25 |
| 2.1.1. Les actions menées en vues de l'optimisation des recettes liées à la facturation du régime particulier | 25 |
| 2.1.2. La conception d'un catalogue des tarifs opposables aux usagers et à leurs mutuelles | 33 |
| 2.2. Un large panel de leviers sur les produits facturables aux patients peut encore être exploité | 41 |
| 2.2.1. Certains établissements font preuve de pratiques innovantes pour optimiser les produits facturables aux patients | 41 |
| 2.2.2. Les actions envisageables au CHU de Nancy | 47 |
| Conclusion | 57 |
| Sources et bibliographie | 59 |
| Liste des annexes | I |

Liste des sigles utilisés

ALD : Affection(s) Longue Durée

AME : Aide Médicale d'Etat

AMI : Acte(s) Médico-Infirmier(s)

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance hospitalière

ARH : Agence(s) Régionale(s) de l'Hospitalisation

ARS : Agence(s) Régionale(s) de Santé

ATIH : Agence Technique de l'Information Hospitalière

ATU : Accueil et Traitement des Urgences

BHN : acte(s) de Biologie Hors Nomenclature

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

CHR : Centre(s) Hospitalier(s) Régional(/aux)

CHU : Centre(s) Hospitalier(s) Universitaire(s)

CIM 10 : Classification Internationale des Maladies, 10^{ème} édition

CMU : Couverture Maladie Universelle

CREF : Contrat de Retour à l'Equilibre Financier

CSP : Code de la Santé Publique

DAF : Directeur(s)/ion(s) des Affaires Financières

DG : Directeur Général

DIM : Département de l'Information Médicale

DMI : Dispositif(s) Médical(/aux) Implantable(s)

DMS : Durée Moyenne de Séjour

DSI : Direction du Système d'Information

EPRD : Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses

EPS : Etablissement(s) Public(s) de Santé

F2A : Facturation A l'Activité

FAU : Forfait Annuel des Urgences

FFM : Forfait de « petit matériel »

FIDES : Facturation Individuelle Des Etablissements de Santé publics et privés d'intérêt collectif

FSE : Forfait(s) Sécurité et Environnement

GHS : Groupe(s) Homogène(s) de Séjours

GHT : Groupe(s) Homogène(s) de Tarifs

IVG : Interruption(s) Volontaire(s) de Grossesse

HPST, loi : loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires

LAMDA : Logiciel d'Aide à la Mise à jour des Données d'Activité

LFSS : Loi(s) de Financement de la Sécurité Sociale

MAT2A : Mesure de l'Activité hospitalière – Tarification A l'Activité

MIGAC : Mission(s) d'Intérêt Général et Aide à la Contracutalisation

MO : Molécule(s) Onéreuse(s)

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

NPAI : N'habite Plus à l'Adresse Indiquée

PHN : acte(s) d'anatomo-Pathologie Hors Nomenclature

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

PUPH : Professeur(s) des Universités Praticien Hospitalier.

RSA : Résumé(s) de Sortie Anonyme(s)

RSF-ACE : Résumé(s) Standardisé(s) de Facturation des Actes et Consultations Externes.

RSS : Résumé(s) de Sortie Standardisé(s)

RUM : Résumé(s) d'Unité Médicale

T2A : Tarification A l'Activité

UF : Unité(s) Fonctionnelle(s)

Introduction

Afin de faire face à la situation « *dégradée de la branche maladie* », l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam) appelait, le 20 juillet dernier, au « *renforcement du rôle des organismes complémentaires* »¹. Cette proposition forte illustre la tendance actuelle à l'augmentation de la part des dépenses de santé supportée par les ménages. Alors que le déficit de la branche maladie ne cesse de croître (il est ainsi attendu à 14,6 milliards d'euro pour 2010), les pouvoirs publics ont récemment multiplié les dispositifs permettant un financement direct des dépenses de santé par les patients ou leurs mutuelles. Dans les établissements publics de santé (EPS), cela s'est notamment traduit, en 2005, par la mise en place du parcours coordonné de soins et le forfait de 18 euro pour les actes dont le coût excède 91 euro.

Ainsi, la part des dépenses de santé supportée par les ménages et leurs assurances complémentaires s'élevait à 23,1% en 2008 alors qu'elle n'était que de 21,5% en 2004². Dans ce contexte, qui plus est lorsque le retour à l'équilibre financier est devenu un impératif, les hôpitaux ont tout intérêt à prêter une attention particulière aux produits facturables aux patients.

Parler de retour à l'équilibre financier revient à s'intéresser au résultat comptable d'un établissement. L'équilibre est atteint lorsque les recettes sont égales aux dépenses. Plus précisément, un centre hospitalier universitaire (CHU) ou régional (CHR) doit s'engager dans une démarche de retour à l'équilibre financier lorsque le compte de résultat principal présente un résultat déficitaire supérieur à 2%. Ce résultat est « *calculé par différence entre les produits et les charges du compte de résultat principal et est corrigé des charges et produits sur exercices antérieurs comptabilisés au cours de l'exercice en cours, après vérification de la sincérité des inscriptions de charges et de produits* » (art. D6143-39 du code de la santé publique ou CSP). Le déséquilibre est aussi attesté dès lors que la capacité d'autofinancement est inférieure à 2% des produits ou ne couvre par le remboursement en capital des emprunts (même article du CSP).

Les établissements de santé tiennent leurs recettes de différents débiteurs : l'assurance maladie, les patients, les mutuelles et assurances complémentaires, les autres établissements, etc. Par produits facturables aux patients, on entend ici les produits réglés par les patients directement ou pris en charge par leur couverture complémentaire. Il peut s'agir de recettes liées à l'activité hospitalière (recettes de titre 2) ou non (recettes de titre 3). Autrement dit, s'intéresser à l'optimisation des produits facturables aux patients revient à

¹ Dépêche de l'Agence de Presse Médicale du 20 juillet 2010 « Assurance maladie : l'Unocam propose des mesures permettant une économie de 3,5 milliards d'euros sur trois ans ».

² Source : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.

étudier la part des dépenses de santé restant à charge des ménages ou de leurs mutuelles, mais aussi à considérer la vente de produits autres tels que les prestations hôtelières. Raisonner en termes de débiteur plutôt que de titre de recette permet aux établissements de santé de construire des relations avec chacun de ces tiers qui soient cohérentes et guidées par une politique unique. Les rapports n'en seront donc que facilités car plus intelligibles.

Ce questionnement sur les produits facturables aux patients conduit nécessairement à s'interroger sur la dialectique entre optimisation des recettes et contrôle des dépenses. Alors que les charges sont directement contrôlables par les établissements de santé, les produits dépendent en partie de la demande de soins sur le territoire de santé. De ce fait, un des premiers réflexes d'un hôpital en déséquilibre financier est souvent de maîtriser ses dépenses. Or, il n'est pas possible de réduire indéfiniment les charges. Une fois ces restrictions faites, la seule marge de manœuvre concerne les recettes dont les perspectives d'évolution peuvent être moins bornées. C'est exactement la démarche adoptée par le CHU de Nancy qui, dans son contrat de retour à l'équilibre financier, impose des réductions de charges à chaque pôle. Parallèlement, l'établissement a entrepris plusieurs projets d'optimisation de ses recettes. Ceux-ci concernent principalement le premier débiteur de l'hôpital, à savoir l'assurance maladie.

Dans un établissement de la taille du CHU de Nancy les pistes de retour à l'équilibre peuvent paraître variées. Avec environ 635 millions d'euro de dépenses (pour 609 millions d'euro de recettes) inscrites dans le compte de résultat prévisionnel pour 2010, le premier hôpital de Lorraine semble receler une grande variété de leviers de réduction de charges. Ses 68.808 hospitalisations de plus de 24 heures, 44.385 hospitalisations de moins de 24 heures et 420.672 consultations enregistrées en 2009 suggèrent également des pistes prometteuses en termes de produits.

Il existe donc, en 2010, une multiplicité de projets destinés à atteindre à nouveau l'équilibre financier : chantier de recodage de l'activité confié à une société extérieure, contrat de performance avec l'agence nationale d'appui à la performance hospitalière (ANAP) et l'agence régionale de santé (ARS) prévu pour octobre 2010, modernisation du système d'information (changement du logiciel de codage des diagnostics et du collecteurs d'actes), etc. La plupart de ces actions s'inscrivent dans le contrat de retour à l'équilibre financier initialement signé avec l'ARS en décembre 2006. Ce sont autant d'éléments qui ne seront pas traités dans le cadre de cette étude qui se limite à l'analyse de l'optimisation des produits facturables aux patients.

L'intérêt professionnel du sujet réside dans le fait que ce questionnement trouve aujourd'hui une nouvelle actualité. En effet, peu d'établissements se sont intéressés de près aux recettes issues des usagers ou de leurs mutuelles. Les hôpitaux confrontés à un impératif

de retour à l'équilibre financier ont, à juste titre, concentré leurs efforts sur les produits versés par leur premier débiteur, l'assurance maladie. Ce n'est que récemment, après avoir exploité au maximum les potentialités d'augmentation des produits versés par l'assurance maladie, que les établissements publics de santé ont investi ce champ-là. Dans cette dynamique, le CHU de Nancy m'a confié la mission d'optimiser la facturation du régime particulier et de concevoir un catalogue des tarifs opposables aux patients (*cf.* lettre de mission en annexe 1). Ces deux dossiers, temps forts de mon second stage d'élève directeur d'hôpital, ont été le point de départ de la réflexion.

Ce cheminement s'est en fait structuré autour de la problématique suivante : dans le contexte réglementaire et institutionnel actuel, quelles sont les marges de manœuvre dont dispose le CHU de Nancy pour optimiser les produits facturables aux patients ?

Pour répondre à cette question, la méthodologie adoptée a été plurielle. Dans un premier temps, un travail conséquent d'étude documentaire m'a permis d'analyser les dynamiques et forces en présence. Cette clarification du cadre réglementaire a ensuite pu être complétée par un recensement des actions déjà entreprises au CHU de Nancy. Pour ce faire, j'ai participé et contribué à l'ensemble des réunions des groupes techniques relatifs à la facturation et à la valorisation, tout au long de mon stage. Des entretiens avec les chefs de projet de certains chantiers (directeur du contrôle de gestion et directrice de la facturation) m'ont permis de prendre en compte d'autres accomplissements de l'établissement. Mon appréhension de la situation financière s'est appuyée sur les différents rapports produits sur ce sujet mais aussi sur le traitement de données fournies par la direction des finances (état prévisionnel des recettes et des dépenses ou EPRD, comptes administratifs, tableaux de bord mensuels de suivi budgétaire, contrat de retour à l'équilibre financier et ses avenants, tableaux de bord de suivi de ce contrat, etc.).

L'essentiel de mon travail a cependant résidé dans la conduite de projet. Les deux dossiers qui ont alimenté ce travail m'ont placée en situation de chef de projet. L'objectif fixé était la mise en œuvre de dispositifs déjà actés par la direction du CHU. Il s'agissait de procéder à la traduction concrète d'une intention définie et non à son étude de faisabilité. Pour ces deux missions, il a fallu réaliser un travail dit « en chambre » de recueil et traitement de données. Ces éléments ont principalement été obtenus auprès de la direction du contrôle de gestion et de la direction de la facturation (requêtes du système d'information), auprès des directeurs des soins et cadres de santé (entretiens), auprès des services cliniques (réunions techniques) et auprès des autres établissements de santé. Pour chacun des dossiers, un benchmark inter CHR/CHU a été mené, soit par sollicitation bilatérale des directeurs des affaires financières (courriel ou téléphone), soit par envoi généralisé d'un questionnaire approuvé par la direction du CHU de Nancy (courriel). Toutefois, cette démarche m'a

principalement menée à accomplir un important travail de terrain. Celui-ci a consisté en la mise en place et l'animation d'un groupe technique, en l'identification et la sollicitation de personnes ressources, en la conception de plans d'actions, en l'élaboration et l'utilisation d'outils de suivi des projets, en la conduite d'actions de promotion et de pédagogie, puis en la proposition de dispositifs d'évaluation de ces chantiers. C'est pourquoi ce mémoire traite avant tout de la question de l'optimisation des produits facturables aux patients sous l'angle du management et de la gestion de projet.

Cette étude traduit donc les deux temps de ma démarche. L'analyse des récentes évolutions des modalités de financements des établissements publics de santé montrera pourquoi le CHU de Nancy doit aujourd'hui prêter une attention particulière aux produits facturables aux patients (I). Puis, la présentation des actions menées en 2010 sur la politique tarifaire du CHU de Nancy permettra d'identifier les autres leviers d'optimisation des recettes versées par les patients (II).

1. Face aux récentes évolutions des modalités de financement des établissements publics de santé, le CHU de Nancy doit désormais prêter une attention particulière aux produits facturables aux patients

La nécessité, pour le CHU de Nancy, de s'engager dans une démarche d'optimisation des produits facturables aux patients trouve son origine dans le changement de paradigme budgétaire et financier amorcé en 2004. En effet, les différentes réformes du mode de financement et du cadre budgétaire des établissements publics de santé mettent l'accent sur l'activité plutôt que sur les dépenses. C'est d'ailleurs ce qui a poussé le CHU de Nancy à prêter une attention particulière aux produits versés par son premier débiteur : l'assurance maladie. Cependant, ces efforts semblent désormais insuffisants, de sorte que les marges de manœuvre du CHU de Nancy résident à présent dans les produits facturables aux patients.

1.1. L'évolution des modalités de financement des établissements publics de santé a conduit les hôpitaux à s'engager dans une démarche d'optimisation des recettes

Pour comprendre l'attention que doit aujourd'hui prêter le CHU de Nancy aux produits facturables aux patients, il convient de revenir sur l'origine et les dernières traductions réglementaires de ce changement de paradigme.

1.1.1. Le volet financement du plan « Hôpital 2007 » oblige les établissements publics de santé à prêter une attention particulière aux produits versés par l'assurance maladie

Annoncé dès novembre 2002 en conseil des ministres, le plan « Hôpital 2007 » est composé de trois volets :

- La simplification et le renforcement de la planification sanitaire ;
- La rénovation du financement et du régime budgétaire et comptable des hôpitaux ;
- La nouvelle gouvernance.

C'est le deuxième volet, avec pour réformes phares l'EPRD et la tarification à l'activité (T2A), qui oblige les hôpitaux à s'inscrire dans une démarche d'optimisation de leurs recettes.

1.1.1.1. L'état prévisionnel des recettes et des dépenses et l'exigence d'équilibre renouvelée

L'ordonnance du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé³ remplace le budget limitatif par l'état prévisionnel des recettes et des dépenses ou EPRD. Ce nouvel outil inverse le mécanisme budgétaire. C'est à partir des prévisions d'activité que sont établies les prévisions de produits, puis les prévisions de charges et enfin les prévisions de moyens. En mettant ainsi l'accent sur les recettes, l'EPRD signe le passage d'une culture budgétaire à une culture financière. Cet outil a vocation à offrir d'avantage de souplesse de gestion aux EPS.

L'EPRD renouvelle donc l'exigence d'équilibre qui est désormais déterminé par les recettes. Plus précisément, seul le compte de résultat prévisionnel principal « *peut prévoir un déficit si le prélèvement sur le fonds de roulement qui résulte du tableau de financement prévisionnel est compatible avec la situation financière et patrimoniale de l'établissement et avec le plan global de financement pluriannuel annexé à l'état des prévisions de recettes et de dépenses* » (art. R6145-11 du CSP). Autrement dit, si et seulement si les ressources stables de l'établissement sont supérieures à ses emplois stables, il est possible de prévoir des dépenses supérieures aux recettes de l'exercice. Plus encore, comme le rappelle la circulaire du 16 juillet 2008 relative à l'équilibre financier des établissements de santé⁴, cette dérogation doit garder un caractère exceptionnel, être rigoureusement justifiée et ne pas compromettre le respect des obligations de l'EPS par rapport aux tiers. De même, ce prélèvement sur le fonds de roulement ne doit pas conduire à une augmentation de l'endettement financier. L'ensemble de ces précautions invite donc les hôpitaux à présenter un équilibre budgétaire assis sur ses prévisions de recettes.

Malgré l'exigence d'équilibre budgétaire qui demeure un équilibre prévisionnel, il est possible de constater un déséquilibre financier. Là encore, le cadre réglementaire prévoit des mesures contraignantes pour les hôpitaux. En effet, la même ordonnance du 2 mai 2005 précise que le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH)⁵ peut demander au conseil d'administration⁶ de présenter un plan de redressement, voire mettre en demeure l'établissement de prendre des mesures de redressement « *lorsqu'il estime que la situation financière de l'établissement l'exige* » (art. L6143-3 du CSP). Depuis la loi de financement de

³ Ordonnance n°2005-406.

⁴ Circulaire WDHOS/F2/2008/233.

⁵ Directeur de l'ARS depuis la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

⁶ A l'établissement de santé depuis loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

la sécurité sociale pour 2008⁷, le directeur de l'ARH devenu directeur de l'ARS n'évalue plus librement la nécessité de demander un plan de redressement⁸. Il y est à présent tenu dès lors que l'un des critères suivants est rempli (art. D6143-39 du CSP) :

- Pour les établissements dont le total des produits du compte de résultat principal excède dix millions d'euros, le compte de résultat principal présente un résultat déficitaire supérieur à 2 % pour les CHR/CHU et les établissements dont les emplois de directeur sont des emplois fonctionnels ou à 3 % pour les autres établissements ;
- Pour les établissements dont le total des produits du compte de résultat principal excède dix millions d'euros, le compte de résultat principal présente un résultat déficitaire et, soit la capacité d'autofinancement de l'établissement représente moins de 2 % du total des produits, toutes activités confondues, de l'établissement, soit l'établissement présente une insuffisance d'autofinancement; la capacité d'autofinancement de l'établissement est insuffisante pour couvrir le remboursement en capital des emprunts.

Ce plan de redressement conduit à la signature d'un contrat de retour à l'équilibre financier ou CREF qui constitue un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre les ARH devenues ARS et les EPS (art. L6143-3 du CSP).

L'exigence d'équilibre financier telle qu'issue de la réforme de l'EPRD est d'autant plus forte que les hôpitaux sont tenus de présenter des comptes sincères. Ce principe, exposé dans le tome 1 de l'instruction dite M21⁹, trouve aujourd'hui sa consécration avec la mise en place de la certification des comptes des EPS. Suite à la loi dite HPST du 21 juillet 2009¹⁰ (et au nouvel article L6145-16 du CSP), le dispositif de certification des comptes devrait intervenir au plus tard sur les comptes de 2014. Les décrets d'application sont ainsi attendus prochainement.

On comprend donc que la réforme de l'EPRD a largement renforcé l'exigence d'équilibre en augmentant la contrainte qui pèse sur les EPS. Cet équilibre devant être construit à partir des prévisions de recettes, cette réforme oblige donc les hôpitaux à s'inscrire dans une dynamique d'optimisation de leurs recettes. La réforme du financement des

⁷ Loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007.

⁸ L'article L6143-3 du CSP, dans sa rédaction issue de la loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 ne laissait plus au directeur de l'ARH la liberté d'apprécier la nécessité de demander un plan de redressement. La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires modifie la rédaction de l'article pour réintroduire cette liberté tout en maintenant la contrainte lorsque l'un des critères présentés ci-dessus est constaté.

⁹ Instruction budgétaire et comptable applicable aux établissements publics de santé annexée à l'arrêté du 15 mai 2008 portant modification de l'arrêté du 30 octobre 2006 relatif à l'instruction budgétaire et comptable M. 21 des établissements publics de santé.

¹⁰ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

hôpitaux avec le passage à la T2A, autre mesure du plan « Hôpital 2007 », ne fait qu'augmenter cet impératif.

1.1.1.2. La tarification à l'activité et son impact sur les recettes de titre 1

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2004¹¹ réforme le mode de rémunération des établissements de santé. Les EPS, jusque là financés par le versement d'une dotation globale de fonctionnement¹², voient désormais leurs recettes déterminées en partie par leur activité. En effet, jusque là, le montant de la dotation globale était déterminé par le montant de l'année précédente augmenté selon un taux directeur national fixé par les ministres concernés en fonction des hypothèses économiques générales dont les révisions de prix et de salaires. Plus encore, la dotation globale était calculée en déduisant les recettes d'autres natures, et notamment celles relatives à la facturation des soins pour les malades non couverts par un régime d'assurance maladie ou celles relatives à la participation laissée à charge des assurés sociaux¹³. Un système de compensation entre les recettes de groupe 1 et 2, c'est-à-dire entre la part à charge de l'assurance maladie et la part supportée par les patients, désincitait à l'optimisation des produits facturables aux patients. Plus précisément, la dotation globale était calculée à partir d'un montant global de recettes auquel était appliqué le taux de facturation à l'assurance maladie constatée l'année précédente. Si l'activité était plus importante, les produits versés par les patients au titre des restes à charge (recettes de groupe 2) dépassaient le montant prévisionnel. Une neutralisation sur le résultat et la trésorerie était donc réalisée, en diminuant le montant reçu au titre de la dotation globale. Autrement dit, afin de ne pas voir leur dotation globale diminuée, les établissements avaient tout intérêt à minorer leur activité ou tout du moins la facturation de cette activité aux assurés sociaux.

Avec la tarification à l'activité, les établissements de santé disposent à présent, pour leurs activités de médecine, chirurgie et obstétrique, de trois types de ressources financées par l'assurance maladie : des ressources liées à l'activité, des ressources liées en partie à l'activité (notamment pour les urgences et les prélèvements d'organes), et les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC). L'activité est mesurée par le système d'information, puis rémunérée via :

- des tarifs par séjours : groupes homogènes de séjours (GHS), groupes homogènes de tarifs (GHT), suppléments journaliers pour certaines activités lourdes autorisées (réanimation, soins intensifs, surveillance continue, etc.) ;

¹¹ Loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003.

¹² Système mis en place par la loi n°83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale (mesures destinées à combler le déficit de la sécurité sociale).

¹³ Méthodologie de calcul prévue par l'article 34 du décret n°83-744 du 11 août 1983 relatif à la gestion et au financement des établissements d'hospitalisation publics et privés participant au service public hospitalier.

- des suppléments unitaires : molécules onéreuses (MO) ou dispositifs médicaux implantables (DMI) ;
- des tarifs par prestation : consultations et actes externes, passages aux urgences sans hospitalisation, accueil et traitement des urgences (ATU), hospitalisation à domicile, prélèvements d'organes ;
- des forfaits annuels liés en partie à l'activité : urgences, forfait annuel des urgences (FAU), coordination des prélèvements d'organes et greffes.

La réforme du mode de financement et la réforme budgétaire sont donc totalement complémentaires : toutes deux, en mettant l'accent sur l'activité, ont vocation à promouvoir d'abord un pilotage des recettes, avant de se pencher sur les dépenses. Cette exigence trouve aujourd'hui une nouvelle actualité dans le cadre du projet de facturation directe à l'assurance maladie que prévoyait déjà la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004.

1.1.2. Le projet de facturation directe à l'assurance maladie (FIDES) renouvelle l'intérêt qui doit être porté à l'optimisation des recettes

La réforme de la T2A prévoyait déjà, pour les EPS, la mise en place d'une facturation directe et individuelle à l'assurance maladie pour les prestations de santé, qu'il s'agisse des séjours, des actes ou encore des consultations externes. En effet, l'esprit de la réforme de 2004 consistait à rapprocher les secteurs publics et privés en leur appliquant des modalités de financement communes. La facturation individuelle et directe à l'assurance maladie n'est donc qu'un prolongement « *naturel* » du processus de convergence enclenché avec la T2A, comme le souligne le rapport de l'IGAS sur le sujet¹⁴.

Ce projet devait initialement voir le jour au 1^{er} janvier 2006. Il a été reporté et est aujourd'hui attendu pour le 1^{er} juillet 2011¹⁵. Dans son rapport sus cité, l'IGAS explique ce retard de déploiement par « *la nécessité de mettre en œuvre de nouvelles priorités issues des LFSS 2005 à 2008* » et les « *difficultés rencontrées dans le conduite du projet lui-même* »¹⁶. Un projet d'expérimentation du dispositif, dit FIDES, vient d'être lancé. 55 établissements parmi plus de 100 candidats ont été retenus le 23 juillet dernier pour une expérimentation à partir d'avril 2011. Cette actualité renforce plus encore la nécessité, pour les EPS, de s'inscrire dans une démarche d'optimisation de leurs recettes de titre 1 mais aussi de titre 2.

¹⁴ ABALLEA P., DELAHAYE-GUILLOCHEAU V. GATIER J., *Le passage à la facturation directe des établissements de santé anciennement sous dotation globale*, p.19.

¹⁵ Cf. article 54 de la loi n°2008-1330 du 1^{er} décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009.

¹⁶ ABALLEA P., DELAHAYE-GUILLOCHEAU V. GATIER J., *op. cit.*, p.6.

1.1.2.1. En instaurant la facturation au fil de l'eau à l'assurance maladie, le projet FIDES met à nouveau l'accent sur la qualité des produits versés par l'assurance maladie

Dans l'attente du déploiement de la facturation directe à l'assurance maladie, un dispositif transitoire a été mis en place dès l'entrée en vigueur de la réforme de la T2A. Le recueil d'activité est transmis mensuellement¹⁷ à l'agence technique de l'information hospitalière (ATIH). Celle-ci procède alors au contrôle et à la valorisation des séjours et de l'activité externe. Ce sont les ARH devenues ARS qui, sur la base des informations fournies par l'ATIH, prennent les arrêtés de financement qui seront ensuite réglés par la caisse pivot de l'établissement. Dans ce dispositif, la facturation est donc agrégée (lots mensuels anonymisés) et indirecte (information traitée par l'ATIH et les ARS plutôt que par les caisses gestionnaires).

Le principal enjeu de la facturation directe porte sur les rejets de factures. Aujourd'hui, les contrôles de l'assurance maladie ne sont pas exhaustifs et se déroulent *a posteriori*, après versement par les caisses pivots. Dans le projet, ce contrôle devient *a priori*, c'est-à-dire avant liquidation et paiement. Or, à l'heure actuelle les quelques informations déjà transmises directement à l'assurance maladie, via le flux B2, connaissent un taux de rejet non négligeable au CHU de Nancy : 13% en 2009 pour l'activité d'hospitalisation. Cela concerne les produits facturables à l'assurance maladie mais hors T2A, à savoir : la part couverture maladie universelle (CMU) complémentaire, les factures relatives aux relations internationales et aux bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat (AME), les rétrocessions de médicaments et les forfaits techniques en cas de co-utilisation passent par la norme B2.

On comprend donc que la généralisation du dispositif à toutes les recettes versées par l'assurance maladie pourrait générer un défaut de trésorerie en retardant une partie importante des versements. Pour l'année 2009, les recettes de titre 1 hors MIGAC et dotation annuelle de financement, c'est-à-dire les produits versés par l'Assurance Maladie, s'élevaient à 339,7 millions d'euro (339.722.303 exactement). L'importance de cette assiette, conjuguée avec le taux de rejet important constaté aujourd'hui sur la norme B2, induirait une perte de trésorerie de plus de 44,1 millions d'euro (44.163.899 euro précisément).

Dans ces conditions, le projet FIDES s'inscrit dans la logique induite par la T2A. Il incite plus encore les EPS à optimiser les produits reçus de l'assurance maladie (recettes de titre 1).

¹⁷ De 2004 à avril 2007, la transmission n'était que trimestrielle.

1.1.2.2. A l'issue du projet FIDES, de nouvelles règles de calcul du ticket modérateur devraient voir le jour et influencer les recettes de titre 2

Le projet FIDES n'est pas non plus sans incidence sur les autres produits de l'activité hospitalière (recettes de titre 2). Les établissements de santé auront tout intérêt à mettre en cohérence leur rythme de facturation aux différents débiteurs afin d'avoir une chaîne de facturation performante dans son intégralité. Autrement dit, le projet FIDES doit être l'occasion d'optimiser le recouvrement des recettes de titre 2 auprès des patients et des mutuelles.

Par ailleurs, à l'issue du projet FIDES, les règles de calcul du ticket modérateur pourraient être revues. Réforme corollaire du projet de facturation directe à l'assurance maladie, la révision des modalités de calcul du ticket modérateur a été évoquée dès 2005. En effet, dans une note à l'attention du Ministre de la santé et des solidarités datée du 8 novembre 2005, Jean Castex, alors directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, plaidait pour « *l'assujettissement du ticket modérateur au tarif du GHS* »¹⁸. Son propos s'inscrit dans le cadre de la suppression du taux de conversion, qui a finalement été effective en 2007¹⁹. Jusque là, les données d'activité transmises à l'ATIH étaient déconnectées des données administratives relatives au niveau de couverture sociale du patient. Il était donc appliqué un taux moyen de prise en charge des prestations par l'assurance maladie, établi sur la base du rapport entre les anciennes recettes de groupes 1 et 2 : le taux de conversion. Aujourd'hui, c'est bien le taux réel de prise en charge par l'assurance maladie qui est appliqué aux GHS. Or, le complément, c'est-à-dire le ticket modérateur, n'est pas calculé sur la même assiette mais sur les tarifs journaliers de prestation. La facturation individuelle à l'assurance maladie donne une nouvelle actualité au projet d'asseoir le calcul du ticket modérateur sur les GHS. Ce changement devrait intervenir au 31 décembre 2012, conformément à ce que prévoit l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009²⁰.

