

Pôle d'appui à la qualité et à la performance

Optimisation de la chaîne de facturation pour préparer FIDES

Bilan du dispositif d'accompagnement en DT auprès de 41 établissements partenaires

Février 2013

Bilan du dispositif d'accompagnement en DT auprès de 41 établissements partenaires

Février 2013

Traitement	
Qui ?	
Comment ?	
Etape 1	Retransmettre la facture avec le code « association non prévue »
Etape 2	
Etape 3	
Etape 4	
Etape 5	
Etape 6	
Etape 7	
Etape 8	
Etape 9	

Prévention	
Qui ?	
Comment ?	
Etape 1	
Etape 2	
Etape 3	
Etape 4	
Etape 5	
Etape 6	
Etape 7	
Etape 8	

L'imminence du passage à la Facturation individuelle des établissements de santé (FIDES) est pour les professionnels hospitaliers l'occasion de réinterroger et optimiser la performance de leurs chaînes de facturation

Le passage d'une facturation cumulée et mensuelle à la facturation individualisée au fil de l'eau rend cruciales les exigences en termes de qualité, exhaustivité et rapidité de la chaîne de facturation. En effet, la déclaration d'activité anonymisée et cumulée via le PMSI ne permet que des contrôles limités avant paiement : ainsi, les rejets de factures télétransmises sous la norme B2 n'ont aujourd'hui qu'un impact limité sur les finances des établissements.

Dans un futur proche, le passage à la FIDES va considérablement changer la donne : ce seront des contrôles avant paiement de chaque facture, avec rejet de tout envoi qui sera jugé non conforme par l'Assurance maladie. Ainsi, le déploiement généralisé de la FIDES invite chaque structure à réinterroger la performance de sa chaîne de facturation.

Dans cette optique, l'ARS d'Île-de-France a mis en place en 2012 un dispositif de sensibilisation et d'accompagnement des établissements franciliens.

La chaîne de facturation est un processus transcendant les schémas hiérarchiques classiques. A ce titre, son optimisation est l'affaire de tous

Le passage à la FIDES pour les établissements est conditionné à :

- La certification du logiciel de facturation,
- Un taux de rejets B2 inférieur à 10%, et ce sur au moins 3 facturations à blanc successives validées par la caisse.

De l'avis général, ces 2 conditions sont insuffisantes pour garantir un passage en facturation individuelle sereinement : qualité du codage, exhaustivité des actes codés, relations avec la trésorerie et les différents débiteurs, – etc. – sont autant de sujets sur lesquels des marges de progrès des établissements sont avérées.

Ainsi, la facturation n'est pas que l'affaire du bureau des entrées, mais recoupe un ensemble de champs relevant de l'autorité de la direction financière, du DIM, des secrétariats médicaux, par extension des caisses et de la trésorerie, etc.

Devant ce constat, 41 établissements franciliens s'engagent dans une démarche d'audit / action

Saisissant l'opportunité du passage à la FIDES et la pression « institutionnelle » que les échéances exercent sur les équipes, des établissements décident d'anticiper le calendrier officiel et de mener d'ores-et-déjà des actions de réorganisation qui leur permettront de basculer à la facturation individuelle en de bonnes conditions le moment venu.

Pour ce faire, l'outil proposé par l'ANAP s'est imposé de lui-même : proposant un diagnostic chiffré et qualitatif, puis proposant des plans d'actions opérationnels, il est apparu comme le support idéal tant pour guider les professionnels dans leurs démarches que pour susciter et faire vivre les débats lors de points de rencontres et ateliers de travail.

Le présent document constitue le témoignage des travaux entamés au cours des 6 derniers mois

Il s'articule autour de 3 points :

#1. Un dispositif déconcentré dans chaque DT

En Île-de-France, nous avons souhaité mettre en place un dispositif d'accompagnement invitant les établissements de santé à se saisir de manière autonome de leurs propres problématiques d'organisation. Afin de renforcer les liens avec les caisses locales, mais également pour bénéficier à plein des relations étroites entre établissements et Délégations territoriales (DT), le dispositif a été déconcentré dans chaque département.

#2. Les actions en établissements

Après 6 mois de fonctionnement, les établissements de santé ont pour la plupart réalisé leurs autodiagnoses, élaboré des plans d'actions et commencé à les mettre en œuvre au sein de leurs structures respectives. Si un calendrier si contraint doit être davantage vu comme une « stimulation » ou un « catalyseur », il est néanmoins possible à l'heure de la clôture d'établir un état des lieux des actions alors engagées sur le terrain, et des premiers résultats qui commencent à émerger.