Là encore, la perte de recettes est potentiellement importante au CHU de Nancy. Une étude de la direction du contrôle de gestion, portant sur 748 GHS différents pour 3.003 séjours²¹, a permis de comparer ces deux assiettes de calcul du ticket modérateur sur l'année 2009. Cette étude concernait en fait l'évaluation de l'impact financier qu'aurait une facturation des dossiers hors assurance maladie sur la base des tarifs des GHS. A l'heure actuelle, pour les patients étrangers, frontaliers ou couverts par des assurances privées, les séjours sont facturés intégralement sur la base des tarifs journaliers de prestation. Cette analyse a concerné tous les séjours hors assurance maladie de l'année 2009. Chaque fois, ont été appliqué au tarif du GHS :

¹⁸ Note N°01677-DHOS du 8 novembre 2005 à l'attention de Monsieur le Ministre de la santé et des solidarités, p.3.

¹⁹ C'est la circulaire N°DHOS/F1/F4/2007 du 21 mars 2007 qui fixe les conditions de la suppression du taux de conversion.

²⁰ Loi n°2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009.

²¹ Alors que le CHU comptait 111.433 dossiers pour 2143 GHS différents pour l'ensemble de son activité, cette même année.

- La durée du séjour pour prendre éventuellement en compte les suppléments bornes hautes ;
- Le coefficient de transition en fonction de la date de sortie du patient ;
- L'ajout des montants des molécules onéreuses et dispositifs médicaux implantables facturés en sus (retrouvés grâce au numéro d'IEP et du fichier FICHCOMP).

Pour que la comparaison soit rigoureuse, aux montants réellement facturés (et donc calculés sur la base du TJP) ont été retranchés les montants relatifs aux prestations telles que les repas accompagnant, le téléphone, etc. De même, les dossiers protocoles et donneurs vivants ne donnant pas lieu à facturation ont été isolés²².

L'écart est de l'ordre de 9 millions d'euro²³ sur un an, en faveur du tarif journalier de prestation. Ce constat est vrai pour des séjours très longs comme pour des prises en charge en ambulatoire²⁴. Cette comparaison, dont l'objet initial ne portait certes pas sur le calcul du ticket modérateur, incite encore plus fortement à prêter une attention particulière aux recettes de titre 2.

Ainsi, le projet FIDES renouvelle l'attention qui doit être portée aux recettes de titre 1 et 2. Plus globalement, le contexte règlementaire relatif au financement des EPS, tel qu'il a évolué depuis 2005, inscrit les hôpitaux dans une dynamique nouvelle : celle d'une gouvernance axée sur les recettes. Dès lors, le CHU de Nancy a fait sienne cette logique en s'engageant dans une démarche d'optimisation des produits versés par l'assurance maladie principalement.

1.2. Dans ce contexte, l'attention portée par le CHU de Nancy à ses recettes liées à l'activité semble aujourd'hui insuffisante

C'est en effet cette pression règlementaire qui explique que le CHU de Nancy ait mis en place une véritable gestion de projet sur les produits versés par l'assurance maladie. Cet effort, doit pourtant être complété par d'autres actions afin de faire face à une situation financière que la chambre régionale des comptes a qualifiée de « *très dégradée* »²⁵ dans son dernier rapport sur le CHU de Nancy. L'essentiel des leviers relatifs aux produits versés par

²² Respectivement 22 et 346 dossiers.

²³ 8.895.327 euro exactement. La même étude indique une perte potentielle de 5.334.753 euro à fin juin 2010.

²⁴ Par exemple, pour une chimiothérapie pour tumeur, le GHS rémunère la prise en charge à 396 euro quand le TJP conduit à un financement à hauteur de 2.075 euro. De même, pour une craniotomie en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 4, le GHS implique une rémunération de 39.276 euro alors que le montant encaissé pour un patient hors assurance maladie s'élevait, en 2009, à 209.058 euro (calculé sur la base du TJP).

²⁵ CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES DE LORRAINE, 2010, *Rapport d'observations définitives. Centre Hospitalier Universitaire de Nancy*, p.5.

l'assurance maladie (titre 1) ayant été actionnés, il convient à présent d'explorer les voies d'optimisation des produits facturables aux patients et à leurs mutuelles.

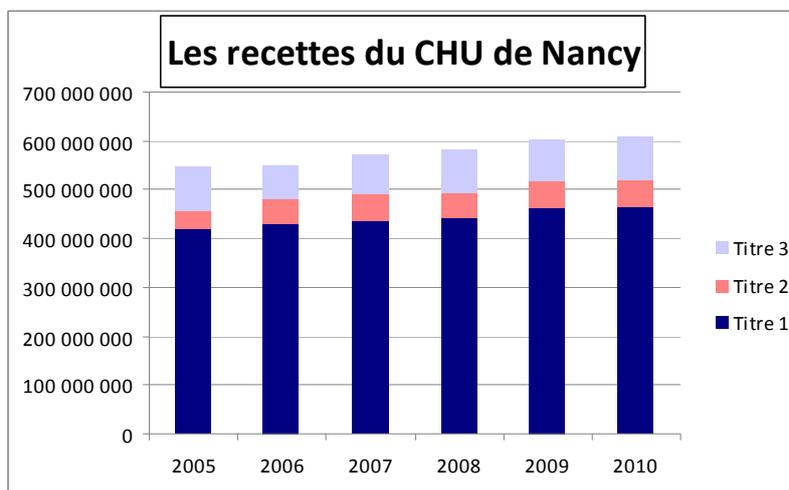
1.2.1. Le CHU de Nancy s'est engagé sur plusieurs chantiers d'optimisation de ses recettes en orientant toutefois l'essentiel de ses efforts sur les produits versés par l'assurance maladie

Au titre des actions de développement des ressources, le CHU de Nancy s'est surtout distingué par la priorité largement donnée aux produits versés par l'assurance maladie. Quelques chantiers relatifs aux autres débiteurs méritent toutefois d'être évoqués.

1.2.1.1. Au CHU de Nancy, l'effort a rapidement porté sur les produits de l'assurance maladie

Lors de la première année de mise en œuvre de la T2A, les produits versés par l'assurance maladie représentaient 76,78% du budget d'exploitation du CHU de Nancy. On comprend donc que l'exigence d'équilibre renouvelée avec l'EPRD, conjuguée aux nouvelles règles de rémunération des hôpitaux par l'assurance maladie, a conduit le CHU à concentrer son attention sur ce débiteur-là. L'enjeu portait alors sur 419,1 millions d'euro (419.124.777 exactement).

Depuis, les produits versés par l'assurance maladie ne sont jamais passés sous la barre des 75%.



1.2.1.1.1. La mise en place d'une véritable gestion de projet autour de la facturation à l'activité (F2A)

Toutefois, il est intéressant de remarquer que la part des recettes relatives à la tarification des séjours²⁶ n'a cessé de diminuer, passant de 55,66% en 2005 à 50,27% en

²⁶ Compte 73111.

2009. Cette chute, nous le verrons, ne s'explique pas tant pas une baisse de l'activité mais plutôt par les révisions régulières des tarifs et classifications. D'où l'intérêt d'avoir mis en place une gestion de projet sur les échanges d'informations avec l'assurance maladie.

Pour comprendre cette démarche, il convient au préalable de présenter le circuit de valorisation de l'établissement, à partir duquel ont été mis sur pied différents groupes techniques.

1.2.1.1.1.1. Le circuit de valorisation au CHU de Nancy

Le schéma synthétisant les différents processus de transmission des données à l'ATIH, pour valorisation, est disponible en annexe 2.

Le premier processus de transmission de données est relatif au fichier VID-HOSP. Il s'agit des variables identifiantes des personnes prises en charge au CHU ainsi que, dans le même enregistrement, l'identifiant de séjour hospitalier (numéro d'hospitalisation ou identifiant permanent du malade). Ces informations permettent en fait de connaître la situation du patient au regard de l'assurance maladie. Ce processus est alimenté par la gestion administrative des malades, qu'elle soit utilisée par les bureaux des entrées ou les services de soins (pour tout ce qui concerne l'enregistrement des mouvements par exemple).

Le deuxième processus concerne le fichier RSS ou résumé de sortie standardisé. Il s'agit de la transmission des données relatives au programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Y sont mentionnés les motifs de soins (diagnostics, codés selon la classification internationale des maladies ou CIM 10) et actes (codés selon la classification commune des actes médicaux ou CCAM) réalisés au cours du séjour. Transmis sous une forme anonymisée (RSA) via la plate-forme e-pmsi, ce fichier a pour fonction principale l'envoi des données médicales relatives aux séjours des patients. Il est donc alimenté, par le département de l'information médicale (DIM), à l'aide des différents outils de recueil de l'activité, utilisés par les praticiens.

Le troisième processus porte sur le fichier FICHCOMP, c'est-à-dire le fichier retraçant les consommations des molécules onéreuses et dispositifs médicaux implantables, rémunérés en sus des tarifs par séjours. Le fichier est alimenté par les outils utilisés par la pharmacie et les services de soins. Il est transmis à la tutelle avec les RSA.

Le quatrième processus est relatif au fichier FICHSUP ou fichier informatique supplémentaire d'information. Depuis le 1^{er} janvier 2009²⁷, il porte sur les actes hors nomenclature (BHN et PHN). Il est également transmis avec les RSA.

²⁷ Arrêté du 20 janvier 2009 modifiant l'arrêté du 22 février 2008 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique. Auparavant, il concernait également les IVG, ATU, FFM, FSE et MO et DMI.

Le dernier processus concerne le fichier RSF-ACE : le résumé standardisé de facturation des actes et consultations externes. Ce sont les informations qui permettront la facturation des ATU, forfait de « petit matériel » (FFM), forfait sécurité et environnement (FSE) et des actes et consultations externes (en nomenclature générale des actes professionnels ou NGAP et CCAM).

Chacun de ces fichiers est alimenté par une ou plusieurs composantes du système d'information du CHU, comme le décrit le haut de schéma figurant en annexe 2. Les informations sont ensuite retraitées en interne, avant transmission mensuelle à l'ATIH. Ces processus de traitement ont été établis après la mise sur pied de plusieurs groupes techniques chargés du suivi de chaque processus. Alors que traditionnellement le contrôle de gestion porte sur les dépenses, le CHU de Nancy se distingue ainsi en appliquant une démarche d'analyse de gestion à ses recettes. En effet, l'objectif est double :

- Réaliser un contrôle qualité sur les informations transmises à l'ATIH ;
- Déceler les gisements potentiels de recettes en assurant un suivi détaillé et des informations transmises via les tableaux de contrôle issus de la plateforme e-pmsi.

1.2.1.1.2. Le groupe technique F2A

Le groupe F2A est le premier de ces groupes techniques à avoir vu le jour. Sa mise en place date de 2006, lorsque le directeur du contrôle de gestion actuel a pris ses fonctions au CHU de Nancy. Les objectifs qui lui ont été assignés sont doubles :

- Définir les modalités de mise en œuvre des réformes liées à la loi relative à l'assurance maladie et à la tarification à l'activité ;
- Elaborer une nouvelle chaîne de facturation permettant à terme d'établir une facturation individuelle à l'assurance maladie obligatoire des séjours (GHS et suppléments) et des soins externes.

Véritable enceinte de dialogue entre tous les acteurs de la valorisation, il regroupe des représentants :

- De la direction du contrôle de gestion ;
- De la direction de la facturation ;
- De la direction du système d'information ;
- Du département de l'information médicale ;
- Du réseau des assistants de gestion des pôles.

Dans le cadre de ce groupe technique, plusieurs niveaux de contrôles ont été mis en place et suscitent la production d'indicateurs et de tableaux de bord.

Le premier niveau de contrôle est effectué par la direction de la facturation et concerne le VIDHOSP. L'appariement entre le fichier des RSS et le VIDHOSP génère parfois

des rejets qui peuvent être corrigés. En effet, il existe des dossiers présents dans le fichier des RSS mais pas dans le VIDHOSP. Il y a donc une recherche manuelle des dossiers concernés pour comprendre les rejets. Il peut s'agir : de dossiers annulés seulement dans le logiciel de gestion administrative des malades ; de dossiers de patients arrivés aux urgences puis hospitalisés mais pour lesquels la bascule d'information administrative n'a pas été faite entre les différentes composantes du système d'information ; de dossiers de patients attendus pour une prise en charge en externe mais finalement hospitalisés ; etc.

Une fois ce contrôle effectué, les données sont envoyées sur la plateforme e-psmi. Deux autres types de contrôle ou d'analyse ont ensuite lieu.

Ainsi, le deuxième niveau de contrôle, effectué par le DIM, consiste en la production d'indicateurs mensuels compilés dans un rapport. Il s'agit d'étudier les informations transmises à l'ATIH pour le fichier VIDHOSP/RSS, le fichier RSF-ACE et le fichier FICHSUP, afin d'identifier toute baisse d'activité ou défaut de transmission. Ce travail est alimenté par l'analyse des tableaux dit MAT2A (mesure de l'activité hospitalière – tarification à l'activité)²⁸ et par des extractions du progiciel utilisé au CHU de Nancy pour produire le RSS. Sur la production, sont donc suivis le nombre de résumés d'unité médicale (RUM) et RSS produits, avec un détail par types de séjour (séjour de plus de 24 heures, de moins de 24 heure et RSS de séance). Des indicateurs relatifs à l'exhaustivité ont aussi été mis en place²⁹. Des indicateurs relatifs à la valorisation sont également regardés mensuellement et notamment : le nombre de RSA transmis et valorisés ; la distribution des taux de remboursement ; la valorisation des séjours et séances ; le nombre et la valorisation des interruptions volontaires de grosses (IVG), ATU, FSE, actes et consultations comparés à la même période de l'an passé ; l'estimation des séjours non transmis ; le nombre de suppléments valorisés et l'indicateur de performance de la durée moyenne de séjour (DMS). Le suivi met toujours en regard les résultats avec ceux des trois années précédentes.

Le dernier niveau de contrôle est effectué par la direction du contrôle de gestion qui procède à une analyse mensuelle de la valorisation T2A. A ce titre, plusieurs indicateurs sont suivis dans le tableau de bord global de l'établissement (*cf.* annexe 3 pour quelques extraits de ce tableau de bord). Cette analyse sert ensuite à faire certains retraitements pour que la comparaison avec l'année précédente reflète vraiment la progression de l'activité. En effet, des corrections sont effectuées pour appliquer les mêmes taux d'exhaustivité, taux de facturation et taux de prise en charge. En jouant sur chacun de ces facteurs, il est ainsi possible d'identifier d'où provient l'augmentation ou la diminution des produits versés par l'assurance maladie. L'objectif est donc triple. Premièrement, il s'agit, au besoin, de concevoir

²⁸ Pour l'année 2010 tableaux 04C, 19, 28E, 32A, 32C, 33A, 51A, 55A, 57B, 58A.

²⁹ Le taux d'exhaustivité des RUM et des RSS par clôture ; la comparaison de l'exhaustivité des RSS par clôture sur les 2 dernières années ; le taux d'exhaustivité par service et par pôle.

des plans d'action pour corriger certaines lacunes. C'est ainsi que le groupe technique F2A s'est attaché, en 2010, à améliorer la récupération des affections longue durée (ALD) en attente et à optimiser le codage des actes médico-infirmiers (AMI) pour l'activité externe. Des procédures ont ainsi été rédigées et leur mise en œuvre est suivie par le groupe. De même, le directeur général (DG) et le président de la commission médicale d'établissement ont pu procéder, sur la base de cette analyse mensuelle, à des relances institutionnelles auprès des services de soins pour améliorer la qualité de la valorisation des suppléments de réanimation, soins intensifs et soins continus. Ce travail a aussi permis d'accélérer la saisie des MO et DMI. Le deuxième objectif réside bien dans l'estimation annuelle des recettes T2A pour les besoins de l'EPRD. Enfin, cette analyse a aussi vocation à enrichir les tableaux de bord institutionnels.

Les réunions mensuelles du groupe technique F2A sont également l'occasion d'analyser la base inter CHU/CHR de Montpellier sur les recettes T2A³⁰ afin de positionner l'établissement nancéien.

D'autres groupes techniques, plus ciblés, ont ensuite été mis sur pied.

1.2.1.1.1.3. Les groupes connexes

1.2.1.1.1.3.1. Le groupe Fichcomp

Le groupe Fichomp, mis en place peu de temps après le groupe technique F2A, est chargé des contrôles qualité quant aux données transmises sur la plateforme e-psmi pour la valorisation des molécules onéreuses et dispositifs médicaux implantables. Il est composé de représentants :

- Du pôle pharmacie – stérilisation ;
- De la direction du contrôle de gestion ;
- De la direction de la facturation ;
- de la direction du système d'information ;
- Du département de l'information médicale.

Le groupe passe en revue les écarts constatés entre le fichier Fichcomp et le fichier préFichcomp. Ce dernier est constitué par la direction du système d'information (DSI), en partenariat avec la pharmacie et le DIM. Il résulte de l'extraction des consommations datées de médicaments appariées ensuite aux RSS sortis sur la période à déclarer. Pour constituer ce fichier, plusieurs traitements sont réalisés telles que l'exclusion des ventes extérieures et des médicaments ou dispositifs. Le fichier présente donc toutes les consommations de médicaments ou dispositifs (telles qu'enregistrées dans les logiciels de la pharmacie) qui ont pu être associées à un séjour. Autrement dit, les équipes du CHU effectuent le travail qui sera

³⁰ <https://baseinterchu.chu-montpellier.fr/public/> [visité le 02/07/2010].

ensuite réalisé sur la plate-forme e-pmsi. Cette simulation de l'appariement sert à mettre en exergue les MO et DMI qui feront l'objet d'un rejet par l'ATIH. Cette base de données est analysée mensuellement par le groupe technique afin de chercher l'explication du défaut d'appariement. Il peut s'agir : de médicaments livrés par la pharmacie mais périmés avant administration (perfusions par exemple) ; d'échanges de produits défectueux ; de produits cassés (flacons ou dispositifs médicaux) ; de dispositifs stockés dans les blocs opératoires (donc livrés par la pharmacie mais non consommés). Les cas qui ne trouvent pas d'explication peuvent résulter de problèmes d'interface entre les composantes du système d'information.

Ce travail sert ainsi à l'élaboration de plans d'action pour limiter au plus les défauts de valorisation. Par ailleurs, grâce à cette analyse, des rattrapages peuvent être réalisés par la procédure dite LAMDA (logiciel d'aide à la mise à jour des données d'activité).

1.2.1.1.3.2. Le groupe mouvement

Le groupe technique F2A, comme évoqué précédemment, procède aux contrôles relatifs à l'appariement entre le fichier des RSS et le VIDHOSP. Les défauts d'appariement peuvent notamment être dus à une mauvaise qualité du mouvement dans le logiciel de gestion administrative des malades. Ainsi l'amélioration de la qualité du mouvement figure au titre des actions CREF. Un groupe projet a donc été mis sur pied dès janvier 2010 pour :

- Clarifier les rôles et procédures ;
- Définir un plan d'action d'amélioration de la qualité du mouvement ;
- Bâtir des indicateurs de suivi de la qualité du mouvement ;

Il regroupe mensuellement :

- La direction de la facturation ;
- La direction du système d'information ;
- Le département de l'information médicale ;
- La direction des soins.

L'établissement réalisait déjà, depuis 1995, un contrôle administratif du PMSI. Ces contrôles, portant par exemple sur les séjours dont la date de sortie et le mode de sortie étaient incohérents, étaient réalisés par un agent de la direction de la facturation. Après enquête sur chaque dossier, cet agent corrigeait les anomalies dans le logiciel de gestion administrative des malades. Le changement partiel du système d'information prévu pour 2011 a remis en cause ces processus au point que les contrôles ont tous dus être redéfinis. Ainsi, depuis sa mise en place, le groupe mouvement a réalisé une cartographie des erreurs selon qu'elles soient automatiquement détectées ou non par le logiciel de gestion administrative des malades. A partir de ce travail, le rôle de chaque acteur a été défini et des procédures de contrôles manuels systématiques sont en cours d'élaboration. Une cellule DIM – direction de la facturation devrait notamment voir le jour pour assurer ces contrôles. Parmi ces

vérifications, on peut par exemple citer les cas où l'hospitalisation s'est transformée en soins externes tardivement (ou l'inverse). Ce cas de figure n'étant pas détecté par le logiciel, ce sera le DIM qui, constatant un RUM vide, alertera la direction de la facturation pour enquête sur le dossier et correction. De même, au titre du plan d'action, des formations et messages de sensibilisation à destination du personnel soignant sont prévus.

Ce travail de rédaction de toutes les procédures de contrôles doit s'achever en octobre 2010, date à laquelle la construction d'indicateurs de suivi de la qualité du mouvement sera amorcée. Ces indicateurs serviront notamment à identifier les services de soins pour lesquels on compte le plus d'erreurs de mouvement.

1.2.1.1.2. Un important chantier de recodage a permis un gain de plus de 4 millions d'euro en 2009

Rapidement après son arrivée, le directeur général du CHU a mis en place un audit sur le codage et la valorisation de l'activité rémunérée par la T2A. Cette étude a révélé que 31% des séjours étaient mal codés. Suite à ce diagnostic, une action de recodage, confiée à une société extérieure, a été déployée sur la fin de l'année 2009. Le gain généré s'est élevé à 4,2 millions d'euro (4.206.783,13 euro précisément). Le chantier est poursuivi en 2010 et l'établissement espère obtenir un rattrapage du même ordre que l'année passée. Plus encore, cet état des lieux a suscité une réorganisation de la fonction codage dans l'établissement qui prendra effet en février 2011. Dorénavant, le codage des diagnostics se fera par des techniciens de l'information médicale délocalisés dans les services de soins alors qu'il était effectué auparavant par le personnel du service clinique.

L'action du CHU sur les produits de l'assurance maladie est donc multiple. Elle ne doit cependant pas masquer les quelques efforts réalisés sur les produits facturables aux patients.

1.2.1.2. Quelques actions ont aussi été entreprises sur les produits facturables aux patients au CHU de Nancy

1.2.1.2.1. La mise en place du parcours coordonné de soins

Conformément à la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie³¹ et à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005³², un arrêté datant du 28 juillet 2005 fixe des majorations facturables aux patients en cas de non respect du parcours coordonné de soins³³. A partir du 1^{er} semestre 2006, les patients qui ne seraient pas adressés par leur médecin traitant peuvent se voir opposer une majoration de 17,5% du tarif pour les actes

³¹ Loi n°2004-810.

³² Loi n°2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005.

³³ Arrêté du 28 juillet 2005 fixant le montant de la majoration prévue à l'article L. 162-26 du Code de la sécurité sociale.

techniques³⁴ et une diminution de 20% du taux de remboursement. Ce dispositif prévoit un certain nombre d'exceptions : certaines spécialités ou prestations ; actes et consultations réalisées dans le cadre de l'urgence ; cas d'éloignement du domicile ou d'absence du médecin traitant ; patients de moins de 16 ans ; bénéficiaires de l'AME ; migrants de passage. Par ailleurs, l'article 18b de la NGAP permet aux hôpitaux de facturer une C2³⁵, une C2,5³⁶ voire une C3³⁷ dans le cas d'un patient venant pour un avis ponctuel. Pour que l'avis ponctuel soit reconnu, le patient doit être explicitement adressé par son médecin traitant, ne doit pas avoir été reçu dans les 6 mois précédents et ne doit pas l'être dans les 6 mois suivants.

En 2008, le CHU de Nancy a généralisé la facturation des majorations pour non respect du parcours coordonné de soins et pour avis ponctuel. Dans le premier cas, la majoration a été fixée à 3 euro sauf pour la psychiatrie, la neuropsychiatrie et la neurologie où elle s'élève à 4 euro. Ce système permet une facturation simple et systématique en respectant le plafond imposé par l'arrêté, à savoir 17,5% du tarif de l'acte. Deux lettres-clés ont ainsi été créées et intégrées dans la table des tarifs du CHU.

Une campagne de communication à destination des médecins a été élaborée. Elle les invite donc à apprécier la situation du patient et à enregistrer l'activité en fonction. Le système d'information (notamment le collecteur d'actes) a ainsi été adapté. Le médecin hospitalier doit aussi remplir une fiche de suivi à destination du bureau des entrées. Cette fiche, spécifiant la situation du patient, permet au bureau des entrées de contrôler la qualité de la cotation réalisée.

1.2.1.2.2. Les prestations de soins aux étrangers

Une procédure spécifique à l'admission des patients étrangers a été formalisée en mai 2008. A destination des services cliniques, cette procédure identifie les différents cas de figure (patient résident d'un pays de l'Union européenne, patient résident d'un pays ayant un accord bilatéral avec l'assurance maladie française, autres cas) afin d'optimiser les conditions de recouvrement des frais de séjours. La règle consiste donc à solliciter systématiquement l'accord du bureau des entrées avant toute prise en charge soignante, hors situation d'urgence. Celui-ci donnera son accord uniquement s'il a pu procéder à :

- La vérification de la validité du formulaire E112 ou E123 pour les ressortissants de l'Union européenne ;
- La vérification de la validité (date, durée et montant) de la prise en charge par un organisme européen, algérien, marocain ou d'un territoire d'outre mer ;

³⁴ Dans la limite de 5 euro pour les actes supérieurs à 25 euro.

³⁵ Pour un spécialiste, y compris un chirurgien anesthésiste.

³⁶ Pour un psychiatre, neuropsychiatre ou neurologue.

³⁷ Pour un Professeur des universités praticien hospitalier (PUPH).

- L'encaissement préalable du montant calculé sur la base du devis estimatif établi par le bureau des entrées aux vues du certificat médical du praticien du CHU qui indique la durée prévisionnelle du ou des séjours.

Ce n'est que sur présentation de la quittance (justifiant le paiement préalable) que le patient pourra alors bénéficier de soins programmés.

En cas de soins urgents (hors cas de gratuité³⁸), la procédure prévoit la mise en œuvre d'un maximum de moyens par les équipes de soins pour recueillir les informations nécessaires au recouvrement.

1.2.1.2.3. La création d'une direction de la facturation

Au 1^{er} avril 2009, une direction de la facturation a été créée, aux côtés des directions des finances et du contrôle de gestion. Une partie de ses missions concerne les produits versés par l'assurance maladie : fiabilisation de la chaîne de facturation, suivi des procédures de télétransmissions B2 (en lien avec le trésor public et les caisses d'assurance maladie), contrôle administratif du PMSI. Toutefois, cette direction travaille surtout à l'optimisation des produits facturables aux patients puisqu'elle est en charge de la fiabilisation de la chaîne de facturation, du suivi du contentieux, de la gestion des bureaux des entrées de tous les sites, des régies et de l'activité libérale.

Le CHU de Nancy a déjà actionné plusieurs leviers d'optimisation des recettes. Son action s'est principalement centrée sur les recettes versés par l'assurance maladie qui constituent plus de 75% des produits de l'établissement. La démarche nancéienne est relativement aboutie à ce jour grâce, entre autres, à la constitution de véritables groupes projets chargés du suivi des recettes. Quelques actions ont aussi concerné les produits facturables aux patients. Pourtant, malgré ces efforts, la situation financière du CHU de Nancy oblige l'établissement à renforcer ses actions relatives à ces débiteurs.

1.2.2. La situation financière du CHU de Nancy suggère qu'un effort plus soutenu soit à présent porté sur les produits facturables aux patients

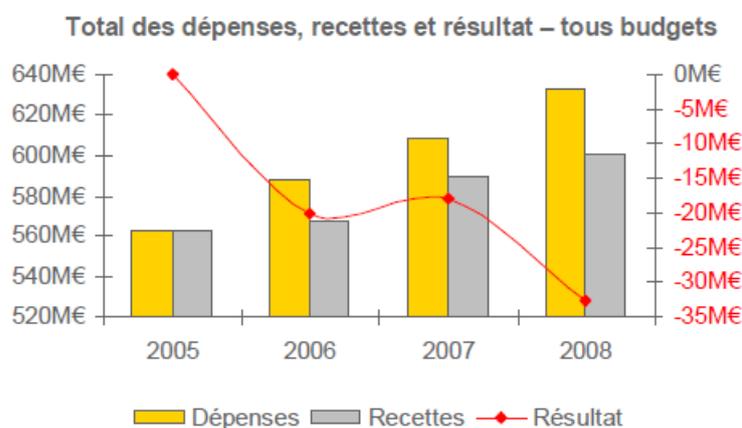
L'établissement lorrain reste aujourd'hui confronté à une situation très déficitaire, pointée du doigt dans plusieurs rapports. Le CHU doit donc s'appliquer à chercher d'autres leviers de retour à l'équilibre financier.

³⁸ Tels que prévus par l'article L254.1 du Code de l'action sociale et des familles.

1.2.2.1. La situation financière du CHU, fin 2008, était « désastreuse »³⁹

1.2.2.1.1. Les actions entreprises depuis la mi 2008 ont permis d'inverser la tendance en 2009

Dès 2004, dans son rapport d'observation portant sur la période 1996-2001, la Chambre régionale des comptes de Lorraine a alerté le CHU de Nancy sur ses « difficultés [...] pour assurer la couverture budgétaire de ses activités »⁴⁰. La situation financière délicate du CHU de Nancy a particulièrement été révélée, entre 2005 et 2008, avec le passage à la T2A. En effet, l'établissement bénéficiait auparavant d'une surdotation très importante, au point que son coefficient de transition s'est élevé, en 2008 (première année d'application de la T2A à 100%), à 1,0557. Le déficit du compte de résultat est ainsi passé, entre 2005 et 2008, d'environ 900.000 euro à 32.626.000 euro. C'est surtout à partir de l'année 2006 que le résultat est apparu très largement négatif, en dépassant les 20 millions d'euro de déficit.



Dans ce contexte, un contrat de retour à l'équilibre financier a été approuvé par le conseil d'administration du CHU le 22 décembre 2006, pour la période 2007-2011. Ce CREF, approuvé par l'ARH de Lorraine, fixait des objectifs de progression des recettes et de maîtrise des dépenses devant ramener l'établissement à l'équilibre à l'horizon 2011⁴¹.

L'année 2008 est marquée par la nomination d'un nouveau directeur général. C'est cette même année que le CREF, jugé irréaliste, a fait l'objet d'un avenant, actualisé annuellement. La durée de mise en œuvre proposée par l'établissement est désormais de 8 ans, c'est-à-dire jusque 2016⁴². Cet avenant, combiné avec une méthodologie de suivi

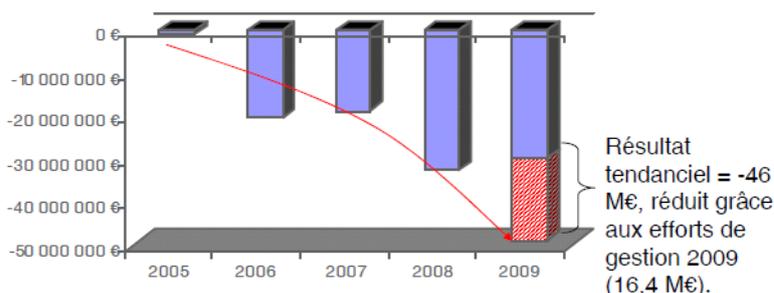
³⁹ CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES DE LORRAINE, *op. cit.*, p.6.

⁴⁰ CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES, 2004, *Rapport d'observations définitives. Centre Hospitalier Universitaire de Nancy*, p.4.

⁴¹ Le CREF prévoyait, par exemple, une progression des recettes de la T2A de 2,18% par an, une progression des autres recettes de 2,5% par an (titre 2 et 3), une réduction des effectifs rémunérés d'au moins 1% par an.

⁴² Conformément aux remarques de la Chambre régionale des comptes qui, dans son dernier rapport d'observation, jugeait la déclinaison à horizon 2012 « peu réaliste » (CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES DE LORRAINE 2010, *Rapport d'observations définitives. Centre Hospitalier Universitaire de Nancy*, p.6.).

renovée et une réduction des investissements de moitié, a permis à l'établissement de freiner l'évolution de son déficit :



Malgré ces efforts, la situation financière du CHU de Nancy reste très critiquée, notamment par la Chambre régionale des comptes.

1.2.2.1.2. Plusieurs rapports appellent le CHU de Nancy à des efforts plus soutenus pour retrouver l'équilibre budgétaire et financier et confortent les orientations prises dans le CREF

Dans son audit commandité par le directeur général du CHU de Nancy dès son arrivée, le cabinet de conseil Ernst & Young appelle l'établissement à adapter sa capacité de production à l'activité. En effet, son activité étant stable voire légèrement décroissante entre 2005 et 2008, l'hôpital doit revoir à la baisse son offre de soins.

Dans son rapport (rendu en mars 2009), le cabinet propose aussi une série de recommandations portant sur l'activité, le personnel, les pôles ou encore l'investissement et le financement. Ce sont autant de mesures qui ont vocation à figurer au titre des actions CREF. Parmi les préconisations phares, on peut notamment citer le non remplacement d'un départ à la retraite sur deux, la fermeture de 133 lits d'hospitalisation dans des secteurs où le taux d'occupation est insuffisant, ou encore la renégociation de la dette avec les organismes prêteurs.

Ces remarques ont largement trouvé écho dans le rapport de la Chambre régionale des comptes remis en mars 2010. La juridiction considère ainsi que « *le CHU enregistre une situation financière très dégradée, au point de menacer aujourd'hui la bonne réalisation de [sa triple] mission de soins, d'enseignement de recherche* »⁴³. Comme le cabinet Ernst & Young, elle pointe la conjonction d'une activité stable, d'une faible productivité et d'une relance massive des investissements. Face à la situation jugée « *critique* »⁴⁴, la Chambre régionale des comptes formule plusieurs recommandations : renégocier la dette avec les organismes bancaires, adapter l'offre à la demande de soins, mettre en place une gestion active du

⁴³ *Ibid.*, p.5.

⁴⁴ *Ibid.*, p.21.

patrimoine, mutualiser les fonctions supports (laboratoires, stérilisation, blocs opératoires, etc.) et moderniser le système d'information en vue d'améliorer le codage de l'activité.

Ces deux observateurs se relaient donc dans leur analyse et leurs préconisations. Dans ce contexte, et alors que le CHU de Nancy s'est engagé sur plusieurs chantiers de réduction de ses charges et d'optimisation des ses produits versés par l'assurance maladie, il reste des marges de manœuvre sur les produits facturables aux patients.

1.2.2.2. Des marges de manœuvre existent au CHU de Nancy sur les produits facturables aux patients

Dans sa version initiale, le CREF imposait déjà à l'établissement de s'assurer que l'ensemble de son activité soit facturée de manière régulière, exhaustive et à un prix correspondant au coût de revient. En ciblant ainsi la politique tarifaire du CHU, le contrat appelait plus précisément à une révision plus régulière des tarifs, à une redéfinition de la politique de facturation des prestations hôtelières étant donné la rénovation des locaux, à une amélioration de la qualité et de la régularité de la chaîne de facturation par la diffusion de procédures et d'indicateurs de suivi (article 3.2 du CREF 2007-2011).

Ces éléments doivent d'autant plus être pris en considération que les produits versés par l'assurance maladie pourront difficilement croître. En effet, le coefficient de transition du CHU de Nancy, positif, est appelé à converger vers 1, conduisant à la disparition d'une surdotation qui s'élevait à 15,8 millions d'euro en 2008. De même, les évolutions tarifaires de l'hôpital public devront assurer la convergence vers le tarif le plus efficient entre public et privé, soit le tarif le plus faible. Aussi, le CHU ne peut pas envisager de croissance significative de son volume d'activité sur son périmètre actuel de prestations du fait de la situation concurrentielle et du contexte démographique régional, comme l'a d'ailleurs rappelé la Chambre régionale des comptes.

Depuis le plan Hôpital 2007, la priorité a été donnée aux recettes de titre 1 qui représentent, à Nancy, plus de 75% des produits. Or, l'essentiel des leviers d'optimisation sur les produits versés par l'assurance maladie ayant été actionnés, il est à présent nécessaire de s'intéresser aux autres débiteurs. Ceci est d'autant plus vrai à l'heure du projet FIDES qui renouvelle l'intérêt qui doit être porté à l'optimisation des recettes des hôpitaux. Dans ce contexte, le CHU de Nancy a déjà engagé quelques actions quant aux produits facturables aux patients. Alors que le déficit prévu dans l'EPRD 2010 s'élève à 26,17 millions d'euro, un plan d'action plus large sur les recettes versées par les patients est souhaitable, d'où la commande qui m'a été passée par la direction du CHU de Nancy (cf. annexe 1).

2. Les actions, menées en 2010, sur la politique tarifaire du CHU de Nancy peuvent être complétées par un travail sur d'autres leviers d'optimisation des produits facturables aux patients

Dans une situation encore très déficitaire, le CHU de Nancy a donc, en 2010, donné la priorité à l'optimisation des produits facturables aux patients. Dans un premier temps, cela s'est traduit par l'ouverture de deux chantiers relatifs à la politique tarifaire de l'établissement. Ces actions doivent aujourd'hui être poursuivies en activant d'autres leviers relatifs aux produits versés par les patients et leurs mutuelles, à l'instar de ce qu'ont pu mettre en œuvre d'autres CHU.

2.1. Les actions conduites en 2010 répondent à la priorité donnée par le CHU de Nancy à sa politique tarifaire

Au titre des missions qui m'ont été confiées lors de mon second stage d'élève directeur d'hôpital figurent deux chantiers importants de révision de la politique tarifaire de l'établissement. Le premier, très ciblé, concerne les recettes du régime particulier, autrement dit la facturation des suppléments pour hébergement en chambre individuelle. Le second, plus global, porte sur le recensement et la communication des différents tarifs du CHU de Nancy opposables aux patients.

2.1.1. Les actions menées en vues de l'optimisation des recettes liées à la facturation du régime particulier

Pour comprendre les résultats de la mission d'optimisation des recettes du régime particulier, il convient de préciser quelle était la situation initiale du CHU de Nancy et quelle a été la démarche adoptée.

2.1.1.1. Les marges de manœuvre du CHU de Nancy sur les chambres particulières sont très importantes

Début 2010, les perspectives d'optimisation des recettes du régime particulier sont très importantes au CHU de Nancy étant donné, d'une part, la quasi absence de facturation de ces suppléments jusque là et, d'autre part, les configurations des bâtiments qui doivent être inaugurés cette même année.

2.1.1.1.1. Des recettes plus de dix fois inférieures à la moyenne des autres CHU

Une enquête inter CHU/CHR sur la facturation du régime particulier pour l'année 2009 a été présentée en conférence des directeurs des affaires financières (DAF) de CHU et en conférence des DG de CHU. Cette étude place l'hôpital nancéien à l'avant-dernière position pour les montants encaissés en 2009, loin derrière la moyenne nationale.

| | |
|------------------|-------------|
| AMIENS | 776 817 € |
| ANGERS | 3 521 132 € |
| BESANCON | 429 362 € |
| BORDEAUX | 653 322 € |
| CLERMONT FERRAND | 2 459 860 € |
| DIJON | 18 031 € |
| GRENOBLE | 922 866 € |
| LILLE | 1 920 000 € |
| LYON | 2 919 400 € |
| MARSEILLE APHM | 1 510 348 € |
| METZ | 995 223 € |
| MONTPELLIER | 792 740 € |
| NANCY | 97 094 € |
| NANTES | 778 500 € |
| NICE | 963 817 € |
| ORLEANS | 1 077 137 € |
| POITIERS | 3 555 611 € |
| REIMS | 488 117 € |
| RENNES | 465 000 € |
| ROUEN | 230 338 € |
| St ETIENNE | 1 526 255 € |
| STRASBOURG | 1 690 042 € |
| TOULOUSE | 2 275 583 € |
| TOURS | 200 390 € |
| MOYENNE | 1 261 124 € |

Avec ses 97.094 euro de recettes, le manque à gagner du CHU de Nancy serait très important, d'autant plus quand on le compare à des établissements de capacité d'accueil similaire, voire inférieure. En effet, les recettes de Nancy (1.721 lits) représentent moins de 3% de celles d'Angers (1.462 lits) ou de Poitiers (1.615 lits), avec un écart s'élevant à de plus de 3 millions d'euro.

Ces constats s'expliquent par le fait que l'établissement lorrain n'a pas formalisé de procédures impliquant le personnel soignant pour la facturation du régime particulier. Or, le recueil du consentement du patient, obligatoire pour permettre cette facturation, passe bien souvent par ces acteurs-là. De ce fait, seuls les patients pris en charge au titre de l'activité libérale se voyaient proposer le régime particulier, par les praticiens hospitaliers directement. Ceux-ci ont en effet intégré cette notion dans le formulaire de consentement qu'ils utilisent pour leur activité libérale.

2.1.1.1.2. Des perspectives prometteuses grâce à l'ouverture de deux nouveaux bâtiments

Les marges de manœuvre du CHU ne se résument pas seulement à ses 1.721 lits. En effet, les configurations des chambres importent dans l'appréciation de ce potentiel de

recettes. Précisément, le CHU de Nancy inaugure, en 2010, deux nouveaux bâtiments comptant respectivement 79% et 86% de lits en chambres individuelles⁴⁵. Le premier bâtiment, dont les déménagements se sont achevés en septembre 2010, regroupe les spécialités du pôle cardio-vasculaire. Le second, qui sera inauguré à la même période, accueille les services du pôle de spécialités médicales.

2.1.1.2. Une méthodologie plurielle entre audit, benchmark et gestion de projet

2.1.1.2.1. La simulation du gain potentiel grâce à un travail d'audit interne

Sur la base de ces constats, j'ai réalisé un travail d'audit afin de procéder à une simulation du gain. La première étape a consisté en une étude de la réglementation en vigueur et des conventions conclues entre l'établissement et certaines mutuelles. Cette enquête documentaire a ainsi permis de définir le périmètre du projet.

Le régime particulier est prévu par l'article R1112-18 du Code la santé publique qui exclut les bénéficiaires de l'AME et des patients étrangers pris en charge pour une urgence vitale. Les détenus, sauf « *décision expresse du ministre de la justice* », sont nécessairement hospitalisés en régime commun (art. R1112-31 du CSP). Enfin, il ne peut y avoir de régime particulier lorsque « *l'état d'un malade requiert son isolement* » (art. R1112-19 du CSP). Contrairement à une idée reçue, rien n'interdit à un établissement de facturer le régime particulier pour des services ne disposant que de chambres à un lit. En effet, l'hébergement dans une chambre individuelle ne vaut pas placement dans le régime particulier. Pour ce faire, il faut que « *l'option soit formulée par écrit, dès l'entrée du malade, par lui-même, un membre de sa famille ou un proche, après que l'intéressé a pris connaissance des conditions particulières qu'implique le choix [du régime particulier] [...]* » (art. R1112-22 du CSP).

Ont donc été écartés de l'étude les lits de réanimation, de surveillance continue, de soins intensifs et les lits en chambre individuelle pour lesquels il n'existe pas de lavabo et WC privé. Ce dernier point relève d'une contrainte imposée par une convention conclue entre le CHU et certaines mutuelles.

Il m'a alors été possible de construire la formule de calcul servant à la simulation du gain. L'équation retenue est la suivante :

$$\text{Recettes du régime particulier} = \text{Nombre de journées} \times \text{Taux de lits en chambre seule} \times \text{Taux de lits en chambre seule facturables en régime particulier} \times \text{Prix du régime particulier} \times \text{Taux de vente du régime particulier}$$

Autrement dit, on applique au nombre de journées enregistrées une série de coefficients afin de réduire cette donnée d'activité aux patients susceptibles de solliciter le régime particulier.

⁴⁵ Pour une capacité totale d'environ 400 lits.

Cette formule a été appliquée pour les années 2009 et 2011. La simulation du gain sur l'année 2009 sert à confirmer les marges de manœuvres du CHU en comparant le résultat avec ce qui a effectivement été facturé. La simulation sur l'année 2011 vise à montrer le gisement de recettes additionnelles dû à l'ouverture des deux nouveaux bâtiments en 2010.

L'étape suivante a ensuite été le recueil de données afin de déterminer chacun des facteurs de la formule ci-dessus.

- Le nombre de journées

Il s'agit du nombre de journées enregistrées, au compte de l'année 2009, pour chaque service, en hospitalisation complète ou de semaine, après déduction des séjours en réanimation, surveillance continue et soins intensifs.

Ces données sont issues du rapport mensuel d'activité produit par la direction du contrôle de gestion sur la base de requêtes sur le logiciel de gestion administrative des malades. Pour la simulation 2011, il s'agit aussi du nombre de journées enregistrées en 2009, sans application de coefficient d'augmentation de l'activité. En effet, l'augmentation d'activité se traduisant désormais plutôt par une augmentation du nombre d'entrées (du fait de la baisse de la DMS), le nombre de journées peut être supposé stable.

- Taux de lits en chambre seule

Il s'agit du recensement des lits en chambre seule pour les services d'hospitalisation complète. Deux critères ont prévalu à ce recensement. En premier lieu, les lits de réanimation, surveillance continue et soins intensifs ont été isolés (de la même façon que les journées liées à ces lits ont été déduites : *cf. supra*). En second lieu, les chambres seules ne disposant pas d'un lavabo et d'un WC individuel ont été exclues. Il s'agit par exemple des « chambres boxes » de l'hôpital d'enfant. Ce sont des pièces dont la superficie ne permet pas de contenir autre chose qu'un lit mobile à barreaux haut pour nourrisson et dont tout le pourtour est aménagé de fenêtres (pour la surveillance du nourrisson).

J'ai donc réalisé ce recensement auprès des directions de site qui tiennent un recueil des capacités et configurations de chaque bâtiment. Ce travail a été complété par des visites sur site pour apprécier les cas particuliers (comme les « chambres boxes » de l'hôpital d'enfant évoquées précédemment).

- Taux de lits en chambre seule facturables en régime particulier

La réglementation interdit de facturer le régime particulier lorsque « *l'état du malade requiert son isolement en chambre à un lit* » (art. R1112-19 du CSP). Il convient donc d'exclure les cas d'isolement des patients pour raison médicale. Celui-ci peut être décidé du fait :

- De la présence de germes ciblés par le service d'hygiène hospitalière ;
- De la contamination du patient par un virus ou bactérie autre ;
- De l'immuno-dépression des patients (notamment les patients pris en charge en hématologie) ;
- De la nature de l'activité : laboratoire du sommeil par exemple.

Le taux de patients placés en chambre seule pour raison médicale a été déterminé, dans un premier temps, sur la base des données transmises par le service d'hygiène hospitalière sur le nombre de recommandations d'isolement prononcées pour chaque unité fonctionnelle (UF). Dans un second temps, ce taux a été revalorisé, service par service, par l'expertise soignante. Des entretiens avec tous les directeurs des soins référents de pôles et, au besoin, les cadres et cadres supérieurs ont ainsi été conduits.

- Prix du régime particulier

Dans cette simulation, les prix appliqués ne sont pas ceux en vigueur mais ceux préconisés par la mission. Ceux-ci ont été déterminés grâce à une enquête menée auprès des principales mutuelles sur le niveau de prise en charge du régime particulier que ces organismes complémentaires garantissent. 161 mutuelles ont donc été interrogées par courrier en août 2010. Il s'agit de tous les organismes de Lorraine. Le niveau de prise en charge, lorsqu'il est plafonné, peut varier entre 30 et 58 euro. Il s'agit donc d'une fourchette à respecter.

- Taux de vente du régime particulier

Une fois appliqués les coefficients précédents, tous les lits en chambre individuelle restant ne seront pas nécessairement occupés par des clients du régime particulier. Seuls les demandeurs (et donc acheteurs) du régime particulier seront concernés. Ce taux de vente ne peut dépasser 55% car il s'agit de la proportion des patients accueillis au CHU bénéficiant d'une couverture santé complémentaire (selon une étude sur un échantillon de 1000 dossiers réalisée par le bureau des entrées en juin 2010). En effet, généralement, les demandeurs du régime particulier sont ceux dont la mutuelle prend en charge le supplément.

Le taux de vente du régime particulier peut toutefois varier, dans la limite de ce plafond. Plus précisément, par un effet d'élasticité prix de la demande, le prix va influencer sur le taux de vente du régime particulier. Plus le prix sera bas, plus il y aura de patients demandeurs du régime particulier.

Ce premier travail d'audit a été réalisé entre mai et août 2010. Il a abouti à la mise en forme d'une matrice de calcul dont les paramètres sont variables, notamment pour prendre en compte l'élasticité prix de la demande sus évoquée. Par exemple, l'outil permet de faire varier

le prix de vente tout en faisant varier automatiquement le taux de vente du régime particulier, et de tester ainsi plusieurs scénarii possibles avec chaque fois, le gain estimé (cf. annexe 4).

2.1.1.2.2. Le benchmark inter CHU

En parallèle à cet audit, un benchmark a été mené auprès des autres CHU. Dans un premier temps, il y a eu un échange entre toutes les DAF des CHU sur les cas d'exonération du régime particulier. 19 CHU/CHR ont ainsi fait part des services ou types de patients qui étaient exclus du périmètre de la facturation du régime particulier.

Dans un second temps, deux établissements qui se distinguaient par leurs pratiques et leurs recettes (CHU de Nice et CHU d'Angers) ont été contactés pour échanger sur leurs pratiques et l'historique des dispositifs en place.

2.1.1.2.3. La gestion de projet

Chargée du pilotage de ce projet, j'ai réuni, autour de moi, une équipe pluridisciplinaire, le 1^{er} juin 2010. Un groupe projet s'est ainsi constitué, composé de :

- Représentants de la direction de la facturation : bureaux des entrées, cellule facturation ;
- Représentants du personnel soignant : cadres de santé issus de différentes spécialités (urologie, néphrologie, cardiologie, ophtalmologie, neurologie) et différents types de prise en charge (hospitalisation complète et consultations) ;
- Représentants des secrétaires médicales : coordinatrices des secrétaires ;
- Représentant de la direction de la qualité et des usagers.

Les représentants du personnel soignant sont des volontaires sollicités pour la spécificité de la discipline de leur service ou du bâtiment dans lequel ceux-ci sont installés.

J'ai réuni et managé ce groupe mensuellement pour qu'il formule des propositions soumises ensuite à l'arbitrage de la direction. Les discussions ont principalement porté sur l'état des lieux des pratiques et la définition de nouveaux rôles pour permettre la facturation du régime particulier. Enceinte de dialogue entre des professions différentes toutes appelées à intervenir pour la facturation de ces suppléments, ce groupe a finalement permis de proposer des procédures cohérentes pour l'ensemble des acteurs de la prise en charge. Ce groupe de travail a également été invité à émettre un avis sur des questions aussi diverses que le maintien de plusieurs tarifs, le contenu des formulaires de recueil de consentement ou des affiches de sensibilisation des patients.

Au lancement de la démarche, cette équipe, bien que volontaire, était relativement réticente à la facturation du régime particulier de peur que les patients ne supportent plus encore les frais relatifs à leur hospitalisation. Plus particulièrement, le personnel soignant, qui est souvent l'interlocuteur principal des malades, craignait d'avoir à gérer des situations de

contestation. Les réunions mensuelles ont donc été l'occasion d'amorcer la conduite du changement en préparant les esprits à la nécessité de recouvrer ces suppléments qui seront, dans la majorité des cas, pris en charge par les organismes complémentaires et non par les patients eux-mêmes. Cet accompagnement pédagogique est par exemple passé par la présentation du coût des deux nouveaux bâtiments et de son impact sur l'équilibre budgétaire de l'établissement. En situation de CREF, les équipes déjà sollicitées pour proposer, pôle par pôle, des mesures d'économies, ont vite rallié le projet d'optimiser la facturation du régime particulier.

Une fois le plan de déploiement validé par la direction générale, le groupe a été maintenu pour assurer son suivi pendant toute l'année 2011. Dès le mois de septembre, ce groupe a travaillé à la construction d'indicateurs et au suivi des actions. Chaque membre a été désigné référent d'une action ou d'un indicateur pour en rendre compte au reste de la cellule mensuellement. Les indicateurs retenus sont multiples :

- Montant recouverts, UF par UF, pour le régime particulier ;
- Taux de vente du régime particulier ;
- Taux d'occupation des lits.

Outre le travail de sensibilisation réalisé au sein du groupe projet, la conduite du changement s'est aussi traduite par la présentation des enjeux et des nouvelles procédures à tous les cadres de santé et cadres supérieurs de santé de l'établissement (respectivement 158 et 30 agents). Cet exposé a été effectué lors des assemblées générales de cadres organisées mensuellement par la coordinatrice générale des soins. Une présentation similaire en assemblée générale des bureaux des entrées et des secrétaires médicales a été faite.

Cette triple démarche a permis d'aboutir à des perspectives prometteuses pour le CHU de Nancy.

2.1.1.3. Environ deux millions d'euro de recettes supplémentaires attendus en 2011 grâce au nouveau dispositif de facturation du régime particulier

2.1.1.3.1. Un périmètre d'application adapté aux vues de la simulation des recettes et du benchmark inter CHU

A l'issue de la démarche, la direction générale du CHU de Nancy a adapté le champ d'application de la facturation du régime particulier. En effet, comme évoqué, les contraintes réglementaires étant relativement floues, les établissements n'interprètent pas de la même façon quels devraient être les services ou activités exclus du régime particulier. J'ai présenté les options qui pourraient être retenues au directeur général du CHU de Nancy qui a décidé

d'exclure du champ de la facturation du régime particulier les services de pédiatrie et de soins palliatifs.

2.1.1.3.2. Un objectif de 2 millions de recettes supplémentaires pour l'année 2011

En prenant les hypothèses les plus fortes, à savoir un prix fixé à 45 euro⁴⁶ et un taux de vente supposé à 55%⁴⁷, la matrice de simulation du gain indique plus de 3 millions d'euro (3.258.527 euro) de recettes pour l'année 2011. En comparant avec la simulation sur l'année 2009, l'écart s'élève à 519.200 euro. Il s'agit du gain généré par l'ouverture des nouveaux bâtiments dont les configurations permettent d'accueillir plus de patients en chambres individuelles.

Au premier semestre 2010, c'est-à-dire avant le déploiement du plan d'action, les recettes enregistrées sur le compte 70824 se chiffraient à 67.000 euro. L'écart en année pleine avec la projection proposée est donc supérieur à 3 millions d'euro (3.114.727 euro).

Du fait de l'ampleur de cette différence, des hypothèses plus prudentes ont été retenues pour cette première année de mise en œuvre des procédures. Le tarif proposé est donc de 39 euro et le taux de vente est attendu à 45%. La recette escomptée s'élève ainsi exactement à 2.310.592 euro. Comparés aux 97.094 euro enregistrés en 2009, l'objectif fixé est donc de 2 millions d'euro de recettes supplémentaires, dont 368.160 euro sont attendus sur les nouveaux bâtiments.

2.1.1.3.3. Un plan de déploiement en deux phases avec des procédures renouvelées

Plusieurs établissements ont automatisé la facturation du régime particulier : celui-ci n'est jamais facturé aux patients mais seulement aux mutuelles et à hauteur du montant qu'elles prennent en charge. Ainsi, lorsque le contrat de mutuelle du patient fixe un plafond (en montant ou en nombre de journées), le CHU ne facture pas au-delà de ce montant, quelle que soit la durée du séjour. L'opération est donc « indolore » pour le patient. Ce dispositif suppose qu'il n'y ait plus de recueil du consentement du patient. De ce fait, le risque contentieux est très important. Il a été parfaitement maîtrisé dans les établissements ayant opté pour cette solution du fait de la progressivité de sa mise en œuvre. En effet, les mutuelles n'ont pas contesté les montants qui leur étaient facturés car elles avaient été averties et le déploiement s'est étalé dans le temps.

⁴⁶ Montant maximum prix en charge par la plupart des mutuelles des patients accueillis au CHU de Nancy, conformément au sondage réalisé par courrier auprès de 161 organismes en août 2010.

⁴⁷ Proportion des patients accueillis au CHU de Nancy qui sont couverts par une mutuelle, conformément à une analyse sur échantillon de 1000 dossiers réalisé en juin 2010.

Techniquement, ce dispositif est transposable à Nancy puisque son logiciel de gestion administrative des malades le permet. Néanmoins, étant donné le saut quantitatif qu'il impliquerait, le risque de contentieux avec les mutuelles est très important.

Le plan d'action adopté à Nancy se décompose donc en deux temps.

La première phase consiste en la facturation du régime particulier au patient après recueil de son consentement. Suite à l'état des lieux réalisés, deux éléments ont fait l'objet d'une attention particulière :

- *La sensibilisation du patient*, en amont de son hospitalisation, à la possibilité de demander une chambre particulière. Des supports de communication et d'information ont été élaborés, en partenariat avec les cadres de santé, le bureau des entrées, les secrétaires médicales et la Direction de la communication.
- *L'optimisation des circuits patients* afin que le recueil du consentement soit systématique. Quatre circuits ont été identifiés selon que le patient soit hospitalisé suite :
 - A une consultation ;
 - A une précédente hospitalisation ;
 - A une prise en charge par les urgences ;
 - A un transfert de service.