#3. Un bilan de la démarche

Le dispositif francilien, de part la proximité qu'il induit avec les établissements, est riche en enseignements, notamment en termes de panorama des pratiques réelles et de capacité des établissements à faire face aux échéances à venir. En guise de bilan, un état des lieux s'impose.

Pour toute information :

- younes.quillouli@ars.sante.fr ;
- pierre-etienne.haas@ars.sante.fr.

#1. Un dispositif déconcentré dans chaque DT

En Île-de-France, nous avons souhaité mettre en place un dispositif d'accompagnement au plus près du terrain, invitant les établissements de santé à se saisir de leurs propres problématiques d'organisation

Le dispositif francilien se singularise de la manière suivante :

- Une démarche basée sur le volontariat des établissements, avec validation des participants par leurs DT ;
- La volonté de s'appuyer sur des référents de proximité en DT pour porter la démarche au plus près du terrain ;
- L'utilisation d'un outil « clé en main » encadrant les professionnels dans leurs diagnostics et mettant l'accent sur l'action.

Le département, échelon idéal pour structurer des liens forts entre les parties prenantes

La chaîne de facturation est un processus sur lequel interviennent de multiples ressources internes de l'hôpital. Sa singularité vient du fait que ce processus ne s'arrête pas aux portes de l'établissement mais concerne également caisses, mutuelles, trésor public (pour les établissements publics), etc. Ainsi, un rapprochement et une collaboration étroite entre ces acteurs qui pourtant ne relèvent pas de la même autorité sont indispensables.

En Île-de-France, le découpage territorial est calqué sur le découpage départemental : ainsi, il nous a paru pertinent de déconcentrer l'accompagnement en partenariat avec chaque DT, occasion alors de tisser des liens très étroits avec les CPAM de chaque département.

DT 75

- Caroline Frizon,
- Christine Gratz (1^{ère} partie de dispositif).

DT 77

- Nelly Sonnet.

DT 78

- Marie-France Plazanet,
- Claire Du Merle (1^{ère} partie de dispositif).

DT 91

- Gilles Chalençon.

DT 92

- Mariama Condé.

DT 93 (pas de dispositif)

DT 94

- Sébastien Piedfert.

DT 95

- Aurélie Ingelaere (1^{ère} partie de dispositif),
- Adrien Courtois.

Des phases de travail planifiées à l'avance

Les travaux proposés aux établissements sont planifiés à l'avance, et ce pour offrir de la visibilité et tenter de maintenir la motivation et le degré d'effort tout au long de la démarche.

3 principales phases sont ainsi établies :

Le diagnostic

Les établissements sont invités à réaliser l'autodiagnostic de leur chaîne de facturation :

- Des indicateurs de performance, comparés à des bases de référence,
- La valorisation des enjeux financiers en évaluant les pertes potentielles ou frais de trésorerie sur plusieurs champs,
- Un questionnaire, pouvant être dissocié selon les catégories professionnelles concernées, faisant état des pratiques organisationnelles en place ou non au sein de l'établissement.

La mise en œuvre des actions

A l'issue du diagnostic, un plan d'action est proposé à l'établissement : libre à lui de s'en saisir, de l'amender, l'adapter ou le modifier pour se bâtir une feuille de route conforme aux ambitions et aux disponibilités internes dans les mois à venir.

Note : l'outil donne la possibilité à l'utilisateur de calibrer au mieux son plan d'actions, en choisissant le niveau de maturité qu'il souhaite atteindre sur tel ou tel aspect, également en évaluant la charge induite par chaque action retenue.