Les procédures ont été rédigées sous forme de logigrammes (*cf.* annexe 5).

La deuxième phase consiste en la facturation directe du régime particulier aux mutuelles. Après une augmentation déjà significative des recettes du fait de la première phase (qui se veut prudente), il est envisageable d'augmenter plus encore les recettes du régime particulier en déployant ce dispositif inspiré des pratiques d'autres CHU. Etant donné qu'il n'y a plus de recueil de consentement et que le travail est fait *a posteriori* par les agents de la facturation, ce plan suppose un renforcement des moyens du secteur facturation. Afin de garantir le passage progressif à ce dispositif plus offensif, il ne sera pas déployé avant 2013.

Au-delà de cette action ciblée sur les chambres particulières, une réflexion plus globale sur la politique tarifaire du CHU de Nancy a été conduite.

2.1.2. La conception d'un catalogue des tarifs opposables aux usagers et à leurs mutuelles

Afin d'appréhender au mieux les résultats obtenus, il est préférable d'évoquer d'abord le contexte et la démarche adoptée.

2.1.2.1. Une priorité que s'est fixée le CHU de Nancy dans un souci de pédagogie et de captation de parts de marché

2.1.2.1.1. Une multiplicité de tarifs qui rend opaque la contribution attendue des usagers

La participation financière des usagers est plurielle : elle concerne le paiement d'actes cliniques, de frais d'hospitalisation, de prestations hôtelières, etc. De ce fait, cette contribution varie d'un usager à l'autre. Plus encore, elle dépend en partie de la situation du patient par rapport aux régimes de protection sociale. C'est donc un véritable empilement de tarifs de natures très différentes qui s'oppose aux usagers. Par exemple, les malades couverts par un régime de protection sociale se voient opposer plusieurs types de tarifs :

- Des tarifs fixes, définis au niveau national : il en est ainsi du forfait journalier prévu à l'article L174-4 du Code de la sécurité sociale⁴⁸, du forfait de 18 euro pour les interventions dont le coût excède 91 euro⁴⁹, de la contribution forfaitaire de 1 euro pour tout acte hors hospitalisation ;
- Des tarifs variables, calculés sur une assiette définie pour chaque établissement par l'ARS : c'est le cas du ticket modérateur qui est calculé, en hospitalisation, sur la base des tarifs journaliers de prestation et dont le niveau varie selon les régimes de l'assurance maladie ou des majorations pour non respect du parcours coordonné de soins ;
- Des tarifs fixes, définis par chaque établissement : sont par exemple concernées toutes les prestations hôtelières, les prestations non prises en charge par l'assurance maladie telles que la chirurgie esthétique ou les vaccinations.

A cette liste non exhaustive, il convient d'ajouter une série de règles d'exonérations, d'imputation et de plafonds. Au final, c'est donc un dispositif très complexe qui permet à l'usager de déterminer son reste à charge.

Or, le code de la santé publique dispose que « *toute personne a droit, à sa demande, à une information, délivrée par les établissements et services de santé publics et privés, sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et les conditions de leur prise en charge* » (art. L1111-3 du CSP). La rédaction de cet article du code suggère que l'information délivrée porte non seulement sur les tarifs, mais aussi sur les montants pris en charge par l'assurance maladie voire par les mutuelles.

⁴⁸ Et mis en place par l'article 4 de la loi n°83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociales (mesures destinées à combler le déficit de la sécurité sociale).

⁴⁹ Article 1 du décret n° 2006-707 du 19 juin 2006 modifiant l'article R. 322-8 du code de la sécurité sociale.

2.1.2.1.2. Une démarche inspirée des pratiques d'autres CHU

Bien que cette information doive être donnée à la demande du patient, la plupart des CHU vont au-delà de cet impératif en publiant, sur leur site web, des clés de compréhension sur ce que devront régler les patients à l'issue de leur séjour. Souvent présentés sous forme de mémos, il s'agit en fait généralement de rappels des règles de facturation du ticket modérateur et des différents forfaits sus évoqués.

Quelques établissements ont poussé plus encore la démarche en affichant, sur ce même espace, l'ensemble des tarifs opposables aux patients. C'est le cas notamment du CHU de Bordeaux, du CHU de Rennes et du CHU de Nantes.

Néanmoins, dans la plupart des cas, le support mis en ligne est rarement intelligible pour les usagers non initiés aux subtilités du calcul des restes à charge. C'est précisément du fait de cette technicité notable de l'outil que d'autres établissements l'utilisent uniquement en interne, dans les services chargés de la facturation. Cette difficulté n'enlève rien à l'intérêt de mettre disposition des usagers, sur un espace public comme Internet, l'ensemble des tarifs qui leur sont opposables.

2.1.2.1.3. Une stratégie de positionnement clair face à la concurrence privée sur l'agglomération du Grand Nancy

En effet, l'affichage des tarifs facturables aux patients, quelle qu'en soit leur nature, peut permettre la captation de parts de marché et accroître ainsi les recettes du CHU de Nancy. Pour un certain nombre d'actes et prestations non couverts par l'assurance maladie, le CHU est en concurrence avec trois cliniques privées⁵⁰ sur l'agglomération nancéienne. C'est par exemple le cas pour les actes à visée esthétique comme les circoncisions rituelles, les liposuccions ou les poses d'implants mammaires. En mettant ses tarifs à disposition des internautes, le CHU de Nancy augmenterait ses chances d'accueillir une patientèle soucieuse des frais engendrés par la réalisation de tels actes.

Tous ces constats ont conduit l'établissement à me confier la mission de la conception d'un catalogue des tarifs destiné à être publié sur le site web de l'hôpital.

2.1.2.2. Une démarche incrémentale qui révèle la complexité du sujet

La méthodologie initialement fixée a été complétée à mesure qu'ont été découvertes certaines pratiques.

⁵⁰ La clinique Saint-André, la clinique de Gentilly et la clinique Majorelle.

2.1.2.2.1. Le recueil des différents catalogues existants par un benchmark inter CHU/CHR

Suite au constat de départ sur les pratiques des autres établissements, des contacts bilatéraux avec les DAF des CHU ont permis de recenser six véritables catalogues de tarifs : Amiens, Bordeaux, Nantes, Nice, Rennes et Tours. Les Hospices Civils de Lyon utilisent également un catalogue mais qui n'est pas exhaustif puisque les soins n'y figurent pas. Chaque fois, les tarifs recensés concernent non seulement les patients mais aussi les établissements extérieurs (examens de laboratoires par exemple) et le personnel (tarifs de restauration par exemple).

2.1.2.2.2. La constitution d'une base de données sur les différents tarifs du CHU grâce à l'exploitation plurielle du système d'information

La première étape a consisté en une étude du cadre réglementaire afin de définir les conditions de facturation de chaque prestation aux patients. J'ai ensuite effectué un recueil des procédures de fixation des tarifs propres au CHU de Nancy.

Il a alors été possible de procéder au recensement des tarifs. La première source utilisée a été la table des tarifs enregistrée dans le logiciel de gestion administrative des malades. Ce sont en fait toutes les lettres-clés créées par le CHU. Or, il s'est avéré que derrière une même lettre-clé, il pouvait exister plusieurs tarifs. En effet, plusieurs lettres-clés correspondent à des tarifs à 1 euro. Ce sont ensuite les bureaux des entrées qui affectent un coefficient équivalent au tarif de l'acte. C'est par exemple le cas de la lettre-clé VAC qui est utilisée pour les 11 vaccins (et donc 11 tarifs) de la consultation voyageur. Un imposant travail d'investigation a donc dû être mené pour recueillir l'ensemble de ces coefficients. Ceux-ci sont généralement définis dans des notes de service dont il a fallu retrouver les dernières versions.

Plus encore, il existe parfois des activités de soins non prises en charge par l'assurance maladie pour lesquelles le CHU ne propose pas sa propre lettre-clé ou en propose une qui n'est pas utilisée par les praticiens. Dans ce cas, c'est le code CCAM qui est utilisé et facturé au patient. Là encore, il a fallu identifier tous ces cas de figure et recenser les codes CCAM, au moyen de requêtes dans le système d'information. Les constats sont alarmants : certaines lettres-clés du CHU sont complètement tombées en désuétude alors que l'activité existe toujours. C'est par exemple le cas des blépharoplasties supérieures bilatérales à visée esthétique ou de confort qui sont facturées sur la base du tarif CCAM (188,10 euro) et non sur la base du tarif créé à cette fin par le CHU (600 euro).

2.1.2.2.3. L'analyse des pratiques et la mise à jour des tarifs au moyen de rencontres avec les acteurs concernés

Le premier travail d'investigation sur les tarifs n'a pas permis d'avoir un recueil exhaustif de la vente d'actes médicaux ou soignants non pris en charge par l'assurance maladie puisque tout le champ de l'hospitalisation est exclu de la facturation à l'acte. Au CHU de Nancy, seules les prises en charge externes sont facturées sur ce modèle. Dès que le patient est hospitalisé, il paie le montant indiqué sur le devis établi par son praticien. Or, le circuit de facturation fait que les bureaux des entrées ne sont presque jamais destinataires de ces devis. Ils facturent et encaissent seulement le tarif journalier de prestation et le forfait journalier. Les éventuels suppléments relatifs aux honoraires du praticien sont facturés et encaissés directement par le médecin. Autrement dit, il y a une grande opacité des tarifs de l'activité d'hospitalisation à visée esthétique ou de confort. Il n'existe d'ailleurs pas de procédure formalisée pour la facturation de ces soins. Une enquête sur le circuit de facturation tant au niveau du système d'information que des parties prenantes a dû être réalisée. Des entretiens avec les agents du bureau des entrées, les assistants de gestion des pôles concernés, les secrétaires médicales et quelques praticiens ont donc été menés pour clarifier les procédures d'établissements de devis, de fixation des tarifs et de facturation de l'activité d'hospitalisation pour la chirurgie esthétique ou de confort. Ces entretiens ont été complétés par la conduite de réunions transversales regroupant tous ces acteurs.

Sur le même modèle, des réunions pluridisciplinaires ont été programmées pour mettre à jour les tarifs de vaccination et d'odontologie. En effet, aucune procédure n'impose de révision périodique des tarifs. Le chantier sur le catalogue des tarifs a donc été l'occasion d'actualiser ces tarifs pour prendre notamment en compte l'évolution du prix des dispositifs implantables et des autres charges induites par chaque acte. Ces rencontres, tantôt animées par moi-même, tantôt par la directrice de la facturation, ont donc associé la pharmacie, les assistants de gestion, les chefs de service et la direction de la facturation.

Le travail d'exploitation des données du système d'information puis la conduite de réunions avec chaque service concerné par une activité non prise en charge par l'assurance maladie a duré de fin mai à septembre 2010. La pluralité des pratiques, la multiplicité des sources d'information, la diversité des acteurs concernés et le caractère délicat du sujet ont constitué les principales difficultés du dossier. La méthodologie a dû être complétée tout au long de la démarche.

Ce travail a permis d'aboutir à un catalogue des tarifs modulaire accompagné de procédures révisées.

2.1.2.3. Un catalogue intelligible et fonctionnel

2.1.2.3.1. Un catalogue dont l'architecture le rend accessible et intelligible pour les patients

Les six établissements proposant un catalogue des tarifs ont en fait conçu un document qui ne concerne pas seulement les patients. Le support se voulant exhaustif, il fait également apparaître les tarifs de locations de salles, d'inscription aux concours et de scolarité pour les centres de formation, de repas pour le personnel, de crèche, d'actes de biologie et de cytopathologie hors nomenclature, etc. Ce sont autant de tarifs qui concernent d'autres débiteurs que les patients. Plus encore, l'architecture retenue est toujours la même : les tarifs sont présentés selon leur origine ou leur base. En distinguant ainsi les tarifs arrêtés par voie réglementaire des tarifs établis par l'administration hospitalière, la lecture du tableau est d'autant moins accessible pour les patients qui recherchent plutôt un prix en fonction de la nature de l'activité. En effet, rares sont les patients à maîtriser les compétences en matière de fixation des tarifs.

La démarche adoptée au CHU de Nancy est toute autre puisque l'outil est avant tout à destination des patients et non des agents chargés de la facturation. La typologie retenue distingue donc les différents types d'activité : soins, prestations logistiques, prestations hôtelières et prestations médico-légales. Plus encore, parmi l'activité clinique, le patient accède facilement à l'information recherchée grâce à une séparation entre, d'une part, hospitalisation et consultations et, d'autre part, soins partiellement pris en charge par l'assurance maladie et soins entièrement à la charge des usagers (*cf.* annexe 6 pour l'architecture détaillée du catalogue).

Cette trame permet un remplissage progressif du catalogue, à mesure que les tarifs et lettres-clés sont mises à jour.

2.1.2.3.2. Une construction modulaire du catalogue du fait du nécessaire travail de révision des tarifs et lettres-clés

L'imposant travail de remise à plat des tarifs voire des lettres-clés rend incontournable la construction modulaire du catalogue. A l'issue de l'analyse de la fréquence d'utilisation de certaines lettres-clés du CHU et de la CCAM, des cycles de réunions avec les services concernés ont été échelonnées jusqu'en 2011. Ces rencontres visent à mettre à plat les tarifs et à supprimer les doublons entre CCAM et lettres-clés créées par le CHU. Ce toilettage de la table permettra donc de supprimer, dans le catalogue, certaines lettres-clés sans pour autant altérer l'architecture globale du document.

Plus encore, étant donné le caractère désuet de nombreux tarifs, un programme d'actualisation de ceux fixés par le CHU a été défini. Une réflexion sur le concept de prix a été menée pour établir les modalités de détermination de chaque tarif. De façon générale, un prix

est la valeur (monétaire souvent) à laquelle s'échange un bien. Dans la théorie micro-économique, le prix est défini par la loi de l'offre et de la demande. De ce fait, il devient, avant tout, une source d'information sur la rareté d'un bien ou d'une prestation. Dans la théorie marketing, le prix peut avoir différentes fonctions. Il peut servir à :

- Couvrir des coûts de production : le prix est alors défini au regard des charges générées pour la production du bien ou la délivrance de la prestation ;
- Capturer des parts de marché : le prix est alors défini au regard des prix pratiqués par la concurrence ;
- Répondre à la perception d'un produit : le prix est alors défini au regard de la demande.

De ce fait, selon l'objectif poursuivi par l'entité vendeuse, le prix ne sera pas le même. Il peut s'agir :

- D'assurer la survie de l'entité vendeuse ;
- De maximiser le profit ;
- De maximiser les recettes ;
- De permettre la croissance de l'entité vendeuse ;
- De façonner l'image de l'entité vendeuse ;
- D'évincer certains acheteurs.

Ces éléments ont donc permis de définir une méthodologie de fixation des tarifs en trois étapes. Premièrement, l'assistant de gestion du pôle réalise une étude de coût pour chaque acte concerné. Pour ce faire, la pharmacie lui fournit les informations sur les prix des produits (prothèses, vaccins, etc.) utilisés pour cette activité. Cette étude prend en compte non seulement les charges directes, mais aussi les charges indirectes, conformément à ce que fait déjà la direction du contrôle de gestion pour la réalisation des comptes de résultats analytiques et tableaux coût case-mix. Deuxièmement, ce coût qui constitue le tarif minimum est rehaussé aux vues des prix arrêtés par les autres CHU (affichés dans leur catalogue ou communiqués au cas par cas). Le tarif final est toujours égal ou inférieur à celui proposé dans les autres établissements. La comparaison avec les structures directement concurrentes est rarement possible car les cliniques privées de l'agglomération refusent de communiquer leurs tarifs. La référence retenue (comparaison avec les autres CHU) permet néanmoins de prendre en compte une moyenne ou norme nationale. Troisièmement et au besoin, le tarif est ajusté en fonction du niveau de prise en charge par les mutuelles. C'est ce qui a par exemple été fait pour le régime particulier. Néanmoins, cette étape n'est pas systématique puisqu'il existe des prestations très rarement couvertes par les organismes complémentaires : c'est le cas des vaccins de la consultation voyageur. Quand il est possible, ce dernier temps de la démarche sert à adapter le prix au montant que sont prêts à payer les débiteurs et augmente donc le potentiel de vente du CHU lorrain. Au final, ce procédé permet d'avoir un tarif qui couvre les coûts de production, capte potentiellement des parts de marché et répond à la

perception du produit. Certains prix ont ainsi été radicalement changés. Par exemple, la comparaison avec les autres CHU a soulevé la question de la facturation du carnet de vaccination ou des duplicata.

2.1.2.3.3. Des procédures formalisées en vue d'harmoniser les pratiques

Une procédure de fixation des tarifs conforme à la méthodologie décrite ci-dessus a été rédigée. A l'initiative de la direction de la facturation ou du service concerné, les révisions de tarifs sont désormais périodiques et validées par la direction. Cela vise à éviter les changements sauvages de tarifs comme ça a pu être le cas pour les soins dentaires.

L'étude a aussi révélé des défaillances dans le circuit du patient dit payant et dans l'établissement des devis. Là encore, les procédures ont été réécrites voire tout simplement créées. Grâce à une actualisation des formulaires transmis par les bureaux des entrées, les admissionnistes seront désormais systématiquement avertis de la venue d'un patient payant et pourront donc mettre en œuvre l'encaissement avant dispensation.

Enfin, il a été mis fin à la pratique de fixation des tarifs par note de service. Afin de garantir leur opposabilité aux tiers, les tarifs définis par le CHU sont désormais diffusés dans un arrêté du directeur général de l'établissement.

2.1.2.3.4. Une stratégie de communication orientée vers l'usager

Cette diffusion juridique n'exonère pas l'établissement d'actions de communication plus larges s'il veut que ses tarifs soient consultés par les usagers. Si le CHU de Nancy souhaite que les tarifs remplissent leur fonction de captation de parts de marché, il est indispensable d'adopter une stratégie de communication qui dépasse les obligations d'information sus-évoquées (art. L1111-3 du CSP). Le vecteur le plus efficace reste Internet, comme l'a bien compris le CHU de Nantes. Ainsi, le catalogue devrait être publié sur le site web du CHU. Cette transparence a vocation à permettre au potentiel patient de réaliser son étude de marché et de choisir le CHU de Nancy du fait de ses tarifs adaptés à la demande et à la concurrence.

L'optimisation des produits facturables aux patients dépassant largement le cadre de la politique tarifaire, d'autres actions sont envisageables à Nancy. Etant donné la taille du CHU d'une part, et la durée limitée du stage d'autre part, ces actions n'ont pu être déployées en 2010. Néanmoins, il est possible de formuler des préconisations pour l'établissement en s'inspirant notamment des bonnes pratiques recensées dans les autres établissements.

2.2. Un large panel de leviers sur les produits facturables aux patients peut encore être exploité

Fort de l'exécution de deux importants chantiers permettant de développer les produits versés par les patients, le CHU de Nancy pourrait poursuivre la démarche, en 2011, en transposant d'autres projets ayant fait leurs preuves dans plusieurs structures.

2.2.1. Certains établissements font preuve de pratiques innovantes pour optimiser les produits facturables aux patients

Quelques établissements se sont distingués dans l'attention prêté aux produits facturables aux patients. Ces expériences ont été recensées grâce à une enquête réalisée auprès de tous les CHU/CHR français. Par ailleurs, l'ANAP a aussi appuyé un certain nombre de bonnes pratiques pour élaborer un « outil Performance sur la chaîne de facturation/recouvrement »⁵¹ qui doit permettre de valoriser les potentiels gisements de recettes, y compris sur les produits de titre 2 et 3.

2.2.1.1. Une enquête inter CHU/CHR sur les recettes versées par les patients

2.2.1.1.1. Un questionnaire conçu de sorte à garantir un fort taux de réponse et une facilité d'exploitation

Afin de positionner le CHU de Nancy par rapport à ses homologues en matière d'optimisation des produits facturables aux patients, un questionnaire à destination des 31 CHU/CHR⁵² de l'hexagone a été élaboré. Pour garantir le meilleur taux de réponse, plusieurs contraintes ont prévalu à la conception de ce sondage. Composé seulement de 10 questions à choix multiple, ce document devait néanmoins permettre de déceler les pratiques novatrices. Deux options étaient donc possibles :

- Soit faire porter chaque question sur un des principaux comptes de titre 2 ou 3. Cette solution permettait d'identifier les principaux gisements de recettes sans pour autant connaître la nature des chantiers conduits.
- Soit formuler des questions plus transversales sur le type des actions entreprises. Cette alternative conduisait à un recensement moins exhaustif des projets mis en oeuvre mais autorisait une vue plus précise sur la teneur des réalisations. Plus encore, en ciblant ainsi quelques chantiers précis, ce questionnaire intéressait plus les établissements auxquels des pistes d'actions étaient suggérées ou qui pouvaient être

⁵¹ Expression utilisée par l'ANAP pour présenter le projet sur son site web : [http://www.anap.fr/index.php?/anap/NOS-ACTIVITES/Les-projets-en-cours/\(offset\)/6/\(aff\)/list](http://www.anap.fr/index.php?/anap/NOS-ACTIVITES/Les-projets-en-cours/(offset)/6/(aff)/list) [visité le 25 juillet 2010].

⁵² 32 établissements desquels il faut déduire le CHU de Nancy.

curieux de leur positionnement sur ces quelques entreprises dans le paysage national.

C'est cette dernière option qui a été retenue. J'ai donc élaboré un questionnaire (cf. annexe 7) qui comprenait quatre groupes de questions à choix multiples (Oui / Non / Non applicable) ciblant différents types de leviers d'optimisation des recettes :

- La diminution des pertes potentielles de recettes ;
- L'augmentation des recettes ;
- L'amélioration des délais de recouvrement ;
- La gestion de projet.

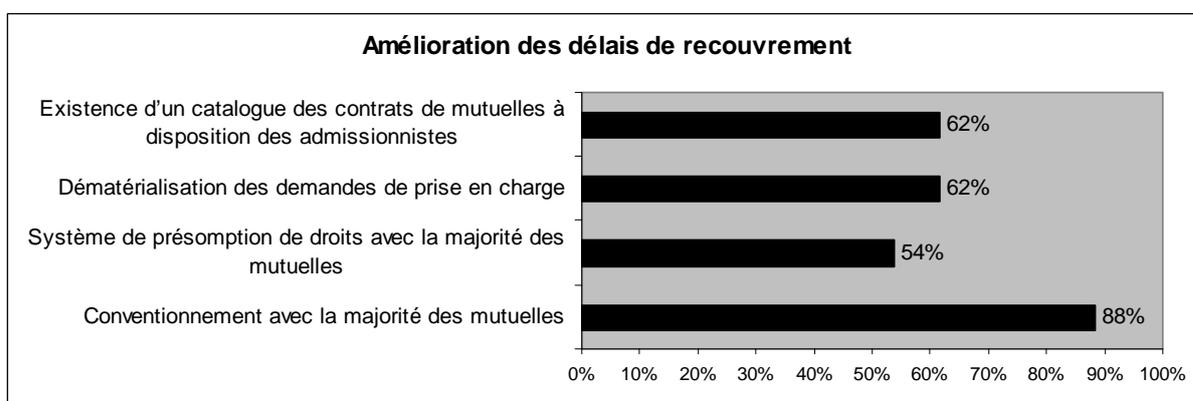
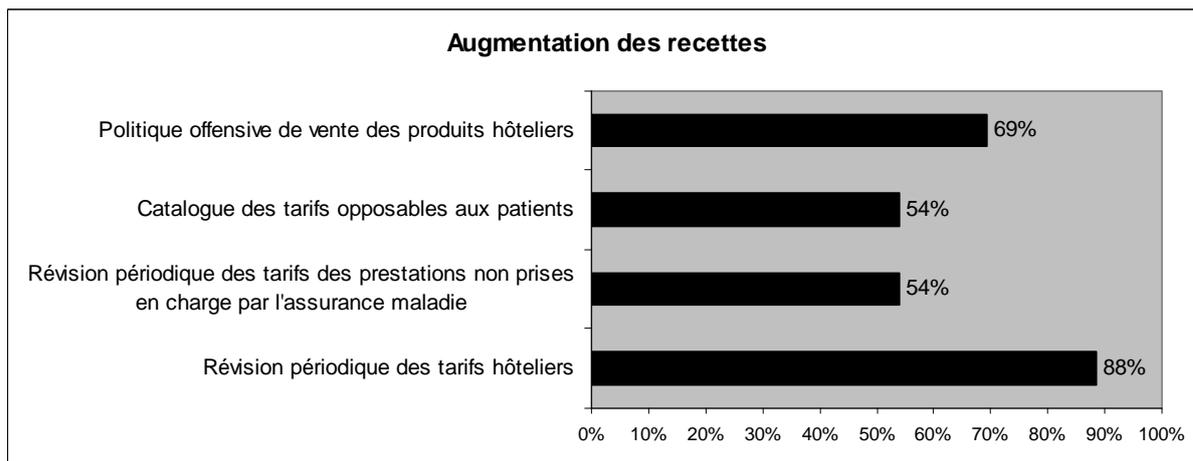
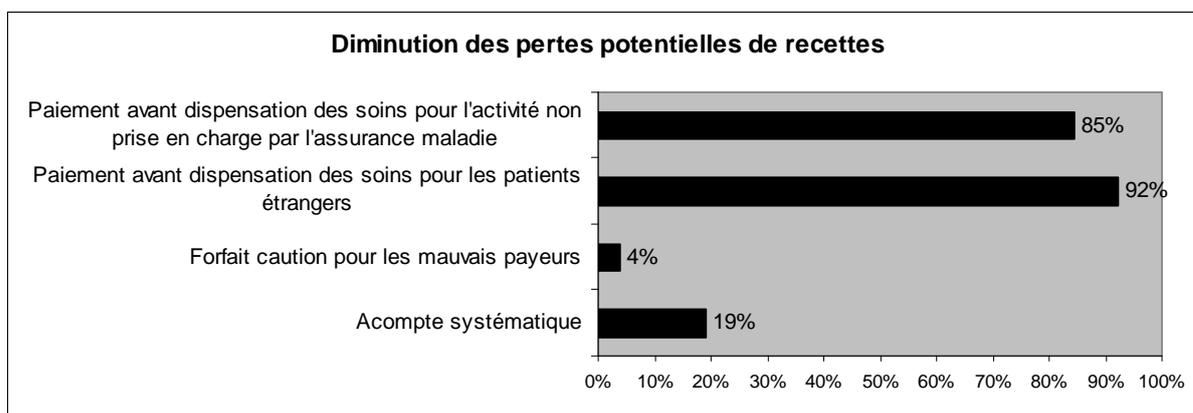
J'ai mis en forme le document sous Excel afin de le rendre plus simple d'usage et plus aisément exploitable. Il a été adressé à tous CHR/U grâce à la liste de diffusion électronique de la conférence des DAF de CHU. Cet envoi, effectué le 29 juin, a ensuite été complété par une sollicitation bilatérale (par courriel et téléphone) des directeurs s'étant distingués dans leurs réponses. Cette deuxième salve d'échanges a donc permis de préciser les chantiers entrepris dans les quelques établissements innovants, en recensant les conditions spécifiques de déploiement et les écueils à éviter dans la transposition de ces projets.

2.2.1.1.2. Une majorité d'établissements engagée sur les chantiers d'optimisation des produits facturables aux patients

La démarche s'est révélée très fructueuse puisque le taux de réponse a dépassé les 80%. 26 établissements (sur les 31 interrogés) ont renvoyé le questionnaire entre le 29 juin et le 15 juillet 2010.

Le premier constat est qu'aucun des établissements ne présente un taux de réponses positives à 100%. Autrement dit, tous les établissements disposent encore de marges de manœuvre en matière d'optimisation des produits facturables aux patients. Néanmoins, trois établissements (les CHU de Bordeaux, Montpellier et Nice) ont déclaré mettre en œuvre plus de 80% des actions ciblées dans le questionnaire. Deux autres établissements (Le CHU de Grenoble et les Hospices Civils de Lyon) ont un taux de réponses positives supérieur à 70%. Ce sont donc moins de 20% des établissements ayant répondu au questionnaire qui affichent un niveau avancé d'optimisation des produits facturables aux patients. A l'inverse, les deux établissements situés outre-mer qui ont donné suite au sondage (CHU de Pointe-à-Pitre et de La Réunion) ont engagé moins de 30% des chantiers proposés dans le questionnaire. Quatre autres établissements (CHU de Caen, de Reims, de Rouen et de Tours) présentent un taux de réponses positives inférieur à 50%. Ce sont donc également près de 20% des établissements ayant répondu au questionnaire qui affichent un niveau d'optimisation des produits facturables aux patients que l'on peut qualifier de critique. En conséquence, il semble raisonnable d'affirmer que ce champ reste à investir par la plupart des CHU.

Toutefois, les résultats sont très disparates selon l'action proposée.



A la lecture de ces trois graphiques, on s'aperçoit donc qu'il n'y a aucun chantier qui n'ait jamais été initié. En revanche, certaines mesures sont plus courantes. Dans le registre de la diminution des pertes potentielles de recettes, on constate qu'il n'y a que deux établissements qui n'aient pas mis en place le paiement avant dispensation des soins pour les patients étrangers (CHU de Caen et de Pointe-à-Pitre). A l'inverse, un seul établissement a déployé un système de forfait caution pour les usagers identifiés comme mauvais payeurs (CHU de Montpellier). Ces résultats permettent donc de cibler quelques actions particulièrement novatrices ou de positionner le CHU de Nancy par rapport à ses homologues quant aux projets qu'il inscrit à son agenda. Par exemple, les deux chantiers conduits en 2010 placent l'établissement parmi les hôpitaux les plus précurseurs. Si 69% des établissements mènent une politique offensive de vente des produits hôteliers (et donc du régime particulier), ils sont

à peine plus de la moitié (54%) à avoir conçu un catalogue des tarifs opposables aux patients. Or, comme mentionné précédemment, derrière ces 14 hôpitaux, seuls 6 proposent un catalogue de tarifs exhaustif qui n'est pas simplement un mémo des principales règles de facturation. Cette action s'inscrit donc parmi les plus audacieuses. Outre ces deux dossiers, les items sur lesquels le CHU de Nancy est en retard sont toujours parmi les moins déployés en France. En effet, le CHU de Nancy n'a pas mis en place de forfait caution pour les mauvais payeurs (comme 96% de ses homologues), ni d'acompte systématique (comme 81% des établissements). Le seul élément non développé à Nancy qui est pourtant relativement fréquent ailleurs est l'existence d'un catalogue des contrats de mutuelles à disposition des admissionnistes (seuls 38% des autres hôpitaux n'en ont pas).

Au titre des entreprises les plus rares, figure aussi l'amorce d'une gestion de projet sur les recettes de titre 2 et 3. En effet, seulement 58% des établissements ayant répondu au questionnaire confient avoir mis en place un tel dispositif. Au CHU de Nancy, la gestion de projet a surtout été développée pour les recettes liées à l'activité. Néanmoins, les groupes techniques mis en place dès 2006 (*cf. supra*) traitent aussi ponctuellement des autres produits. Il peut s'agir d'une piste à exploiter, d'autant plus qu'une structure solide de pilotage est déjà en place.

2.2.1.2. La participation à la conception d'un outil permettant la valorisation des gisements potentiels de recettes

Plusieurs items de ce questionnaire ont été identifiés comme des bonnes pratiques par l'ANAP dans sa démarche d'élaboration d'un « outil Performance sur la chaîne facturation/recouvrement ».

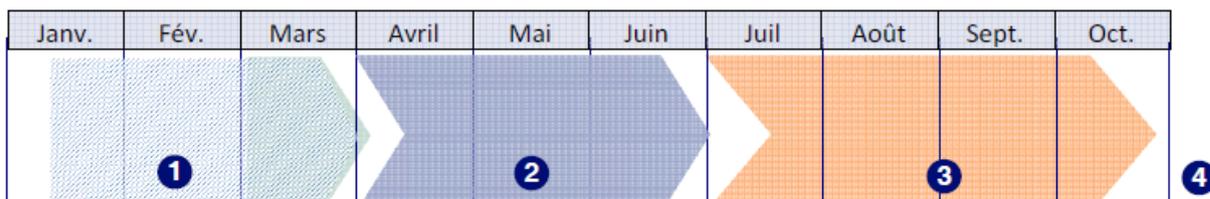
2.2.1.2.1. Un outil qui s'inscrit dans une démarche plus globale de promotion de la performance hospitalière

Parmi les dix projets inscrits à l'agenda de l'ANAP pour l'année 2010, deux visent au développement de processus de production efficaces. L'un d'eux consiste en l'élaboration d'une gamme d'outils performance à partir des meilleures pratiques observées. C'est dans ce cadre-là que l'ANAP a lancé, dès janvier 2010, la construction d'un outil d'aide à la décision en matière de facturation et recouvrement. Présenté comme un instrument de réduction des déficits, d'amélioration de la trésorerie et de préparation de la facturation individuelle à l'assurance maladie, ce support se veut pluridimensionnel. Il doit permettre de :

- Chiffrer les enjeux (en valorisant les potentiels gisements de recettes et les pertes de produits ou surcoûts imputables à une mauvaise gestion ou une chaîne de facturation/recouvrement non performante) ;

- Evaluer la performance de la chaîne de facturation grâce au suivi de quelques indicateurs relatifs à l'exhaustivité, la qualité et la rapidité de la facturation et du recouvrement ;
- Réaliser un diagnostic transversal de la chaîne de facturation/recouvrement au moyen d'un questionnaire portant sur les bonnes pratiques ;
- Concevoir un plan d'action précisant les moyens à mettre en œuvre et les échéances à l'aide d'un référentiel d'actions ou catalogue des bonnes pratiques.

L'élaboration de cet outil est programmée en 4 étapes, réparties comme suit :



Source : [http://www.anap.fr/index.php?anap/NOS-ACTIVITES/Les-projets-en-cours/\(offset\)/6/\(aff\)/list](http://www.anap.fr/index.php?anap/NOS-ACTIVITES/Les-projets-en-cours/(offset)/6/(aff)/list) [visité le 25 juillet 2010]

Dans un premier temps, un cabinet de conseil est chargé de construire un prototype de l'outil performance alors que l'ANAP sélectionne des établissements publics et privés dans trois régions (Bretagne, Poitou-Charentes, Provence-Alpes-Côte d'Azur)⁵³. Dans un deuxième temps, trois cabinets de conseil implantés localement sont chargés de tester le prototype dans les établissements retenus afin de l'enrichir, puis de réaliser les diagnostics et plans d'action adaptés à chaque situation. Dans un troisième temps, ces mêmes cabinets aident à la mise en œuvre des plans d'action avant de réaliser un bilan et une évaluation de l'outil. Dans un quatrième et dernier temps, l'ANAP procède à la diffusion et communication de l'outil. Au final, la démarche doit permettre « *d'expérimenter, de calibrer et de valider l'outil (faire du prototype un produit fini) en accompagnant les établissements dans une démarche d'amélioration de leur performance* »⁵⁴.

2.2.1.2.2. Un outil multifonction

Il s'agit en fait d'un fichier Excel composé de 9 feuilles ou onglets dont :

- Deux feuilles d'aide à l'utilisation (mode d'emploi et lexique) ;
- Trois feuilles à remplir avec les données de l'établissement (indicateurs, valorisation des enjeux et questionnaire) ;
- Quatre feuilles de restitution du diagnostic (restitution des indicateurs, radars, graphes niveau, champ analyse étape).

L'utilisateur remplit donc chaque onglet, soit avec des données chiffrées, soit en répondant par oui ou par non (voire par non applicable) au questionnaire. Chaque fois,

⁵³ La liste des établissements est disponibles sur le site web de l'ANAP : [http://www.anap.fr/index.php?anap/NOS-ACTIVITES/Les-projets-en-cours/\(offset\)/6/\(aff\)/list](http://www.anap.fr/index.php?anap/NOS-ACTIVITES/Les-projets-en-cours/(offset)/6/(aff)/list) [visité le 25 juillet 2010].

⁵⁴ Tel qu'annoncé par l'ANAP, toujours sur la même page de son site web.

l'acteur supposé détenir l'information est indiqué par un code couleur (DIM, DAF, responsable du bureau des entrées, DSI, pharmacien, responsable des secrétariats médicaux, trésorier).

La restitution est instantanée. Pour le volet indicateurs, l'ANAP a fixé, aux vues des bonnes pratiques recensées, un niveau cible requis pour chaque item. Par exemple, pour la facturation du régime particulier, l'ANAP fixe une cible de facturation du supplément pour 65% des lits en chambres individuelles. L'établissement sait ainsi, au moyen de signaux rouges, oranges ou verts, comment il se situe par rapport à ce recueil de bonnes pratiques. Pour le volet valorisation, la restitution se présente comme le chiffrage des pertes potentielles de recettes voire des frais de trésorerie générés par des délais de recouvrement compressibles. Ce chiffrage est réalisé au moyen de formules de calcul. Il ne se fait pas à partir de l'objectif cible identifié pour les indicateurs mais sur la base d'un minimum requis. Par exemple, pour les recettes du régime particulier, si la cible est 65% (comme évoqué précédemment), l'ANAP considère que le chiffrage de la perte est moindre puisqu'elle fixe un taux de facturation minimum à 50%. Enfin, pour le volet questionnaire, la restitution consiste en une représentation graphique des degrés de performance dans six champs d'analyse (pilotage, organisation, relations tiers, système d'information et référentiel, ressources humaines, communication) et pour sept étapes de la prise en charge du patient (pré-admission, soins, sortie du patient, facturation, recouvrement, encaissement en régie, pilotage). Ces degrés sont déduits de la proportion d'items auxquels l'établissement a répondu oui pour les 281 questions posées. Ils concernent toute la chaîne de la facturation et englobent tant la valorisation (codage de l'activité), que l'émission de factures et leur recouvrement. Autrement dit, l'outil auditionne tous les produits du CHU (ceux versés par l'assurance maladie, par les établissements extérieurs, par les patients et leurs mutuelles, etc.).

Cet outil relativement complet est en fait le fruit d'un travail pluridisciplinaire et inter-établissements. Des rencontres entre DIM et DAF des trois régions pilotes ont eu régulièrement lieu afin de définir les cibles (pour les indicateurs), les formules de calcul (pour la valorisation des enjeux), les exemples de bonnes pratiques (pour le questionnaire). J'ai été invitée à l'une de ces rencontres, le 4 mai 2010, à Marseille. J'ai ainsi pu apporter une contribution en faisant partager les bonnes pratiques nancéiennes. Cette journée de travail a aussi été l'occasion de me familiariser avec l'outil et de partager plus encore (au-delà du benchmark réalisé à l'aide du questionnaire) sur les bonnes pratiques en matière de produits facturables aux patients.

Toujours en cours de finalisation, cet outil a déjà convaincu quelques acteurs du financement des hôpitaux. Il a en effet été presque intégralement reproduit dans le dossier de candidature au projet FIDES.

L'étude des bonnes pratiques des établissements publics de santé en termes d'optimisation des produits facturables aux patients met en évidence un certain nombre

d'actions qui pourraient être conduites au CHU de Nancy, que ce soit à court terme ou à moyen terme.

2.2.2. Les actions envisageables au CHU de Nancy

Pour reprendre la classification adoptée pour le benchmark inter CHU/CHR (*cf. supra*), il existe quatre types de préconisations : celles relatives au pilotage, celles permettant une augmentation des recettes, celles favorisant une diminution des pertes potentielles de recettes et celles propres à l'amélioration des délais de recouvrement. Les recommandations relatives au pilotage constituent un prérequis pour la réussite de tous les autres chantiers. Elles doivent être prioritaires.

2.2.2.1. La mise en place d'un pilotage solide des projets

Le CHU de Nancy dispose déjà d'un atout fort pour poursuivre l'optimisation des produits facturables aux patients : la gestion de projet avancée qui existe quant au suivi des recettes. En s'appuyant sur un socle consolidé, l'établissement peut aisément élargir cette gestion de projet au suivi des sommes versées par les usagers ou leurs mutuelles. La mise en place d'un pilotage robuste doit être un prérequis pour lancer ensuite des chantiers ou actions phares sur les gisements de recettes potentiels. Aussi, les préconisations relatives à la gestion de projet doivent être prioritaires et peuvent rapidement être mises en œuvre.

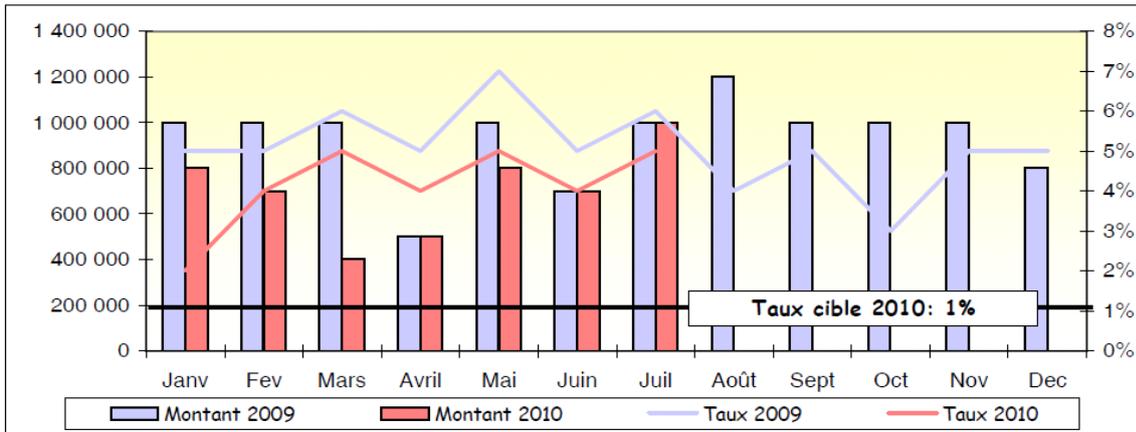
Le groupe technique F2A (*cf. supra*), dans sa composition, conviendrait parfaitement pour piloter l'optimisation des produits facturables aux patients. Il regroupe tous les acteurs concernés par cette problématique. C'est l'option qui semble avoir été prise par le CHU de Bordeaux qui a confié le pilotage de toutes les recettes (titre 1, 2 et 3) au même groupe projet. Toutefois, il est envisageable, selon les projets, de mettre en place des groupes de travail plus restreints. C'est ce qui a été fait pour le régime particulier en associant le personnel soignant et les secrétaires médicales. Ces deux acteurs n'étant pas concernés par l'ensemble de la problématique des produits facturables aux patients, ils doivent être sollicités au besoin. Un dialogue entre le bureau des entrées et les secrétaires médicales, dont les fiches de poste doivent être bien articulées, a ainsi été établi au CHU de Nantes grâce à la constitution d'un groupe de travail « filière médico-administrative » qui se réunit tous les mois.

A l'instar de ce qu'ont fait plusieurs CHU, l'établissement nancéien pourrait **enrichir son tableau de bord global en intégrant des indicateurs relatifs aux produits versés par les patients**. Voici une proposition de tableau de bord⁵⁵ que j'ai conçu avec l'appui des équipes de la direction du contrôle de gestion :

⁵⁵ Les valeurs (y compris pour les cibles) sont fictives.

V. Indicateurs recettes versées par les patients et les mutuelles

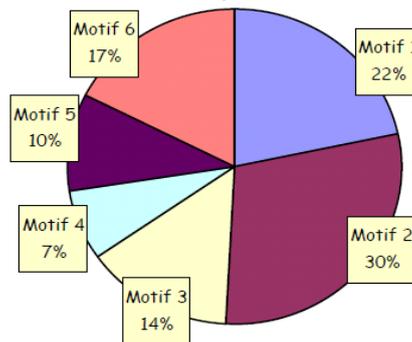
1. Retours NAPI*, évolution en montant et en %



2. Taux de dossiers incomplets

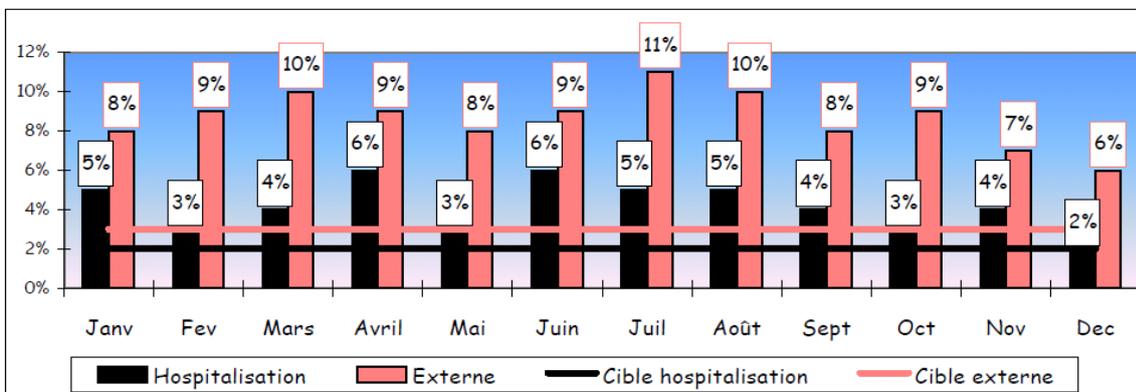
| | Juil. 2010 | Juil. 2009 | écart n-1 | Cible |
|-----------------------------|------------|------------|-----------|-------|
| Taux de Dossiers incomplets | 20% | 15% | ↗ | 10% |

Dossiers incomplets selon motif



Commentaire : à compléter mensuellement.

3. Taux de contentieux par type d'activité



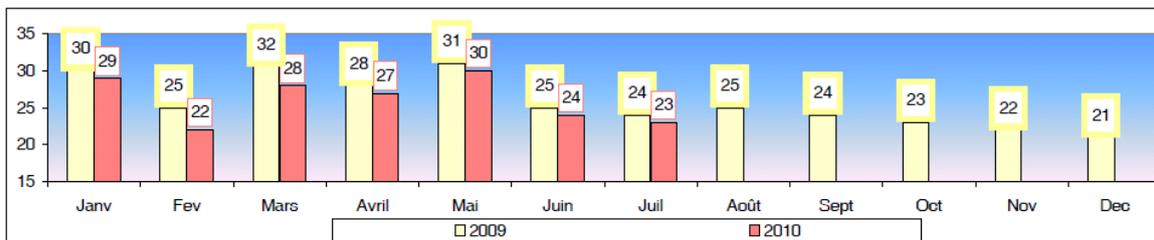
* NPAI : n'habite pas à l'adresse indiquée.

Pour l'ANAP, le suivi de ces trois catégories d'indicateurs constitue une bonne pratique. Ils sont d'ailleurs abordés dans le questionnaire de son « outil Performance sur la chaîne facturation/recouvrement ».

V. Indicateurs recettes versées par les patients et les mutuelles

4. Produits versés par les mutuelles

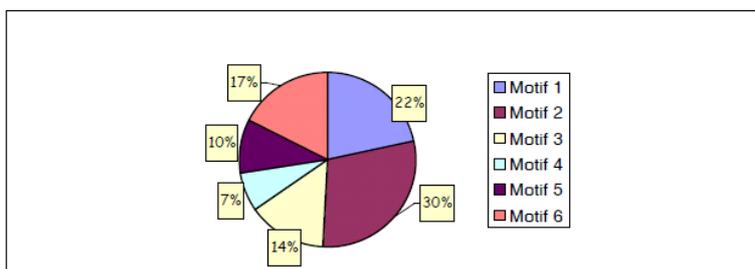
a) Délai de prise en charge en jours



b) Taux de rejet par les mutuelles

| Mutuelles | A fin juil. 2010 | A fin juil. 2009 | Evolution | Performance |
|------------|------------------|------------------|-----------|-------------|
| Mutuelle 1 | 15,1% | 17,8% | ↓ | ☺ |
| Mutuelle 2 | 12,0% | 17,6% | ↓ | ☺ |
| Mutuelle 3 | 11,5% | 15,2% | ↓ | ☺ |
| Mutuelle 4 | 18,1% | 13,0% | ↑ | ☹ |
| Mutuelle 5 | 14,0% | 13,9% | ↑ | ☹ |

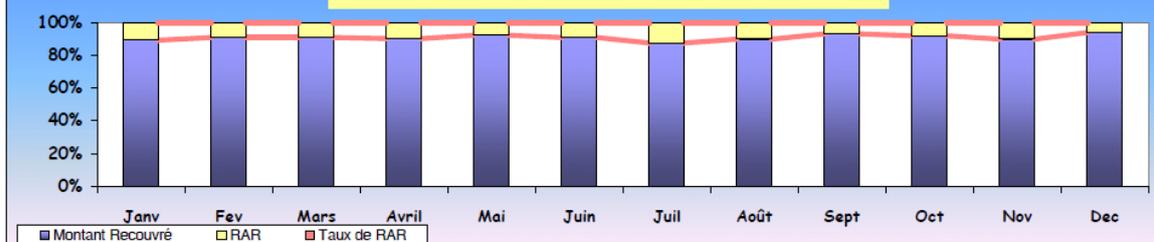
c) Motifs de rejets



5. Taux des RAR (reste à recouvrer) par débiteur

| Débiteur | Montants restants à recouvrer en € | | | Taux de RAR | | |
|--------------|------------------------------------|--------------------|-------------|-------------|------------|----------|
| | Juil. 2010 | Juil. 2009 | Ecart en % | Juil. 2010 | Juil. 2009 | |
| Débiteur 1 | 230 000 € | 250 000 € | -8% | 15% | 20% | ☹ |
| Débiteur 2 | 350 000 € | 250 000 € | 40% | 25% | 13% | ☹ |
| Débiteur 3 | 500 000 € | 800 000 € | -38% | 10% | 18% | ☹ |
| Débiteur 4 | 112 000 € | 150 000 € | -25% | 5% | 7% | ☺ |
| Débiteur 5 | 50 000 € | 70 000 € | -29% | 1% | 2% | ☺ |
| Total | 1 242 000 € | 1 520 000 € | -18% | 8% | 12% | ☹ |

Evolution du niveau de RAR en 2010, tous débiteurs confondus



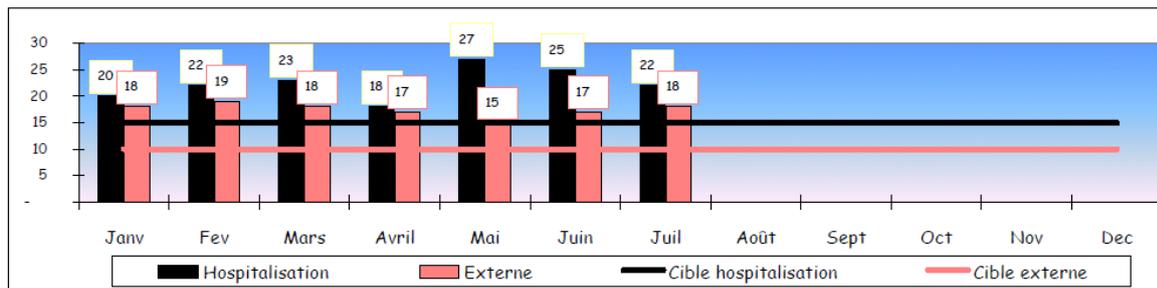
Là encore, le suivi d'indicateurs relatifs aux relations avec les mutuelles est recommandé par l'ANAP. En ce qui concerne les restes à recouvrer, c'est aussi une démarche entreprise par le CHU de Montpellier.

V. Indicateurs recettes versées par les patients et les mutuelles

6. Délais de facturation

| Activité | A fin juil. 2010 | A fin juil. 2009 | Evolution | Performance/Cible |
|-----------------|------------------|------------------|-----------|-------------------|
| Hospitalisation | 22 jours | 30 jours | ↓ | ⊗ |
| Externe | 18 jours | 20 jours | ↓ | ⊗ |
| Total | 20 jours | 25 jours | ↓ | ⊗ |

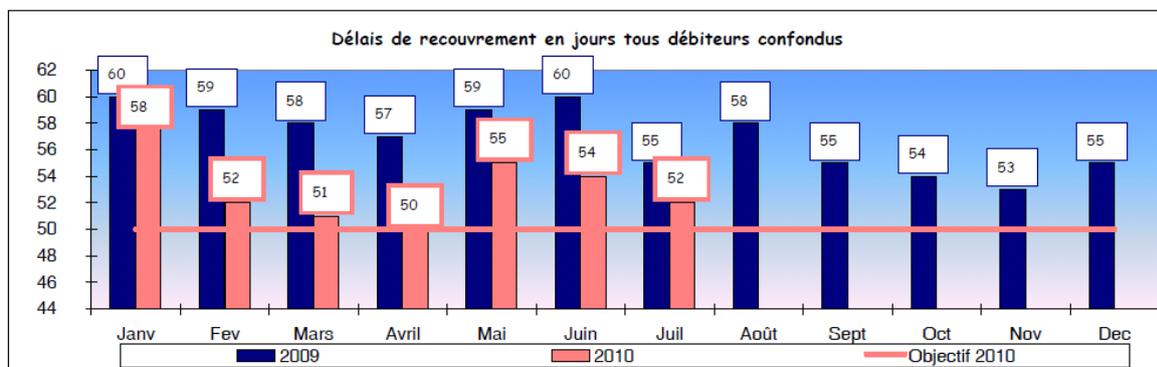
Rappel cible fixé à
- 15 jours pour
l'hospitalisation,
- 10 jour pour
l'externe.



7. Délais de recouvrement par type de débiteur

| Débiteur | A fin juil. 2010 | A fin juil. 2009 | Evolution | Performance/Cible |
|------------|------------------|------------------|-----------|-------------------|
| Débiteur 1 | 40 jours | 50 jours | ↗ | ⊕ |
| Débiteur 2 | 50 jours | 45 jours | ↗ | ⊕ |
| Débiteur 3 | 75 jours | 80 jours | ↓ | ⊗ |
| Débiteur 4 | 60 jours | 70 jours | ↓ | ⊗ |
| Total | 52 jours | 55 jours | ↓ | ⊗ |

Rappel cible fixé à 50 jours.



Les délais de recouvrement par type de débiteur et les délais de facturation sont également des éléments suivis par le CHU de Montpellier. Le CHU de Nantes effectue un suivi similaire de ses délais de facturation.

V. Indicateurs recettes versées par les patients et les mutuelles

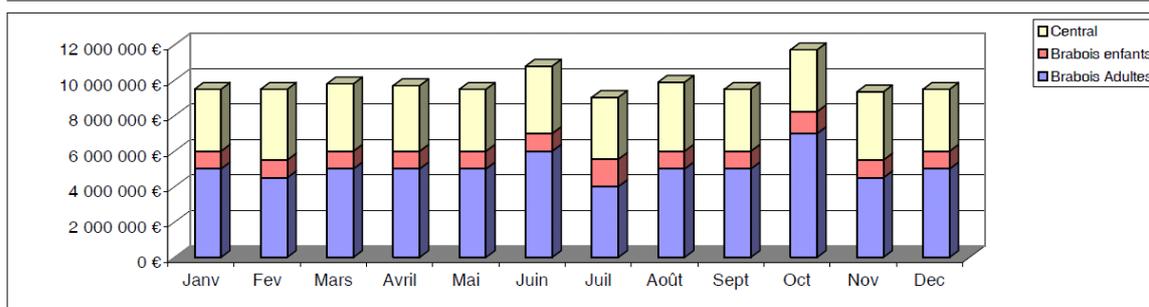
8. Encaissement

1. Taux de performance par régie

| Régie | A fin juil. 2010 | A fin juil. 2009 | Evolution | Performance/Cible |
|-----------------------|------------------|------------------|-----------|-------------------|
| Régie Brabois adultes | 85% | 80% | ↗ | 😊 |
| Régie Brabois enfants | 80% | 75% | ↗ | 😊 |
| Régie Hôpital central | 88% | 89% | ↘ | 😞 |
| Total | 85% | 82% | ↗ | 😊 |

Cible fixée à 85%.