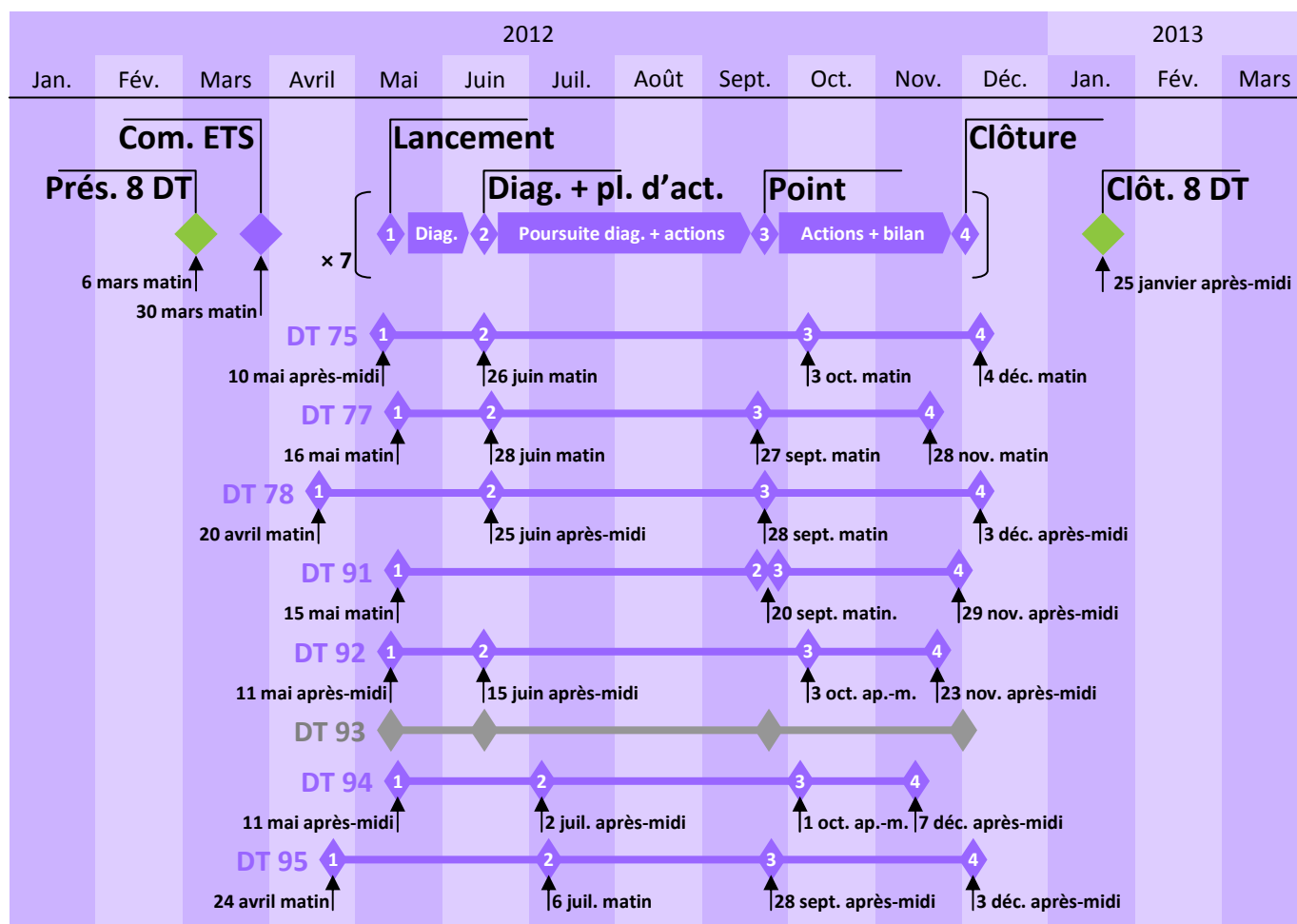
Dans un second temps, les équipes projets constituées doivent donc arrêter et mettre en œuvre les actions de d'optimisation ou de réorganisation pertinentes.

Le bilan des actions en cours

Il n'est évidemment que peu probable qu'une action de fond puisse être menée jusqu'à son terme dans le cadre du calendrier très serré du dispositif.

Néanmoins, après 6 mois de travaux communs, les équipes sont invitées à réaliser un bilan intermédiaire de leur action jusqu'alors, tant qualitatif que quantitatif.

#1. Un dispositif déconcentré dans chaque DT



La colonne vertébrale du dispositif : l'outil ANAP



Afin d'appréhender l'ensemble de la chaîne de facturation, l'ANAP diffuse un outil largement utilisé par l'ARS d'Île-de-France dans ses travaux avec les établissements partenaires. Cet outil, en téléchargement libre, propose d'accompagner l'utilisateur tout au long de la démarche d'optimisation. Il permet de :

- Réaliser un diagnostic quantitatif, à partir de données et indicateurs comparés à des référentiels nationaux,
- Réaliser un diagnostic qualitatif relatif aux bonnes pratiques en place ou non au sein de l'établissement,
- Constituer un plan d'actions à partir de recommandations issues de l'analyse du diagnostic réalisé,
- Suivre son plan d'actions grâce à des fiches actions et calendrier types produits par l'outil.

Cet outil est à disposition en libre téléchargement sur le site de l'ANAP : www.anap.fr.

Contacts :

- pascale.martin@anap.fr ;
- claire.prevoteau@anap.fr.

#2. Les actions en établissements

Chaque équipe projet a réalisé le diagnostic de sa propre chaîne de facturation, et commencé à mettre en œuvre les actions d'optimisation pertinentes au regard des préconisations de l'outil

La clôture du dispositif n'est bien entendu pas la clôture des actions des établissements, qui pour la plupart devront perdurer et produire leurs effets courant d'années prochaines : ainsi, l'objectif du dispositif était de stimuler le démarrage de ces projets, et de créer du lien entre les différents acteurs, notamment à l'échelon départemental.

Néanmoins, lors du dernier jalon, il a été demandé à chaque établissement de réaliser un bilan intermédiaire de sa démarche, depuis les constats du diagnostic jusqu'aux actions en cours et le cas échéant les premiers résultats qui ont pu être obtenus.

Consolidés, ces témoignages sont riches en enseignements et constituent un état des lieux très instructif de la situation des établissements face aux problématiques de facturation, à la veille de la date officielle de déploiement de la FIDES.

Les établissements ayant accepté la diffusion de leur bilan dans le cadre du présent document sont les suivants :

DT 75

- L'Institut Mutualiste Montsouris
- L'Hôpital Pierre Rouques « Les Bluets »
- Le GH Diaconesses Croix Saint-Simon ...p06
- Le CHNO des Quinze-Vingts

DT 77

- Le CH de Montereau ...p07
- Le CH de Melun ...p08
- Le CH de Nemours ...p09
- Le CH de Provins ...p10
- Le GHEF (Meaux Coulommiers et Lagny/Jossigny)
- La Fondation Ellen Poidatz (CRF)
- La Résidence Le Parc BTP RMS de Pontault-Combault
- Le Centre de Coubert
- Le CH de Fontainebleau ...p11

DT 78

- Le CHI de Poissy Saint Germain
- Le CH de Mantes-la-jolie
- L'HGMS de Plaisir Grignon ...p12
- L'HG Denis Forestier
- Le CH de Versailles ...p13

DT 91

- Le CH de Bligny ...p14
- Le CH d'Arpajon ...p15
- Le CH Sud Essonne Dourdan Etampes ...p16
- Le CH de Juvisy
- Le CH de Longjumeau Orsay ...p17
- L'Hôpital Privé gériatrique des Magnolias ...p18

DT 92

- Le CHI de Courbevoie Neuilly Puteaux ...p19
- Le CH des Quatre Villes ...p20
- Le CASH ...p21
- Le CHD Stell ...p22
- L'Hôpital Franco Britannique ...p23
- L'Hôpital Suisse de Paris ...p24

DT 94

- Les Hôpitaux de Saint Maurice
- Le CHI de Créteil
- Le CHI de Villeneuve Saint Georges ...p25
- L'Hôpital Saint Camille
- L'IGR

DT 95

- Le CHI des Portes de l'Oise ...p26
- Le CH de Pontoise ...p27
- Le CH d'Argenteuil ...p28
- Le CH de Gonesse
- Le GH Eaubonne Montmorency
- Le GHI du Vexin

#2. Les actions en établissements

Le GH Diaconesses Croix Saint-Simon (75)

	Diagnostic initial	Actions menées	Résultats obtenus
1	Utilisation du Numéro FINESS juridique et non géographique	Mise à jour des spécialités Mise à jour des DMT Paramétrage des FINESS géographiques	Paramétrage fait, test en cours
2	Logiciel de facturation inadapté pour FIDES	Présentation d'autres logiciels de facturation (<i>CPAGE, WEB100T, CERNER</i>) Visite d'un site pilot FIDES utilisant <i>CERNER</i>	Migration vers JAVA de l'outil <i>CERNER</i> déjà utilisé sur le GH à planifier courant 2013
3	Traçabilité de la gestion des mouvements imparfaite	Sensibilisations des équipes soignantes dans les services Réorganisation de la feuille des mouvements	Amélioration du recueil de l'information
4	Extraction des données de facturation difficile	Recensement des indicateurs (facturation et autres) Demande de présentation aux éditeurs des fonctionnalités de leur outil	En cours
5	Gestion des mouvements non faite en temps réel	Mise en place d'un outil de gestion bloc / lits permettant une gestion des mouvements en temps réel	En cours de paramétrage
6	Taux de rejet important	Contrôle des dossiers en amont (avant envoi) Retour aux personnels des erreurs retrouvées sur les dossiers contrôlés Formation des personnels au projet FIDES	Diminution du taux d'erreur Taux de rejet à voir Formation prévue courant 2013

Comment maintenir la dynamique en interne sur l'optimisation de la chaîne de facturation ?