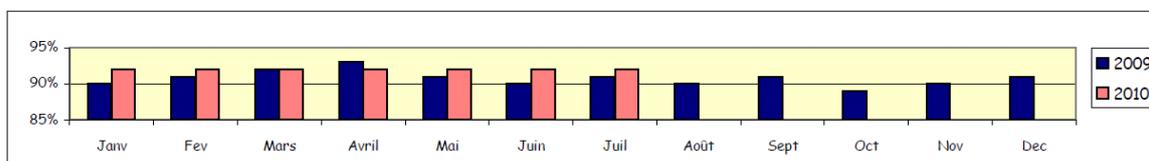
2. Volume des encaissements par régie



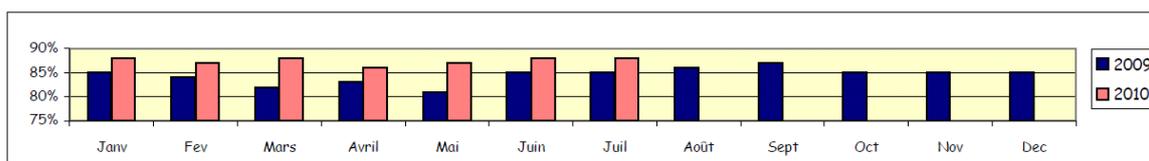
3. Taux et volume d'encaissement par produit

| Produit | Volume d'encaissement | | | Taux d'encaissement | | |
|--------------------------------|-----------------------|--------------------|------------|---------------------|------------|----------|
| | Juil. 2010 | Juil. 2009 | Ecart en % | Juil. 2010 | Juil. 2009 | |
| Forfait journalier | 3 550 000 € | 3 555 556 € | 0% | 92% | 91% | 😊 |
| Frais relatifs aux SE | 350 000 € | 250 000 € | 40% | 85% | 88% | 😞 |
| Produits du régime particulier | 250 000 € | 320 000 € | -22% | 82% | 92% | 😞 |
| Total | 4 150 000 € | 4 125 556 € | 1% | 91% | 90% | 😊 |

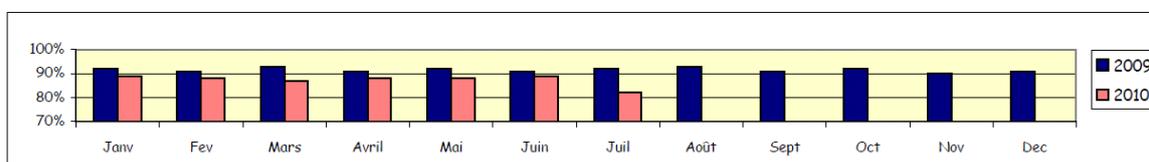
Taux d'encaissement du forfait journalier



Taux d'encaissement des frais relatifs aux soins externes



Taux d'encaissement des produits du régime particulier



Le taux de performance des régies et le volume d'encaissement par point décentralisé sont des indicateurs produits au CHU de Montpellier. Aux hospices civils de Lyon, sont suivis les taux d'encaissement par nature de produit (forfait journalier et soins externes).

Le CHU de Caen, quant à lui, utilise un tableau qui recense les dossiers ouverts, les dossiers facturés, les dossiers refacturés, la valorisation des dossiers facturés et le délai de facturation. Celui-ci est alimenté par les adjoints des cadres du bureau des entrées. Au CHU de Nantes, il existe autant de tableaux de bord que de pôles.

Ce sont autant de pistes intéressantes pour le CHU de Nancy. Néanmoins, il convient de s'assurer que le système d'information permette de générer chacun des indicateurs. En effet, seules les données qui peuvent être produites par le système d'information doivent être retenues afin d'éviter toute contestation des chiffres et afin d'avoir une politique cohérente de production d'indicateurs.

Outre cette supervision par le groupe technique F2A, il est envisageable de **contractualiser avec les acteurs concernés sur un certain nombre d'objectifs**. Il peut s'agir des agents des bureaux des entrées auxquels des cibles en termes de délais de facturation ou taux d'encaissement en régie sont attribuées. C'est par exemple ce qui a été mis en place au CHU d'Amiens. L'ANAP recommande, dans son « outil Performance sur la chaîne facturation / recouvrement », d'inscrire les objectifs en termes de facturation (délais de codage, taux d'encaissement en régie, etc.) dans les contrats de pôle. Alors qu'une nouvelle génération de contrats de pôle est en cours d'élaboration au CHU de Nancy, cette question mériterait d'être étudiée. Toutefois, il semble plus adapté de contractualiser sur des objectifs de recettes et d'exhaustivité plutôt que sur des objectifs globaux de facturation dans la mesure où les pôles n'ont pas de prises sur le travail réalisé par le bureau des entrées. En effet, au CHU de Nancy, il y a peu de décentralisation ou délocalisation des points accueils clientèle dans les services cliniques et médico-techniques.

Toujours en termes de pilotage, plusieurs établissements complètent ce suivi interne par des rencontres régulières et formalisées avec les principaux partenaires extérieurs impliqués dans le recouvrement des produits opposables aux patients. Par exemple, plusieurs établissements (Montpellier et Poitiers) rencontrent semestriellement les caisses primaires pour valider les procédures encadrant la facturation des produits versés par l'assurance maladie. Un tel dispositif serait envisageable, pour les produits facturables aux patients, avec le trésorier et les mutuelles. De nombreux établissements, dont les CHU de Nantes et de Lille, ont établi des **conventions de partenariat avec leur trésorier** pour traiter notamment les NPAI (n'habite plus à l'adresse indiquée) et les rejets du comptable public. Des rencontres mensuelles avec la trésorière existent déjà au CHU de Nancy. Néanmoins, ce n'est que depuis l'arrivée de la nouvelle trésorière, il y a environ deux ans, que la démarche partenariale a véritablement pu être engagée. A ce stade, les rencontres mensuelles donnent uniquement lieu à une analyse de la situation d'un point de vue agrégé. Une fois ces jalons consolidés, la prochaine étape pourra être l'inscription régulière à l'ordre du jour de points de situation sur les rejets et les NPAI. Ceci devrait permettre au CHU de Nancy d'être plus performant dans le recouvrement des produits opposables aux patients. Ce travail collaboratif pourrait voir le jour en 2011.

Un tel **partenariat peut aussi être mis en place avec les principales mutuelles**. Cette association existe à Lyon et à Nantes. Ceci doit permettre la mise en place du tiers payant et de liaisons dématérialisées, l'adoption de conventions sur les délais de prises en charge et le traitement des rejets. Plus encore, il est souhaitable d'avoir, au sein de l'établissement, un agent désigné référent pour chacune des principales mutuelles. Comme le veut la loi de Pareto, la grande majorité des patients sont couverts par une minorité de mutuelles : environ 60% des patients ayant une couverture complémentaire ont souscrit soit à la Prévadiès, soit à la MUCIM-STANISLAS⁵⁶. Avoir des référents au bureau des entrées pour ces deux organismes permettrait de faciliter le dialogue et d'organiser les rencontres mensuelles ou trimestrielles qui existent dans d'autres établissements.

Tous ces échanges avec les débiteurs doivent permettre une meilleure acceptation des tarifs. C'est le pari fait par les Hospices Civils de Lyon qui l'ont inscrit dans leur projet « développement des recettes annexes » amorcé fin 2009.

Toujours en vue d'améliorer le pilotage, plusieurs actions relatives à la communication mériteraient d'être conduites rapidement. En ce qui concerne la communication interne, il est souhaitable que les rôles de chacun soient clairement connus de tous. C'est d'ailleurs l'une des exigences de la HAS qui, dans la référence 2a du manuel de certification 2010, demande à ce que les organigrammes et circuits de décisions soient clairement diffusés auprès des professionnels. Le CHU de Nantes a ainsi mis à disposition de ses agents **un tableau nominatif des interlocuteurs du bureau des entrées**. En identifiant des référents, le dialogue indispensable entre services en charge de la facturation et services de soins est facilité. Or, à l'échelle du CHU de Nancy, établissement qui plus est multi-site, il y a fort à parier qu'un tel annuaire serait bénéfique. Consciente de cet impératif, la nouvelle directrice de la facturation a d'ailleurs inscrit à son plan d'action l'émergence d'une « *unique voix direction de la facturation* » et l'amélioration de l'accès aux personnes ressources pour les partenaires de la direction de la facturation (positionner les bureaux des entrées comme prestataires de service).

Un autre axe de pilotage qui pourrait être mis en œuvre à court terme à Nancy concerne **le recueil et le suivi des procédures**. Comme Montpellier a pu l'être, l'établissement lorrain est pénalisé par la pluralité de ses sites qui génère des pratiques disparates. Alors qu'en termes de facturation peu de procédures sont rédigées, l'hôpital tirerait grand profit d'une harmonisation et d'une mise en ligne sur l'intranet de ces références, à l'instar de ce qu'a fait son homologue. Le CHU de Nancy s'est doté, en 2006, d'un outil performant de gestion documentaire. Il permet, notamment, de partager les procédures et de définir une périodicité de révision. Insuffisamment utilisé, ce pourrait être un levier fort à

⁵⁶ Conformément à une analyse sur échantillon de 1000 dossiers réalisé en juin 2010.

l'heure où la directrice de la facturation s'est fixé comme objectifs, pour 2011, l'amélioration de la transversalité entre les différents bureaux des entrées et la formalisation des tâches réalisées.

A moyen terme, il est possible d'aller plus loin encore dans le suivi des recettes en mettant en place un **dispositif d'intéressement** des acteurs concernés. Par exemple, au CHU de Nice, chaque bureau des entrées peut bénéficier de mensualités de remplacement supplémentaires en fonction des recettes générées par la facturation du régime particulier. Un tel dispositif doit être accompagné de multiples précautions puisque certains sites ne seront jamais concernés par ce type de recettes (hôpital d'enfant, soins palliatifs, réanimations, etc.). Plus encore, ces recettes ne dépendent pas seulement des admissionnistes. Les services de soins sont des acteurs à part entière dans la vente de cette prestation. A ce titre, il serait donc préférable d'intéresser les pôles sur des objectifs de recettes agrégés, voire sur leur résultat. Alors que la contractualisation interne est relancée en cette fin d'année au CHU de Nancy, il revient à l'établissement de définir une politique globale d'intéressement qui soit cohérente avec ce que permet le système d'information. Ce n'est qu'à partir de ce schéma général que pourront ensuite être déclinées et contractualisées les différentes modalités d'intéressement.

A plus long terme, il est aussi envisageable d'**adapter le système d'information** au suivi souhaité. Le CHU de Nancy renouvelle partiellement son parc logiciel de facturation / valorisation. Peut-être est-ce l'occasion de négocier certains modules complémentaires qui pourraient être utiles à un meilleur pilotage des recettes.

2.2.2.2. L'augmentation des recettes versées par les patients

Une fois le pilotage consolidé, il sera possible de déployer plusieurs chantiers visant à exploiter des gisements de recettes jusque là ignorés. Plusieurs de ces actions peuvent être réalisées sur des délais brefs, comme ce fut le cas pour la facturation du régime particulier mise en place en moins de 6 mois. Les Hospices Civils de Lyon travaillent ainsi à la **facturation des lits accompagnants**, des **chambres mortuaires aux familles** voire aux tribunaux de grandes instances, de la **prestation gestion de la protection des majeurs** et des **frais de culte**. Ce sont autant de pistes de recettes pour le CHU de Nancy. Plus particulièrement, lors du travail sur la facturation du régime particulier, il a été constaté des pratiques très disparates sur la facturation des lits accompagnants. Si l'hôpital d'enfant est particulièrement attentif à la facturation de cette prestation, le personnel soignant d'autres services ne signale jamais la présence d'un accompagnant. Ce pourrait donc être un chantier prioritaire, facilement déployable dans la mesure où une procédure existe déjà.

2.2.2.3. La réduction des potentielles pertes de recettes

Plusieurs établissements ont entrepris des mesures pour diminuer les pertes potentielles de recettes. Sur l'exemple de ce qu'a mis en place le CHU de Montpellier et des recommandations de la MEAH (dans son dossier sur le recouvrement des produits hospitaliers)⁵⁷, il conviendrait, à Nancy, de **réviser les procédures de coordination avec les assistantes sociales**. Plus les situations particulières sont détectées tôt, plus des solutions adaptées évitant les impayés pourront être adoptées. Il s'avère qu'à Nancy, l'interface avec les assistantes sociales mériterait d'être révisé, notamment à l'heure où des antennes supplémentaires du bureau des entrées vont être mises en place dans les nouveaux bâtiments.

Plus encore, il conviendrait de mettre en place une véritable **procédure de gestion des dossiers incomplets** avec un système d'alerte automatique par le système d'information. Ceci permettrait d'élaborer une procédure afin d'adopter une démarche proactive auprès des accompagnants, voire auprès des services de soins, en vue de compléter les données administratives manquantes. Etant donné que le système d'information le permet, un tel dispositif peut être rapidement déployé, moyennant l'association du personnel soignant à la rédaction des procédures.

Comme l'indique le benchmark, rares sont les établissements à imposer un **forfait caution pour les mauvais payeurs**. Or, cela permettrait de se prémunir contre nombre d'impayés. Pour ce faire, deux prérequis sont nécessaires. Premièrement, il faut un échange d'information régulier et formalisé entre la trésorerie et les bureaux des entrées sur les sommes impayées (et leurs débiteurs). C'est pourquoi, comme évoqué précédemment, la priorité doit nécessairement être donnée à l'édification d'une structure de pilotage solide qui intègre des rencontres régulières avec la trésorerie. Toutes les trésoreries sont en mesure de communiquer mensuellement les restes à recouvrer dans le fichier dit H-retour. Ceci a permis au CHU de Montpellier, d'une part, de relancer les débiteurs après une année et, d'autre part, d'identifier les mauvais payeurs dès l'admission. Les Hospices Civils de Lyon ont, quant à eux, intégré dans leur système d'information, dès la fin d'année 2009, les renseignements sur les titres impayés. Une réflexion sur l'ampleur des restes à recouvrer et sur les modalités d'intégration de ces données dans le système d'information mériterait d'être menée à Nancy. Ce pourrait être un des points de l'ordre du jour de la prochaine rencontre avec la trésorerie.

Toujours au sujet des sommes impayées, les Hospices Civils de Lyon travaillent actuellement à l'élaboration d'une procédure spécifique pour les patients n'offrant pas de garantie suffisante de paiement. Il s'agit notamment des usagers hébergés chez autrui. Concrètement, l'établissement effectue une **révision périodique des conventions** conclues avec les associations qui adressent ou protègent ces patients. Un tel conventionnement

⁵⁷ MISSION NATIONALE D'EXPERTISE ET D'AUDIT HOSPITALIER, février 2007, *Organisation du recouvrement des produits hospitaliers dans les établissements publics et privés. Rapport de phase 2 – Présentation des plans d'actions*, p.14.

n'existe pas à Nancy. Il pourrait, si les conditions le requièrent, s'agir d'une autre piste de diminution des pertes de recettes.

2.2.2.4. L'amélioration des délais de recouvrement

Cet axe là est d'autant plus d'actualité que le contrat de performance qui sera signé entre le CHU de Nancy, l'ANAP et l'ARS érige en indicateur opérationnel du diagnostic les délais de recouvrement des créances auprès des patients (article 5 du contrat).

Afin de réduire ces délais de recouvrement, l'ANAP, dans son « outil Performance sur la chaîne de facturation / recouvrement », recommande de **toujours encaisser en régie les frais annexes du patient** (suppléments pour chambre particulière, repas des accompagnants, etc.). Plus encore, l'ANAP qualifie de bonne pratique la vérification systématique, à la sortie du patient, des prestations de télévision et de téléphonie fournies. Pour certaines de ces prestations, il est même possible de mettre en place un paiement avant dispensation. C'est notamment le cas des repas accompagnants qui devront être commandés donc signalés. Là encore, un tel dispositif peut être vite déployé, à condition d'associer tous les acteurs concernés à la rédaction des procédures. L'enjeu réside surtout dans la capacité du CHU de Nancy à proposer une communication adaptée aux patients.

Aussi, comme 88% des établissements ayant répondu au benchmark inter CHU/CHR sur les produits versés par les patients (*cf. supra*), le CHU de Nancy pourrait rapidement **poursuivre sa démarche de conventionnement avec les mutuelles** afin, notamment, de mieux gérer les délais de prise en charge et le traitement des rejets. Plus encore, ce pourrait être la clé d'une politique globale de généralisation du tiers payant. Si des conventions existent déjà avec les principales mutuelles, elles ne font pas l'objet d'une révision périodique.

Toujours au sujet des mutuelles, et pour poursuivre le travail entamé avec la facturation du régime particulier, le CHU de Nancy devrait poursuivre le **recensement des contrats de mutuelles** des patients accueillis. L'enjeu réside ici dans la mise en forme de ce recueil pour qu'il soit exploitable par les admissionnistes. Le CHU de Nancy compte effectivement plus de 1600 mutuelles différentes, chacune proposant souvent plusieurs contrats. On comprend que l'utilité de ce document dépendra donc de son ergonomie. Or, ce peut être un outil profitable pour la vente des prestations hôtelières.

L'essentiel des bonnes pratiques sont transposables à Nancy. La difficulté réside plutôt dans la priorisation de ces actions et la capacité de l'établissement à assumer simultanément plusieurs chantiers. La primauté doit néanmoins être donnée à la mise en place d'un pilotage robuste. C'est une condition *sine qua non* pour les autres projets. Certaines actions devront être menées à plus long terme, du fait de leur complexité technique, comme c'est le cas pour le dispositif d'intéressement ou l'adaptation du système d'information.

Conclusion

Alors que les règles budgétaires et financières des EPS ont été bouleversées à partir de 2004, l'exigence d'équilibre contraint les hôpitaux à réduire au maximum leurs charges et à augmenter leurs recettes. En termes d'optimisation des produits, le CHU de Nancy, comme la plupart de ses homologues, a concentré ses efforts sur son principal débiteur : l'assurance maladie. Dans un contexte où un ONDAM fixe progressant de moins en moins vite est voté annuellement par le parlement, les marges de manœuvre des établissements par rapport à ce premier partenaire sont de plus en plus réduites. Les produits facturables aux patients deviennent alors un véritable enjeu du retour à l'équilibre financier du CHU de Nancy. Or, il s'agit précisément d'un champ peu exploré jusque là par cet établissement. A l'heure où les contrats de mutuelles se multiplient, permettant aux patients d'être demandeurs de plus en plus de prestations, il est nécessaire que le CHU de Nancy repense le panel des services qu'il propose à ses usagers.

Optimiser les produits facturables aux patients ne revêt donc pas uniquement un intérêt comptable. S'intéresser à la facturation de certaines prestations aux patients, et surtout à leurs mutuelles, impose au CHU de Nancy de garantir la qualité du service ainsi que l'accès à cette offre. La conduite de deux projets en ce sens, au cours de l'année 2010, m'a permis d'en prendre réellement la mesure. Avant que ne soit formalisé le circuit de facturation du régime particulier, nombre de patients se plaignaient de ne pouvoir demander cette prestation. De même, pour concevoir le catalogue des tarifs, plusieurs activités ont été remises en cause ou encouragées. Ce sont autant de démarches qui façonnent l'appréciation singulière qu'aura chaque patient de l'établissement. L'impact en termes d'image n'en sera que plus grand et bénéficiera à l'ensemble de l'activité de l'hôpital. En fidélisant les patients, des parts de marché peuvent être conquises pour l'activité financée par l'assurance maladie. En effet, si le débiteur reste l'assurance maladie, le demandeur demeure le bénéficiaire des soins. Cette approche fait d'ailleurs écho au contrat de performance qui sera signé le 11 octobre entre le CHU de Nancy, l'ANAP et l'ARS de Lorraine. Parmi les objectifs identifiés dans l'article 5 de ce document figure l'amélioration de la qualité du service rendu au patient, qui sera mesurée par le taux de satisfaction des patients.

Le CHU de Nancy dispose de perspectives positives précisément parce que son potentiel d'optimisation des produits facturables aux patients est grand. Au-delà des deux chantiers conduits en 2010, nombre de préconisations peuvent être listées. Cependant, derrière toute piste d'action réside la difficulté de la mise en œuvre. C'est probablement le principal enseignement des deux missions menées à bien en 2010. Les compétences managériales et de conduite de projet attendues de tout directeur d'hôpital ont été ainsi pu être mises à l'épreuve. Traduire une idée en réalisation est d'autant plus complexe dans un établissement de la taille du CHU de Nancy. L'hétérogénéité des pratiques et la pluralité des

interlocuteurs creusent le fossé entre chaque préconisation et son implémentation. Cette étude sur l'optimisation des produits facturables aux patients n'est donc qu'une illustration de la problématique globale du juste positionnement du directeur. Conduire le changement, bâtir une structure pérenne de suivi, attribuer le bon rôle à chaque partenaire, assurer le pilotage des projets sont donc les clés incontournables pour mener à bien cette entreprise d'augmentation des recettes.

Cette réflexion sur des débiteurs trop longtemps ignorés par les hôpitaux suscite aussi un questionnement sur l'adaptation des outils proposés. Alors qu'il est aujourd'hui possible de régler sur Internet quantité de factures et de payer ses impôts, le télépaiement semble une étape inévitable pour les hôpitaux. Ça l'est d'autant plus au CHU de Nancy qui enregistrait, en 2009, 3003 séjours de patients hors assurance maladie sur un total de 111.433. Plusieurs établissements (le CHU d'Amiens, de Nice et de Tours) ont aujourd'hui amorcé une réflexion sur la mise en place du télépaiement pour les patients. Un tel dispositif ne peut être mis en place qu'après une étude de faisabilité technique et réglementaire. Plus encore, ce projet ne peut être conduit que de paire avec la direction générale des finances publiques. Il avait été inscrit à l'agenda du CHU de Nancy pour 2010, mais le changement d'outil informatique à la trésorerie a obligé le report du dossier. Il est néanmoins souhaitable qu'à terme les hôpitaux adoptent les évolutions des technologies et des pratiques de ses usagers. Une dématérialisation de l'envoi des factures et des flux monétaires, à l'aide d'ordinateurs, de smartphones ou de tablettes graphiques, pourrait constituer un avenir prochain pour les établissements de santé.

Sources et bibliographie

Textes législatifs, réglementaires et circulaires

Codes

Code de la santé publique, version consolidée au 4 septembre 2010 [visité le 15.09.2010], disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20100916>

Code de la sécurité sociale, version consolidée au 8 septembre 2010 [visité le 15.09.2010], disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&dateTexte=20100916>

Lois

Loi n°83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale (mesures destinées à combler le déficit de la sécurité sociale). Journal officiel du 20 janvier 1983, p. 374.

Loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004. Journal officiel n°293 du 19 décembre 2003, pp.21641-21670.

Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie [en ligne]. Journal officiel n°190 du 17 août 2004. [visité le 15.09.2010], disponible sur internet : http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20040817&numTexte=2&pageDebut=14598&pageFin=14626

Loi n°2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005 [en ligne]. Journal officiel n°296 du 21 décembre 2004. [visité le 15.09.2010], disponible sur internet : http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20041221&numTexte=1&pageDebut=21649&pageFin=21663

Loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 [en ligne]. Journal officiel n°295 du 20 décembre 2005. [visité le 15.09.2010], disponible sur internet :

http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20051220&numTexte=1&pageDebut=19531&pageFin=19560

Loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la Sécurité sociale pour 2008 [en ligne]. Journal officiel n°0296 du 21 décembre 2007. [visité le 15.09.2010], disponible sur internet :

http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20071221&numTexte=1&pageDebut=20603&pageFin=20639

Loi n°2008-1330 eu 1^{er} décembre 2008 du financement de la sécurité sociale pour 2009 [en ligne]. Journal officiel n°0294 du 18 décembre 2008. [visité le 15.09.2010], disponible sur internet :

http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20081218&numTexte=1&pageDebut=19291&pageFin=19327

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [en ligne]. Journal officiel n°0161 du 22 juillet 2009. [visité le 15.09.2010], disponible sur internet :

http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20090722&numTexte=1&pageDebut=12184&pageFin=12244

Ordonnances

MINISTERE DES SOLIDARITÉS, DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE. Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé [en ligne]. Journal officiel n°102 du 3 mai 2005. [visité le 15.09.2010], disponible sur internet :

http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20050503&numTexte=15&pageDebut=07626&pageFin=07635

Décrets

MINISTERE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. Décret n° 2005-840 du 20 juillet 2005 relatif à la sixième partie (Dispositions réglementaires) [en ligne]. Journal officiel n°172 du 26 juillet 2005. [visité le 15.09.2010], disponible sur internet :

http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20050726&numTexte=5&pageDebut=12113&pageFin=12122

MINISTERE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. Décret n° 2006-707 du 19 juin 2006 modifiant l'article R. 322-8 du code de la sécurité sociale [en ligne]. Journal officiel n°141 du 20 juin 2006. [visité le 15.09.2010], disponible sur internet :

http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20060620&numTexte=11&pageDebut=09212&pageFin=09212

MINISTERE DES FINANCES ET DES AFFAIRES ÉCONOMIQUES. Décret n°62-1587 du 29 décembre 1962 portant règlement général sur la comptabilité publique. Journal officiel du 20 décembre 1962, p. 12828.

PREMIER MINISTRE. Décret n°83-744 du 11 août 1983 relatif à la gestion et au financement des établissements d'hospitalisation publics et privés participant au service public hospitalier. Journal officiel du 12 août 1983, p. 2603.

Arrêtés

MINISTERE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. Arrêté du 15 mai 2008 portant modification de l'arrêté du 30 octobre 2006 relatif à l'instruction budgétaire et comptable M. 21 des établissements publics de santé. [en ligne]. Journal officiel n°0165 du 17 juillet 2008. [visité le 15.09.2010], disponible sur internet :

http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20080717&numTexte=37&pageDebut=11406&pageFin=11411

MINISTERE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS. Arrêté du 20 janvier 2009 modifiant l'arrêté du 22 février 2008 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique [en ligne]. Journal officiel n°0025 du 30 janvier 2009. [visité le 15.09.2010], disponible sur internet :

http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20090130&numTexte=39&pageDebut=01709&pageFin=01709

Circulaires

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS. CIRCULAIRE N°DHOS/F1/MTAA/2006/376 du 31 août 2006 relative aux conditions de

facturation d'un GHS pour les prises en charge hospitalières en zone de surveillance de très courte durée ainsi que pour les prises en charge de moins d'une journée, 6p. [visité le 15.09.2010], disponible sur internet :

http://www.circulaires.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_8013.pdf

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS. CIRCULAIRE N°DHOS/F1/F4/2007/105 du 21 mars 2007 relative à la généralisation de la suppression du taux de conversion, 22p. [visité le 15.09.2010], disponible sur internet :

http://circulaires.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_21553.pdf

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS. CIRCULAIRE N°DHOS/F2/2008/233 du 16 juillet 2008 relative à l'équilibre financier des établissements de Santé, 64p. [visité le 15.09.2010], disponible sur internet :

http://circulaires.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_16422.pdf

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS. CIRCULAIRE N° DHOS/F4/2009/319 du 19 octobre 2009 relative aux règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé, 127p. [visité le 15.09.2010], disponible sur internet : http://circulaires.gouv.fr/pdf/2009/10/cir_29752.pdf

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS. Circulaire N°DHOS/R1/DSS/2010/177 du 31 mai 2010 relative à la campagne tarifaire 2010 des établissements de santé, 49p. [visité le 15.09.2010], disponible sur internet :

http://circulaires.gouv.fr/pdf/2010/06/cir_31209.pdf

Autres

Nomenclature générale des actes professionnels restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11 mars 2005, [visité le 15.09.2010], disponible sur internet :

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/ngap-20100528.pdf

Ouvrages

BRAS P.-L ., POUVORVILLE G. de, TABUTEAU D., 2009, *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Paris : Presses de Sciences Po, 564p.

CASH R., MADELMONT F., DUPOUY A.-J., RAFINI S., RYMER R., SEGOUIN C., SOLIVERI P., WERY O., 2010, *La tarification à l'activité*, Malakoff : CNEH, 56p.

GROLIER J., DOUSSOT-LAYNAUD C.-A., PEYRET P., 2009, *EPRD. Gestion budgétaire et comptable des établissements de santé*, Rennes : éditions EHESP, 544p.

PELJAK D., 2006, *L'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD)*, Bordeaux : Les études hospitalières, 136p.

Articles (de périodiques)

ALBERT M., septembre – octobre 2009, « EPRD et T2A : quels enseignements tirer des réformes ? », *Revue Hospitalière de France*, n°512, pp. 54-59.

BONNET M., avril 2002, « L'admission des patients étrangers dans les hôpitaux de Paris. France, terre d'accueil sanitaire ? », *Gestions Hospitalières*, n°415, pp.273-286.

CALMON M., mai – juin 1997, « Recouvrement des frais déhébergement. Guide méthodologique », *Revue Hospitalière de France*, n°3, pp.408-417.

COLLEN V., 10 septembre 2009, « Dépenses de santé : la part supportée par les ménages augmente », *Les Echos*, [visité le 25/07/2010], disponible sur internet : <http://www.lesechos.fr/info/sante/020129654000-depenses-de-sante-la-part-supportee-par-les-menages-augmente.htm>

CORMIER M., 2003, « L'obligation de payer », *Revue générale de droit médical*, n°11, pp.69-80.

DESMARAIS P. B., juillet-août 2010, « Le recouvrement des frais d'hospitalisation auprès des débiteurs du patient », *Les Cahiers hospitaliers*, n°269, pp.17-19.

FAUJOUR V., HEUCLIN C., octobre 2005, « Résultats de gestion - Quelle stratégie pour une croissance et un développement face à la rigidité des charges hospitalières ? », *Gestions Hospitalières*, n°449, pp.619-628.

GERBER S.-L., avril 2010, « Combien les Français sont-ils prêts à consacrer aux dépenses de santé ? Démocratie sanitaire et consentement au financement de la santé », *La note de Veille du Centre d'Analyse Stratégique*, n°171, [visité le 25/07/2010], disponible sur internet : <http://www.strategie.gouv.fr/IMG/pdf/Noteveille171.pdf>

GUIBERT L., juin – juillet 2007, « Optimisation dans le contexte de la T2A. Le management des services d'admission des patients », *Gestions Hospitalières*, n°467, pp.422-424.

KEMPF A., février 2010, « L'optimisation de la facturation au moyen d'une démarche qualité. L'exemple des Espaces Accueil clientèle des CHU-Hôpitaux de Rouen », *Finances Hospitalières*, n°33, pp.2-5.

MACHON L.-O., janvier 2009, « Le développement des recettes : l'exemple d'une conduite de projet recettes facturation dans le cadre d'un plan de modernisation », *Finances Hospitalières*, n°21, pp.6-10.

MERLE P. septembre 2008, « L'opportunité de nouvelles recettes pour les hôpitaux publics : Et si la politique hôtelière pouvait servir le patient et équilibrer les comptes ? », *Finances Hospitalières*, n°17, pp. 411.

MERLE P., février 2010, « La facturation des majorations pour chambre particulière : quelles marges de manœuvre pour les établissements ? », *Finances Hospitalières*, n°33, pp.5-6.

PELJAK D., décembre 2006, « De la T2A (tarification à l'activité) à l'EPRD (état prévisionnel des recettes et des dépenses) », *Revue Fondamentale des Questions Hospitalières*, n°13, pp.251-389.

PERICARD B., BALLEST L., juillet – août 2009, « L'économie de l'hôpital 1. Les recettes de l'hôpital », *Revue Française de Comptabilité*, n°423, pp.37-42.

PEYRET P., septembre 2008, Le contrôle de la gestion financière par les ARH et les autres services de l'Etat, *Finances Hospitalières*, n°17, pp.20-24.

PFEIFFER M., COIGNET P., juin 2010, « La facturation directe à l'assurance-maladie : des enjeux organisationnels et de gestion de trésorerie », *Gestion et Finances Publiques*, n°6, pp.444-447.

ROMAIN E., GERVAIS J.-B., août – septembre 2008, « L'hôpital, une forteresse imprenable par l'assurance maladie », *Décision Santé*, n°47, pp.8-13.

TABUTEAU D., avril 2003, « La liberté tarifaire », *Droit Social*, n°4, pp.424-426.

TABUTEAU D., janvier 2010, « La métamorphose silencieuse des assurances maladie », *Droit social*, n°1, pp.85-92.

TICOS P., VANDAELE G., août – septembre 2004, « Du bureau des entrées à l'espace accueil clientèle. Piloter le changement pour valoriser le 'front office client' », *Gestions Hospitalières*, n°438, pp.517-523.

TREMEUR M., janvier 2008, « Comment recouvrer les créances des ressortissants étrangers soignés en France ? », *Finances Hospitalières*, n°10, pp.24-25.

Rapports

ABALLEA P., DELAHAYE-GUILLOCHEAU V. GATIER J., décembre 2008, *Le passage à la facturation directe des établissements de santé anciennement sous dotation globale*, Paris : Inspection Générale des Affaires Sociales, 202 p.

CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES DE LORRAINE, 2004, *Rapport d'observations définitives. Centre Hospitalier Universitaire de Nancy*, 98p., [visité le 05.06.2010], disponible sur internet :

<http://www.ccomptes.fr/fr/CRC16/documents/ROD/LOR200405.pdf>

CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES DE LORRAINE, 2010, *Rapport d'observations définitives. Centre Hospitalier Universitaire de Nancy*, 77p., [visité le 05.06.2010], disponible sur internet :

<http://www.ccomptes.fr/fr/CRC16/documents/ROD/LOR201011.pdf>

ERNST & YOUNG, février 2009, *CHU de Nancy : Diagnostic financier 2005-2008. Prospective financière 2009-2013*, 66p.

MISSION D'EVALUATION ET DE CONTROLE DES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE, mai 2010, *Rapport n°2556 sur le fonctionnement de l'hôpital*, 169p., [visité le 21/06/2010], disponible sur internet : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i2556.asp>

MISSION NATIONALE D'EXPERTISE ET D'AUDIT HOSPITALIER, janvier 2007, *Organisation du recouvrement des produits hospitaliers dans les établissements publics et privés. Rapport de phase 1 – Diagnostic*, 45p. [visité le 13/04/2010], disponible sur

internet : [http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/uploads/tx_meahfile/Recouvrement -
_Rapport de phase 1 - v4.pdf](http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/uploads/tx_meahfile/Recouvrement_-_Rapport_de_phase_1_-_v4.pdf)

MISSION NATIONALE D'EXPERTISE ET D'AUDIT HOSPITALIER, février 2007, *Organisation du recouvrement des produits hospitaliers dans les établissements publics et privés. Rapport de phase 2 – Présentation des plans d'actions*, 29p. [visité le 13/04/2010], disponible sur internet :

[http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/uploads/tx_meahfile/Recouvrement -
_Rapport de phase 2.pdf](http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/uploads/tx_meahfile/Recouvrement_-_Rapport_de_phase_2.pdf)

MISSION NATIONALE D'EXPERTISE ET D'AUDIT HOSPITALIER, décembre 2007, *Organisation du recouvrement des produits hospitaliers dans les établissements publics et privés. Rapport de phase 3 – Mise en œuvre des plans d'actions*, 30p. [visité le 13/04/2010], disponible sur internet :

[http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/uploads/tx_meahfile/Recouvrement -
_Rapport de phase 3.pdf](http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/uploads/tx_meahfile/Recouvrement_-_Rapport_de_phase_3.pdf)

MISSION NATIONALE D'EXPERTISE ET D'AUDIT HOSPITALIER, janvier 2008, *Organisation du recouvrement des produits hospitaliers dans les établissements publics et privés. Rapport de phase 4 – Bilan & résultats*, 32p. [visité le 13/04/2010], disponible sur internet : [http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/uploads/tx_meahfile/Recouvrement -
_Rapport de phase 4.pdf](http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/uploads/tx_meahfile/Recouvrement_-_Rapport_de_phase_4.pdf)

MISSION NATIONALE D'EXPERTISE ET D'AUDIT HOSPITALIER, novembre 2009, *optimiser la chaîne de facturation / recouvrement hospitalière. Déploiement vague 1 – avril 2008 – juillet 2009*, 37p. [visité le 13/04/2010], disponible sur internet : [http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/uploads/tx_meahfile/08-
08 factu rapport final nov 2009.pdf](http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/uploads/tx_meahfile/08-08_factu_rapport_final_nov_2009.pdf)

Thèses et mémoires

BOUSSEMART S., décembre 2008, *Rénover le processus de facturation / recouvrement en contexte T2A : la conduite d'un projet de réorganisation au centre hospitalier de Nanterre*, Mémoire d'Elève Directeur d'Hôpital : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 89p.

FAUCHER J., décembre 2007, *Piloter, optimiser et contrôler la chaîne de facturation : défis et enjeux de la refonte de la chaîne de facturation du CHD Félix Guyon*, Mémoire d'Elève Directeur d'Hôpital : Ecole Nationale de Santé Publique, 101p.

NOHARET M., décembre 2008, *Le rôle du bureau des entrées dans le circuit de facturation au Centre Hospitalier des Quatre Villes : vers un nouveau métier pour un service au cœur du recouvrement*, Mémoire d'Elève Directeur d'Hôpital : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 94p.

Conférences

HOLLA H., PORTAL D., 20 mai 2010, « Les impacts financiers pour les établissements : Comprendre la construction tarifaire », Paris : Salon Hopital Expo.

Sites Internet

<https://baseinterchu.chu-montpellier.fr/public/>

www.anap.fr

www.atih.sante.fr

www.epmsi.atih.sante.fr

www.sante.gouv.fr

Liste des annexes

Annexe 1 : Lettre de mission

Annexe 2 : Schéma synthétisant les différents processus de transmission des données de valorisation à l'ATIH

Annexe 3 : Extraits du tableau de bord global du CHU de Nancy de juillet 2010

Annexe 4 : Matrice de simulation du gain lié à la facturation du régime particulier

Annexe 5 : Procédures de facturation du régime particulier

Annexe 6 : Architecture du catalogue des tarifs opposables aux patients

Annexe 7 : Questionnaire sur les bonnes pratiques en matière de recettes de titre 2 et 3

Annexe 1 : Lettre de mission



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DIRECTION DES FINANCES - DIRECTION DU CONTRÔLE DE GESTION - DIRECTION DE LA FACTURATION

Affaire suivie par Mlle BERNARD et M. TAFFUT
E-Mail : lbernard@chu-nancy.fr et p.taffut@chu-nancy.fr
N° de Tél : 03.83.85.11.54
N° de Fax : 03.83.85.22.62
LB/PT/n° 1300

Nancy, le lundi 3 mai 2010

Mademoiselle Clémence MAINPIN
Elève directeur d'hôpital

Mademoiselle,

Dans le cadre de votre stage d'Elève Directeur d'Hôpital, vous avez exprimé le souhait d'effectuer une mission dans le domaine des finances, du contrôle de gestion et de la facturation.

Le CHU de Nancy, dont la situation financière reste déficitaire, travaille très activement à la réduction de ses charges et au développement de ses recettes.

A ce titre, il vous est demandé de mener à bien deux missions d'optimisation des produits facturables aux patients, conformément aux projets de la direction de la facturation et de la direction de contrôle de gestion.

La première mission concerne l'élaboration d'un catalogue des tarifs opposables aux patients ou à leurs mutuelles. Ce dossier répond à la volonté d'adopter une stratégie offensive de captation de la patientèle.

Il vous est demandé d'établir une nomenclature de l'ensemble des tarifs pratiqués par le CHU afin que l'établissement puisse se positionner dans son environnement et réaliser la communication adéquate auprès des patients. Il vous est donc demandé de réaliser une étude de la table des tarifs et une analyse la pertinence de la méthodologie actuelle de fixation des tarifs.

Les livrables attendus, pour le 1^{er} octobre 2010, sont le catalogue des tarifs accompagné de procédures de révision et de fixation des tarifs.

La deuxième mission concerne l'optimisation des recettes liées à la facturation du régime particulier. Une enquête inter-CHU réalisée en 2009 a montré que les marges de manœuvre de l'établissement sur l'encaissement des montants relatifs au régime particulier sont importantes.

Il vous est donc demandé d'étudier les causes du faible montant des recettes liées à la facturation du régime particulier et de formuler des préconisations pour rapidement optimiser ce type de ressources.

Ce travail doit conduire, pour le 1^{er} octobre 2010, à proposer un nouveau dispositif de facturation du régime particulier, accompagné d'éléments d'évaluation et de suivi.

Pour ces deux missions, une gestion de projet rigoureuse devra être définie et mise en œuvre. Il vous appartient de mettre en application les compétences acquises à l'EHESP en assurant la conduite du changement avec les personnes ressources de l'établissement.

Ce travail pourra faire l'objet du mémoire que vous devez réaliser dans le cadre de votre scolarité à l'EHESP.

Les équipes de la direction du contrôle de gestion et de la direction de la facturation se tiennent à votre disposition pour vous apporter une aide dans la réalisation de ce travail.

Directeur du Contrôle de Gestion

Pascal Taffut

Directrice de la Facturation

Lucie Bernard

Annexe 2 : Schéma synthétisant les différents processus de transmission des données de valorisation à l'ATIH

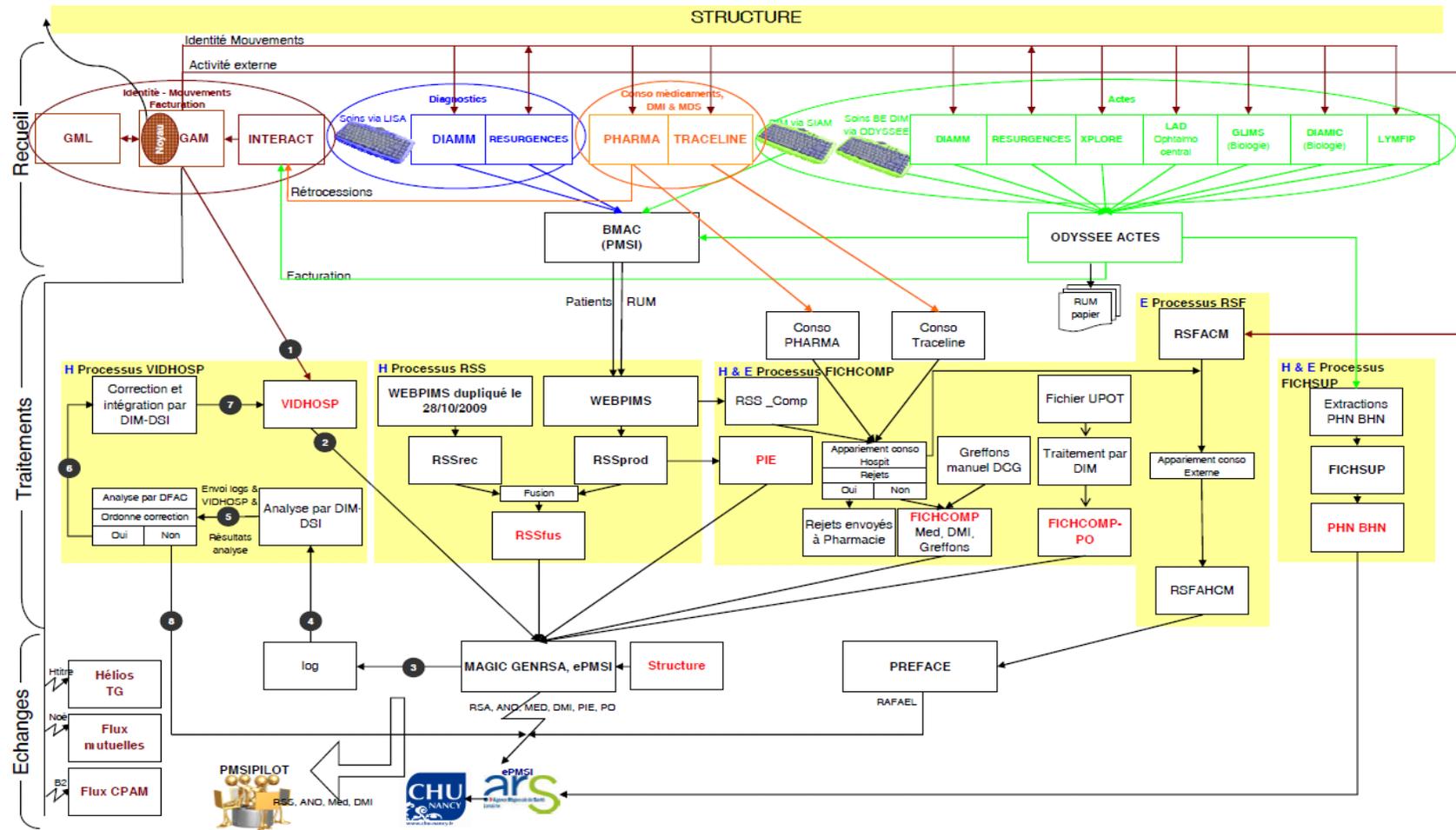
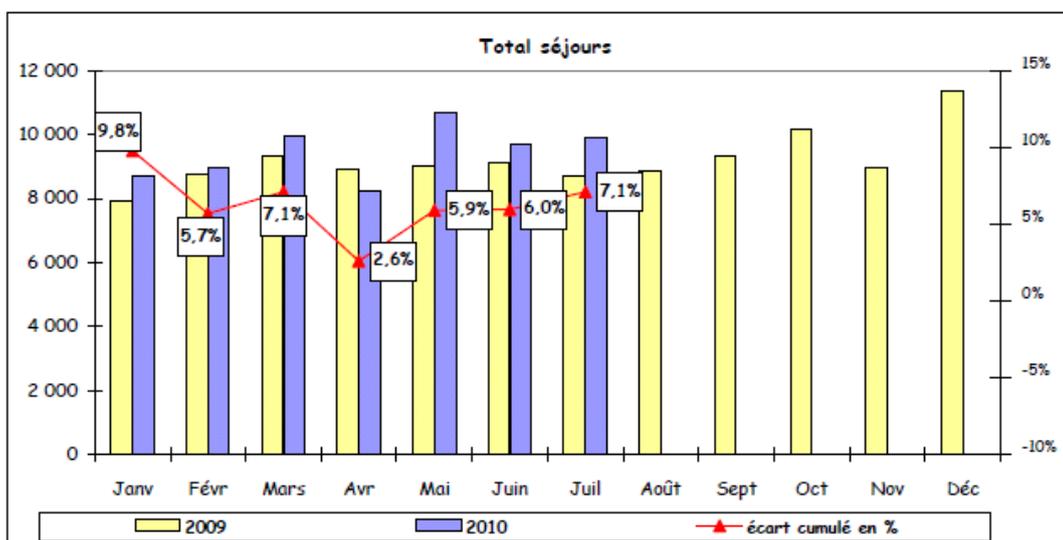
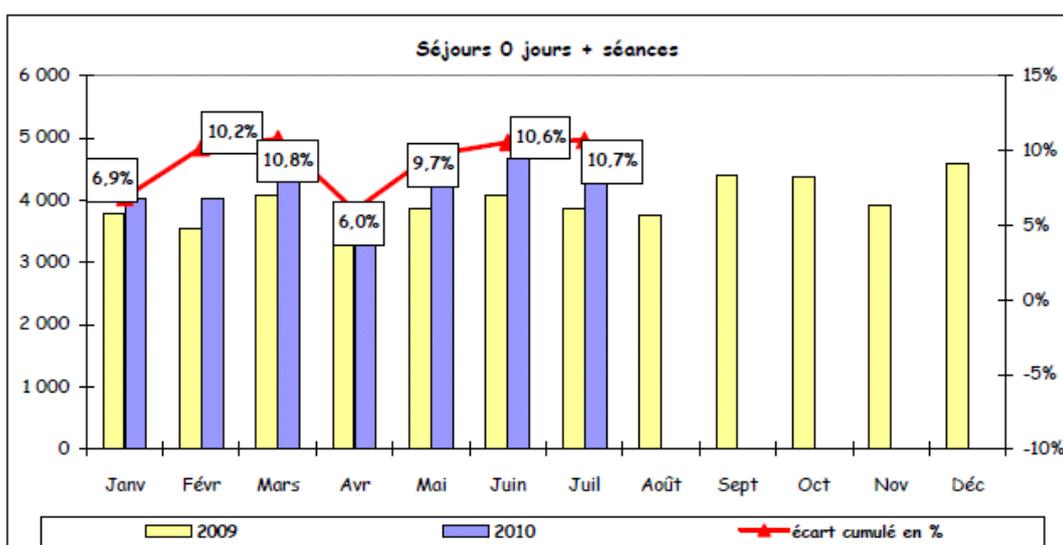
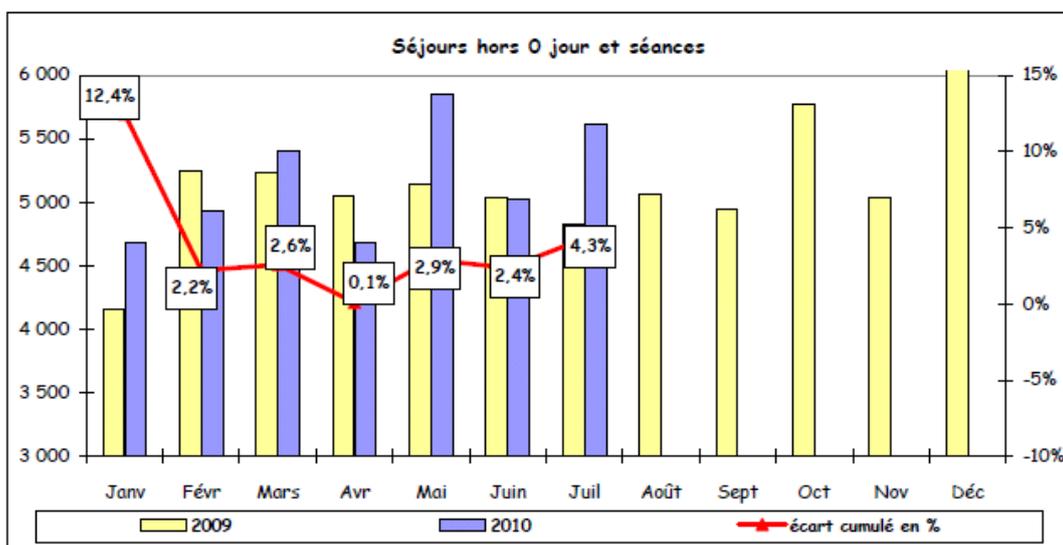


Schéma : Dispositif de clôture valorisation et son environnement

Annexe 3 : Extraits du tableau de bord global du CHU de Nancy de juillet 2010

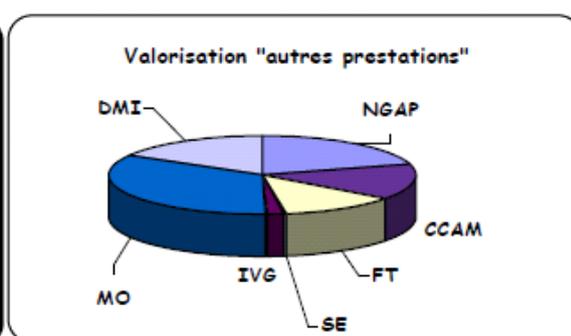
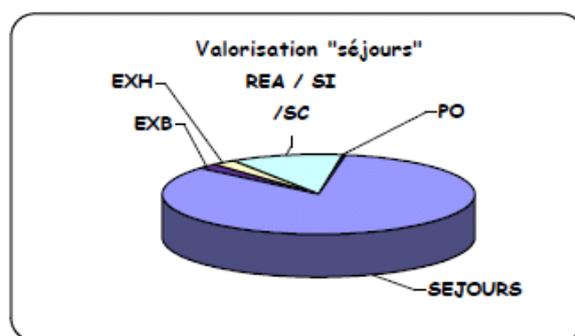
II. Indicateurs recettes TAA à fin juillet 2010

1. Nombre mensuel de séjours et de séances 2009/2010 et évolution cumulée



2. Structure et évolution des recettes TAA

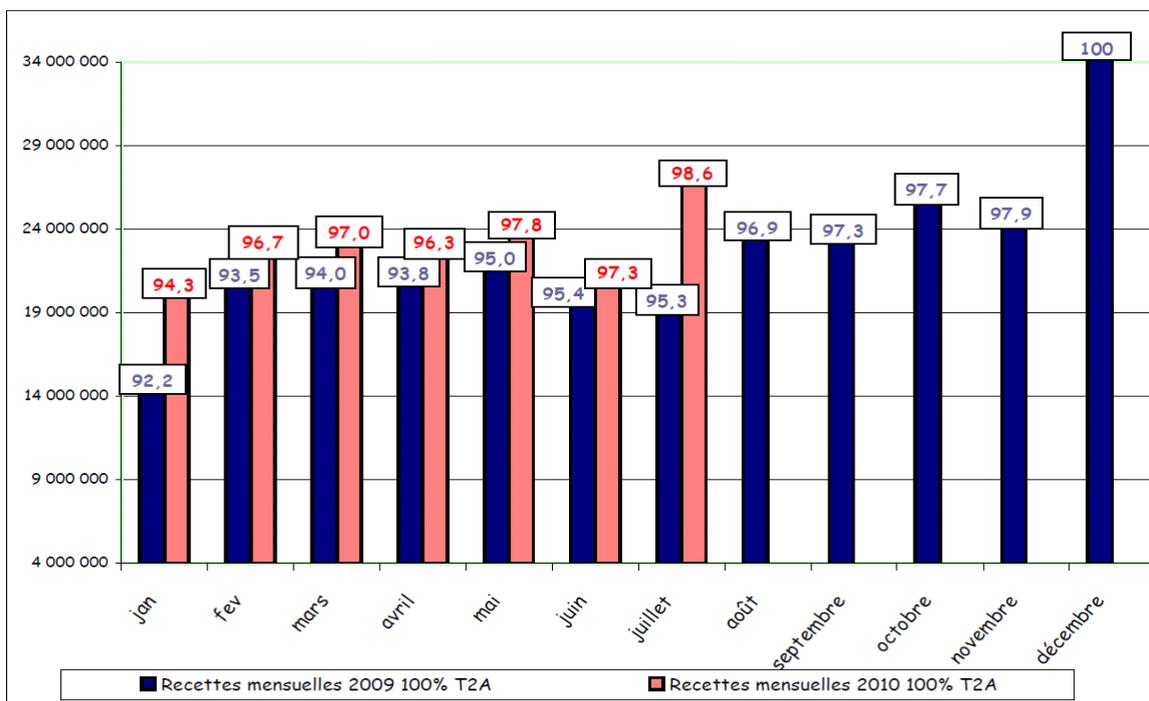
| | | En % | Valeurs CT | Ecart n-1 | |
|--------------------|--|--------|---------------|-----------|---|
| SEJOURS | % Valeur séjours/séances valorisés | 86,8% | 138 981 074 € | 7,7% | ↗ |
| | % Valeur séjours extrême bas (à déduire) | -1,9% | -3 069 739 € | -28,3% | ↘ |
| | % Valeur journées extrême haut | 2,7% | 4 381 339 € | -16,4% | ↘ |
| | % Valeur suppléments Réa / SI / SC | 12,2% | 19 507 456 € | 3,1% | ↗ |
| | % Valeur prélèvements d'organes | 0,2% | 285 509 € | 11,3% | ↗ |
| | TOTAL SEJOURS hors EXB | | 163 155 377 € | 6,3% | ↗ |
| | TOTAL SEJOURS avec EXB | 100,0% | 160 085 639 € | 7,3% | ↗ |
| | Taux de prise en charge | 93,9% | | | |
| AUTRES PRESTATIONS | % Valorisation NGAP | 20,5% | 7 616 142 € | 38,5% | ↗ |
| | % Valorisation CCAM | 14,9% | 5 526 910 € | 26,4% | ↗ |
| | % Valorisation FT | 12,1% | 4 503 025 € | 30,1% | ↗ |
| | % Valorisation SE | 0,4% | 141 030 € | | ↗ |
| | Total activité externe | 47,9% | 17 787 107 € | 33,4% | ↗ |
| | % Valorisation ATU | 1,7% | 628 175 € | 38,0% | ↗ |
| | % Valorisation IVG | 0,2% | 84 506 € | 5,2% | ↗ |
| | % Valorisation Molécules onéreuses | 33,6% | 12 468 602 € | 4,6% | ↗ |
| | % Valorisation DMI | 16,6% | 6 179 870 € | 11,2% | ↗ |
| | TOTAL AUTRES PRESTATIONS | 100,0% | 37 148 260 € | 18,5% | ↗ |
| | Taux de prise en charge NGAP + CCAM | 84,8% | | | |



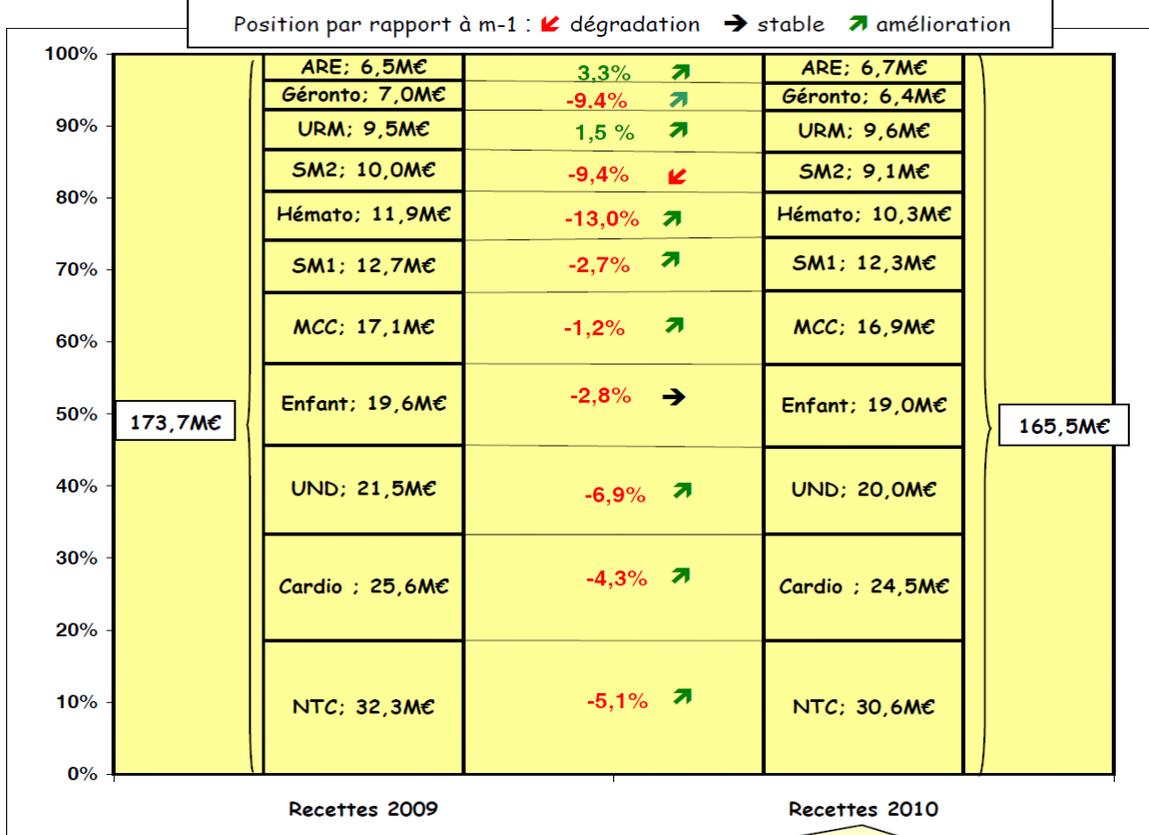
Les recettes sont plus élevées qu'à fin juillet 2009 en raison d'une activité en légère hausse mais surtout d'une amélioration importante du taux d'exhaustivité et du taux de facturation.

II. Indicateurs recettes TAA à fin juillet 2010

3. Evolution des recettes séjours mensuelles T2A du CHU : 2009/2010 (source : e-psmi) et taux d'exhaustivité (source : DIM)



4. Recettes GHS par pôle et évolution : 2009/2010 (source : PMSI Pilot)



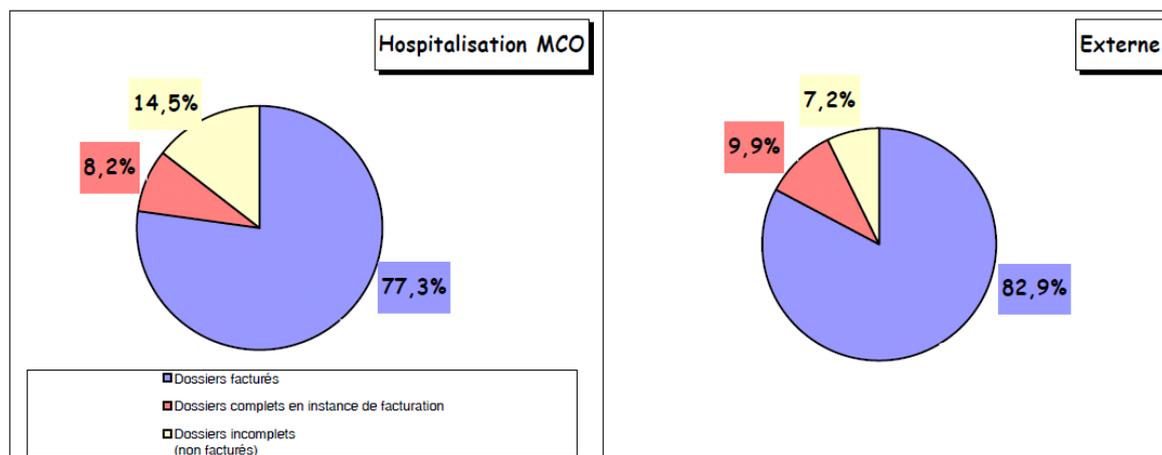
Pour réaliser ce graphique, les recettes de 2010 et celles de 2009 sont extraites au même moment de l'application PMSI PILOT. Cela signifie que le taux d'exhaustivité considéré pour chaque pôle pour 2009 est de 100%, alors que pour 2010, il s'agit du taux d'exhaustivité constaté lors de la clôture de juillet.

IV. Indicateurs financiers à fin juillet 2010

5. Taux de facturation

Situation au 2 août 2010 , total CHU

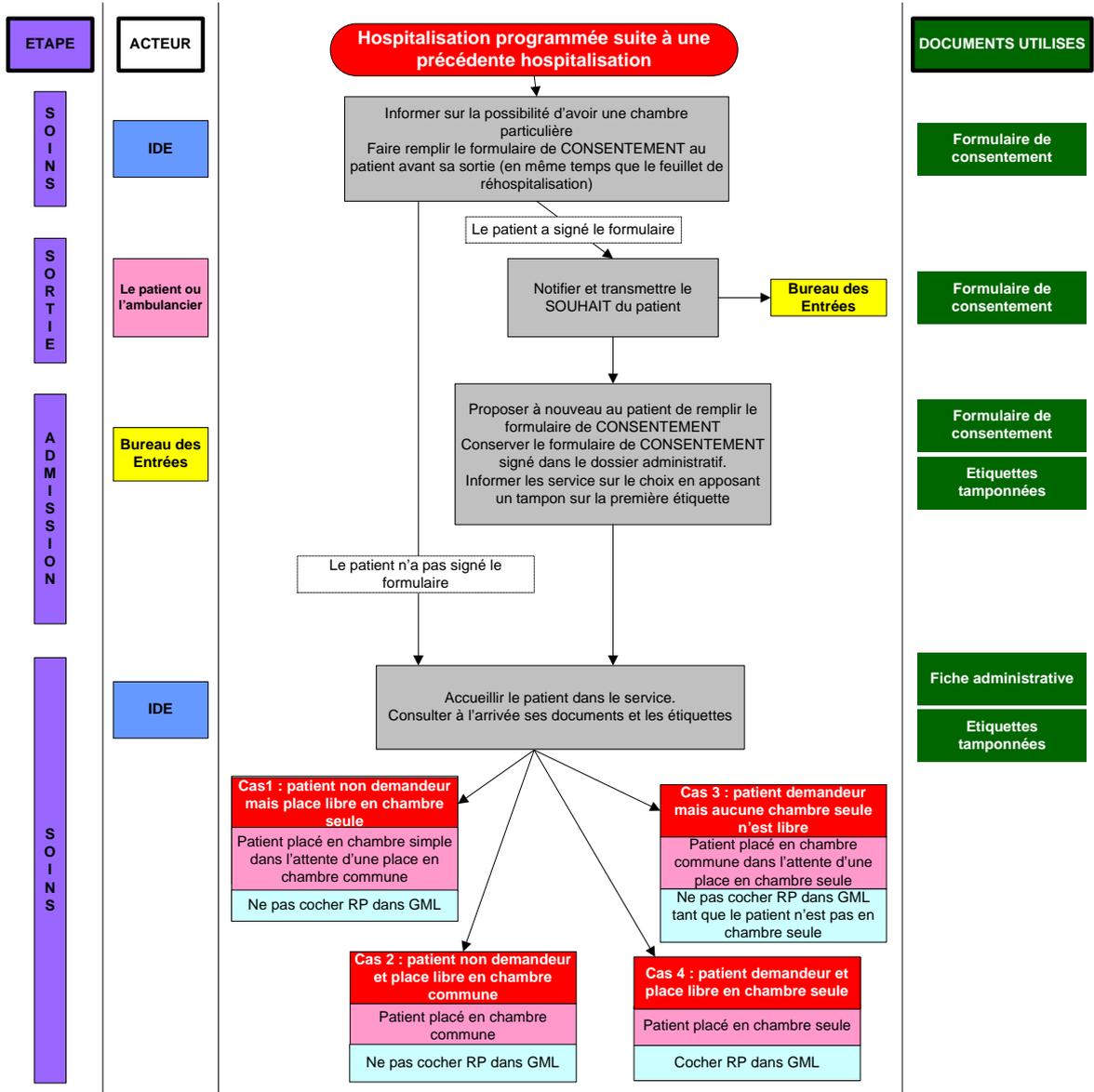
| | Dossiers facturés | Dossiers complets en instance de facturation | Dossiers incomplets (non facturés) | Dossiers Totaux |
|---------------------|-------------------|--|------------------------------------|-----------------|
| Hospitalisation MCO | 48 489 | 5 138 | 9 094 | 62 721 |
| Externes | 217 476 | 25 937 | 18 960 | 262 373 |

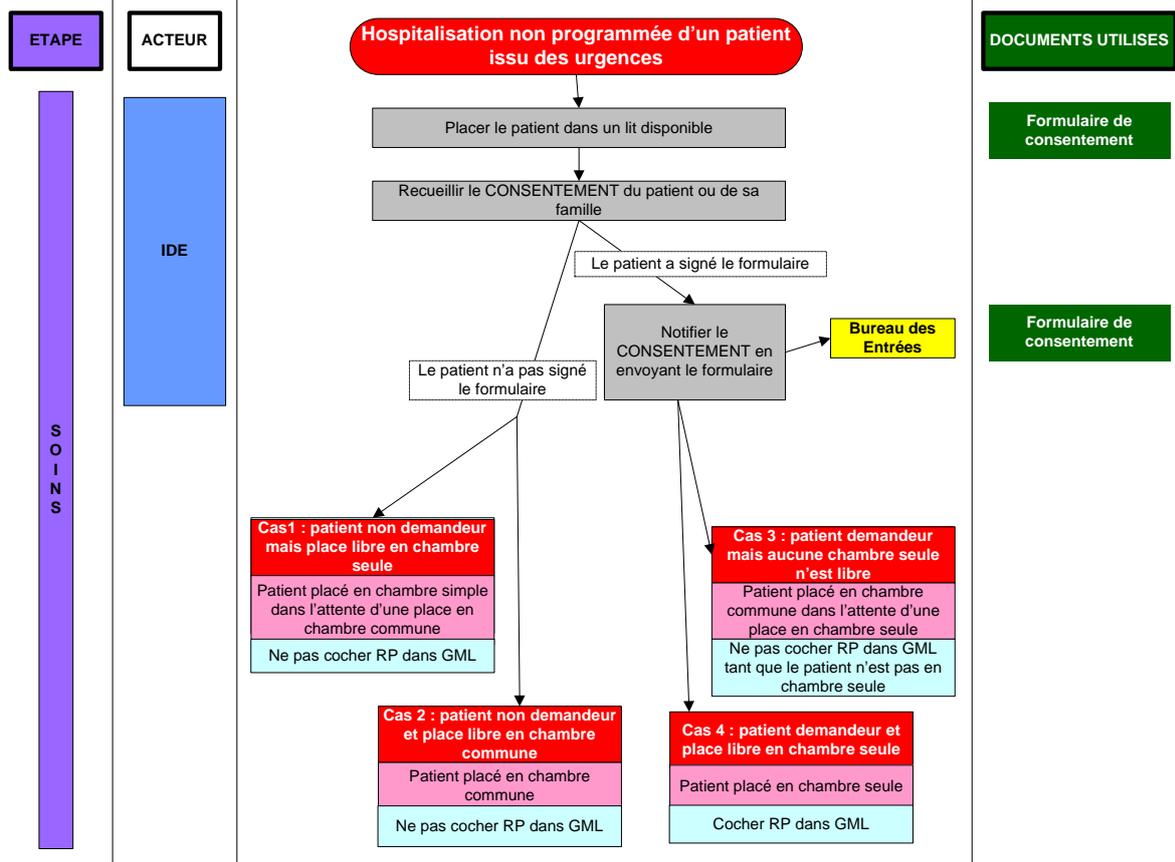


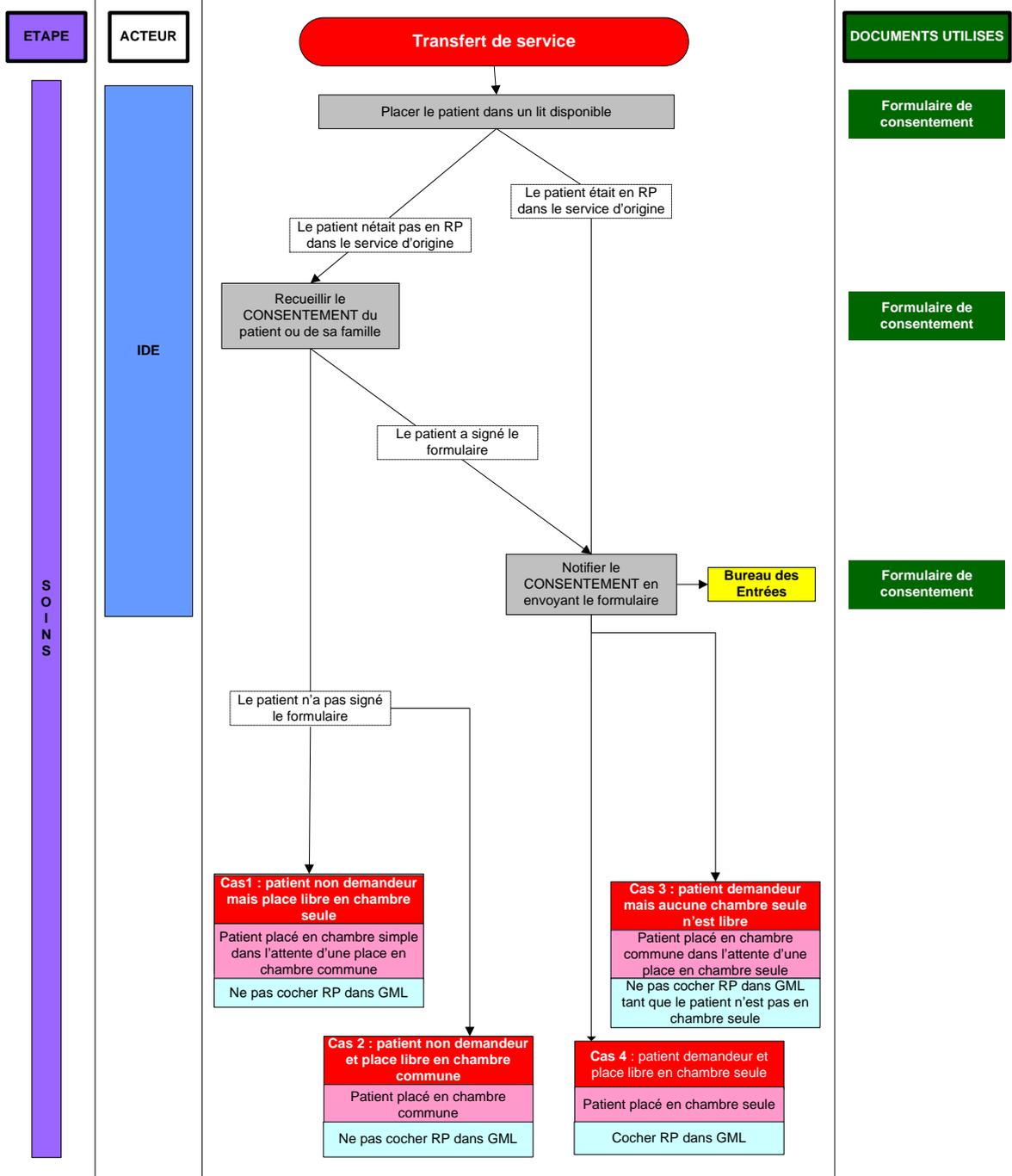
Les taux de facturation restent bien plus élevés que l'année dernière : ils étaient à fin juillet 2009 de 64,5% pour l'hospitalisation et de 62,4% pour l'externe.

Annexe 4 : Matrice de simulation du gain lié à la facturation du régime particulier

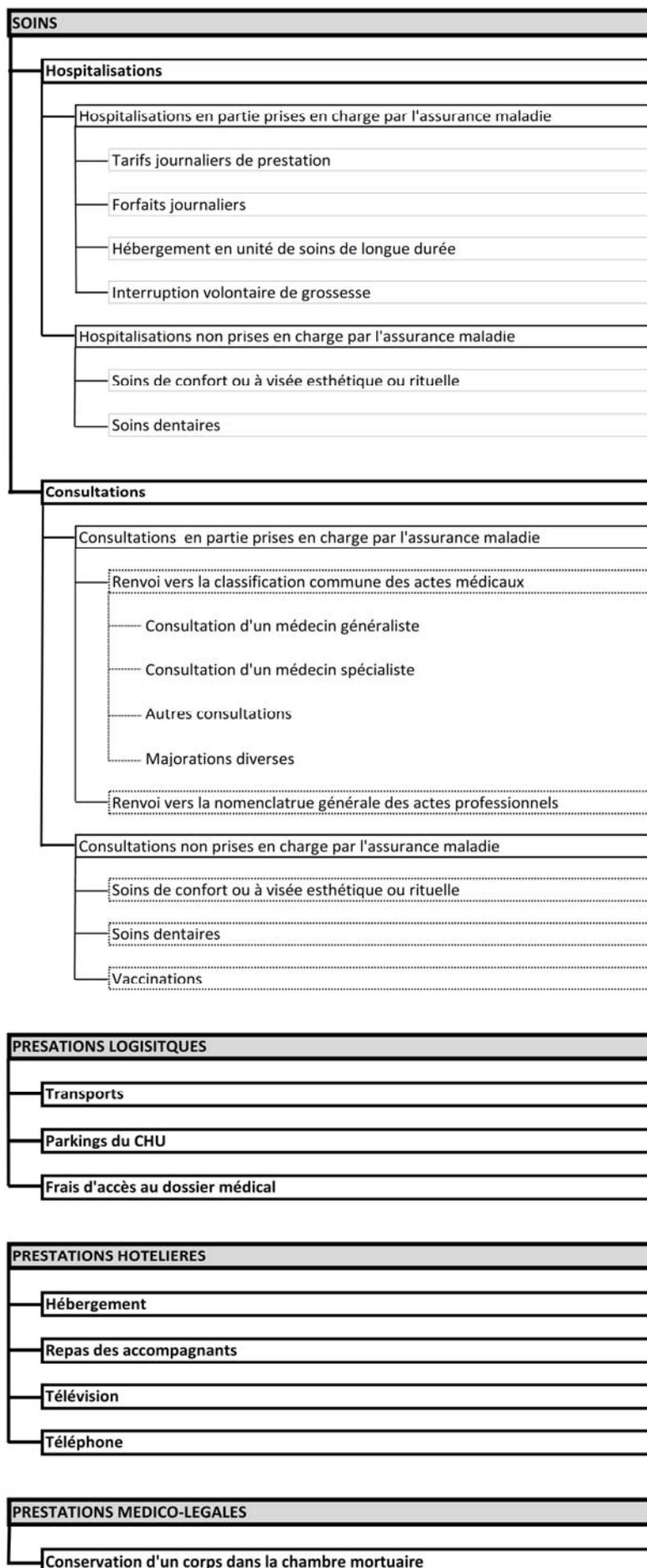
| Pôle | Service | Localisation géographique | Nb de journées sur le périmètre retenu | Nb de lits d'hospitalisation complète (hors REA, SI, SC) | Nb de lits en chbre seule (hors REA, SI, SC) | Taux de lits en chbre seule | Taux de lits en chbre seule facturable en RP | Prix du RP | Taux de vente du RP | Recettes | Recettes totales Pôle |
|-------------------|--|-------------------------------|--|--|--|-----------------------------|--|------------|---------------------|------------------|-----------------------|
| | | | a | b | c | d=c/b | e | f | g | h=axdxefxg | |
| Cardio-Vasculaire | 1400 Départ. cardio. medic. brab. | ILM | 22 597 | 84 | 70 | 83% | 90% | 39 € | 45% | 297 433 | 416 302 € |
| | 1700 Cardio. med. réadaptation | ILM | 2 566 | 24 | 24 | 100% | 90% | 39 € | 45% | 40 530 | |
| | 2150 Chirurgie vascul. endolum. | ILM | 6 764 | 37 | 31 | 84% | 30% | 39 € | 45% | 29 837 | |
| | 2200 Dept. ch. card. vasc. transplant. | ILM | 6 580 | 25 | 21 | 84% | 50% | 39 € | 45% | 48 501 | |
| | TOTAL | | | | | | | | | 416 302 | |
| GMSP | 1110 Médecine H. | H.C. Videlange | 9 087 | 33 | 33 | 100% | 95% | 39 € | 45% | 151 503 | 451 321 € |
| | 1240 Unité gériatrie A | Brabois Adultes | 7 174 | 20 | 8 | 40% | 80% | 39 € | 45% | 40 289 | |
| | 1430 Unité gériatrie B | Brabois Adultes | 7 171 | 20 | 8 | 40% | 90% | 39 € | 45% | 45 306 | |
| | 1600 SSR | Saint-Julien | 15 258 | 44 | 44 | 100% | 80% | 39 € | 45% | 214 222 | |
| | TOTAL | | | | | | | | | 451 321 | |
| Hématologie | 1040 Hémat. et méd. int. | Brabois Adultes | 12 489 | 42 | 18 | 43% | 25% | 39 € | 45% | 23 484 | 23 484 € |
| | 1550 Transplantation médullaire | Brabois Enfant | 4 191 | 14 | 14 | 100% | 0% | 39 € | 45% | 0 | |
| | TOTAL | | | | | | | | | 23 484 | |
| MCC | 1440 Méd. int. immun. cli.al. | BPC | 2 126 | 26 | 22 | 85% | 50% | 39 € | 45% | 15 786 | 497 073 € |
| | 1580 Méd. int. orient. digest. | H.C. Videlange | 3 493 | 12 | 12 | 100% | 90% | 39 € | 45% | 55 172 | |
| | 2080 Chir. générale et urg. | H.C. Grosdidier | 14 598 | 48 | 48 | 100% | 70% | 39 € | 45% | 179 336 | |
| | 2280 Chir. orthop. traumat. | H.C. Videlange et Bon secours | 11 688 | 38 | 34 | 89% | 80% | 39 € | 45% | 146 826 | |
| | 2290 Chir. arthr. traum. orth. app. loc. | H.C. Videlange et Bon secours | 9 708 | 36 | 24 | 67% | 88% | 39 € | 45% | 99 954 | |
| | TOTAL | | | | | | | | | 497 073 | |
| NTC | 1460 Neurologie | H.C. Neuro | 19 833 | 62 | 30 | 48% | 50% | 39 € | 45% | 84 210 | 363 902 € |
| | 2070 Ophtalmologie B Brab. | Brabois Adultes | 3 591 | 26 | 13 | 50% | 90% | 39 € | 45% | 28 360 | |
| | 2110 O.R.L. Chir. cervico-fac. H.C. | H.C. Krug | 7 015 | 31 | 12 | 39% | 67% | 39 € | 45% | 31 930 | |
| | 2160 Neurochirurgie | H.C. Neuro | 23 919 | 72 | 36 | 50% | 60% | 39 € | 45% | 125 934 | |
| | 2400 Chir. maxillo-faciale | H.C. Krug | 6 081 | 25 | 17 | 68% | 88% | 39 € | 45% | 63 862 | |
| | 2420 Ophtalmologie A. | Brabois Adultes | 2 642 | 24 | 13 | 54% | 90% | 39 € | 45% | 22 604 | |
| | 3550 Neuroradiologie clinique | H.C. Neuro | 3 192 | 8 | 4 | 50% | 25% | 39 € | 45% | 7 002 | |
| | TOTAL | | | | | | | | | 363 902 | |
| SM1 | 1050 Mal. infect. tropicales | BPC | 13 996 | 40 | 38 | 95% | 25% | 39 € | 45% | 58 337 | 198 604 € |
| | 1100 Mal. et réa. Respiratoires | BPC | 8 100 | 26 | 22 | 85% | 25% | 39 € | 45% | 30 071 | |
| | 1170 Psychiatrie Psycho. clin. | BPC | 11 927 | 47 | 20 | 43% | 50% | 39 € | 45% | 44 536 | |
| | 1180 Dermatologie-Vénéro. | BPC | 5 924 | 16 | 14 | 88% | 2% | 39 € | 45% | 1 819 | |
| | 1280 Médecin L | BPC | 4 318 | 18 | 18 | 100% | 80% | 39 € | 45% | 60 625 | |
| | 1370 Pneumologie | BPC | 10 826 | 39 | 33 | 85% | 2% | 39 € | 45% | 3 215 | |
| | TOTAL | | | | | | | | | 198 604 | |
| SM2 | 1000 Endocrinologie | Brabois Adultes | 8 909 | 25 | 7 | 28% | 90% | 39 € | 45% | 39 401 | 155 375 € |
| | 1070 Rhumatologie | Brabois Adultes | 8 561 | 34 | 14 | 41% | 90% | 39 € | 45% | 55 679 | |
| | 1160 Médecine G. | Brabois Adultes | 8 589 | 36 | 16 | 44% | 90% | 39 € | 45% | 60 295 | |
| TOTAL | | | | | | | | | 155 375 | | |
| UND | 1020 Hépat.-Gastro.-Entéro. | Brabois Adultes | 12 635 | 44 | 8 | 18% | 75% | 39 € | 45% | 30 238 | 204 531 € |
| | 1090 Néphrologie | Brabois Adultes | 9 323 | 27 | 19 | 70% | 20% | 39 € | 45% | 23 028 | |
| | 2030 Chir. digestive et gen. | Brabois Adultes | 16 775 | 54 | 23 | 43% | 75% | 39 € | 45% | 94 045 | |
| | 2040 Urologie | Brabois Adultes | 8 384 | 27 | 14 | 52% | 75% | 39 € | 45% | 57 221 | |
| | TOTAL | | | | | | | | | 204 531 | |
| TOTAL | | | | | | | | | | 2 310 592 | 2 310 592 € |







Annexe 6 : Architecture du catalogue des tarifs opposables aux patients



Annexe 7 : Questionnaire sur les bonnes pratiques en matière de recettes de titre 2 et 3

| Questionnaire flash – Bonnes pratiques en matière de recettes de titre 2 et 3 | | |
|--|---|--|
| | | Nom de l'établissement : <input style="width: 150px;" type="text"/> |
| Diminuer les pertes potentielles de recettes | | |
| 1. Existe-t-il un système d'acompte systématique ? | <input style="width: 80px;" type="text" value="Votre réponse"/> | Commentaires : <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-top: 5px;"></div> |
| 2. Existe-t-il un forfait caution pour les mauvais payeurs ? | <input style="width: 80px;" type="text" value="Votre réponse"/> | Commentaires : <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-top: 5px;"></div> |
| 3. Les frais d'hospitalisation des patients étrangers sont-ils réglés avant dispensation des soins ? | <input style="width: 80px;" type="text" value="Votre réponse"/> | Commentaires : <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-top: 5px;"></div> |
| 4. Les frais relatifs aux prestations spécifiques non prises en charge par l'assurance maladie (chirurgie de confort et esthétique notamment) sont-ils réglés avant dispensation des soins ? | <input style="width: 80px;" type="text" value="Votre réponse"/> | Commentaires : <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-top: 5px;"></div> |
| Augmenter les recettes | | |
| 5. Les tarifs hôteliers ont-ils été récemment revus ? | <input style="width: 80px;" type="text" value="Votre réponse"/> | Commentaires : <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-top: 5px;"></div> |
| Sont-ils revus périodiquement ? | <input style="width: 80px;" type="text" value="Votre réponse"/> | |
| 6. Les tarifs des prestations non prises en charge par l'assurance maladie ont-ils été récemment revus (chirurgie esthétique et de confort par exemple) ? | <input style="width: 80px;" type="text" value="Votre réponse"/> | Commentaires : <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-top: 5px;"></div> |
| Sont-ils revus périodiquement ? | <input style="width: 80px;" type="text" value="Votre réponse"/> | |
| 7. Existe-t-il un catalogue des tarifs opposables aux patients (et à leurs mutuelles) ? | <input style="width: 80px;" type="text" value="Votre réponse"/> | Commentaires : <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-top: 5px;"></div> |
| Si oui, ce catalogue est-il : | | |
| >Utilisé en interne? | <input style="width: 80px;" type="text" value="Votre réponse"/> | |
| >Mis à disposition du public. | <input style="width: 80px;" type="text" value="Votre réponse"/> | |
| 8. Existe-t-il une politique offensive de vente des produits hôteliers (chambres et repas accompagnant, chambre particulière, etc.) ? | <input style="width: 80px;" type="text" value="Votre réponse"/> | Commentaires : <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-top: 5px;"></div> |
| Améliorer les délais de recouvrement | | |
| 9. Des actions d'optimisation des relations avec les débiteurs complémentaires ont-elles été mises en place ? | | Commentaires : <div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin-top: 5px;"></div> |
| >Conventionnement avec la majorité des mutuelles : | <input style="width: 80px;" type="text" value="Votre réponse"/> | |
| >Système de présomption de droits avec la majorité des mutuelles : | <input style="width: 80px;" type="text" value="Votre réponse"/> | |
| >Dématérialisation des demandes de prise en charge : | <input style="width: 80px;" type="text" value="Votre réponse"/> | |
| >Existence d'un catalogue des contrats de mutuelles à disposition des admissionnistes : | <input style="width: 80px;" type="text" value="Votre réponse"/> | |
| Assurer la gestion de projet | | |
| 10. Avez-vous mis en place une gestion de projet sur les recettes de titre 2 et/ou 3 ? | <input style="width: 80px;" type="text" value="Votre réponse"/> | Commentaires : <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-top: 5px;"></div> |