Poursuite de l'organisation du COPIL facturation
Suivi régulier des indicateurs

Le passage à la FIDES : quelles étapes vous reste-t-il à franchir ?

Améliorer le taux de rejet B2 actuel, encore trop élevé
Acquérir le logiciel
Former les personnels
Suivre en routine les rejets
Réorganiser en interne le circuit de facturation en intégrant le traitement des rejets

#2. Les actions en établissements

Le CH de Montereau (77)

	Diagnostic initial	Actions menées	Résultats obtenus
1	Absence de projet d'ensemble pour l'optimisation de la chaîne de facturation, partagé par les acteurs concernés	Constitution d'un groupe de travail pluridisciplinaire et mise en place d'une gestion en mode projet Réalisation d'un diagnostic à partir de l'outil ANAP Élaboration d'un plan d'actions global	Plan d'actions validé en octobre 2012 4 circuits patients prioritaires identifiés à re-définir pour janvier 2013
2	Taux de pré-admission révélant une marge importante de progression : 29% Faible taux de complétude des dossiers (24%) pour lesquels une pré-admission est réalisée, au moment de l'entrée du patient	Dématérialisation des demandes de prise en charge (4Axes) Mise en place de tableaux partagés des séjours programmés avec les services Constitution d'un groupe de travail pour redéfinir le circuit des pré-admissions (décembre)	Taux de pré-admission en augmentation constante : 29% en 2011 à 37% en octobre 2012 Taux de complétude des dossiers à l'entrée du patient en forte augmentation : 24% en 2011 à 78% en septembre 2012
3	Système d'information lié à la facturation non verrouillé : nombreux logiciels métiers non interfacés avec CPage obligeant à des ressaisies chronophages et entraînant des risques d'erreur et de perte de valorisation importantes	Mise en place de l'interface facturation entre CPage et le logiciel de radiologie (Xplore) Préparation de la mise en place de l'interface entre CPage et le logiciel de laboratoire (Hexalis) Mise en place de l'interface facturation entre CPage et le logiciel de la pharmacie (Pharma)	Interface opérationnelle. Reste le contrôle à automatiser Interface en cours de déploiement Interface opérationnelle
4	Circuit actuel (papier) de valorisation des ACE non sécurisé, ne permettant pas une valorisation en temps réel et n'optimisant pas les ressources y étant consacrées	Mise en place d'une saisie et d'une valorisation à la source en temps réel de l'activité externe, dans le module « actes » du Dossier Patient Informatisé (Axigate)	Configuration des pré-requis réalisée Service pilote identifié et volontaire Tests unitaires prévus le 6/12/2012. Déploiement dans le service pilote (gynéco-obstétrique) en janvier 2013
5	Tableau de bord de la chaîne de facturation existant n'intégrant pas l'ensemble des dimensions du processus et non partagé avec les acteurs concernés.	Nouveaux indicateurs intégrés dans le tableau de bord (exemple : taux de complétude des dossiers à l'entrée du patient)	Travail d'ensemble à engager en 2013, en lien avec les outils qui seront mis à disposition par l'éditeur informatique (CPage) : univers Business object (BO)
6	Télétransmission non encore effective avec quelques-uns des principaux partenaires (caisses et mutuelles) de l'établissement	Mise en place de la télétransmission Noémie / B2 avec l'ensemble des régimes spéciaux Préparation du déploiement de la télétransmission avec les principales mutuelles	Réalisé en septembre 2012. Planifié pour février 2013

Comment maintenir la dynamique en interne sur l'optimisation de la chaîne de facturation ?

Constitution d'un comité de pilotage pérenne et organisation de réunions mensuelles
2 réunions par mois de la cellule DPI-Facturation (cellule opérationnelle restreinte) avec suivi du projet et des indicateurs
Validation par le directoire du plan d'action 2013

Le passage à la FIDES : quelles étapes vous reste-t-il à franchir ?

Maintien du taux de rejet B2 actuel : variant entre 3 et 3,5%, à conforter (flux à 1€)
Mise sous contrôle de l'ensemble du système d'information lié à la facturation
Maîtrise de la chaîne de valorisation de l'activité externe et d'hospitalisation (saisie en temps réel par les acteurs)
Dématérialisation de l'ensemble des pièces : passage au PESV2 en 2013 (cf. Trésor public)

#2. Les actions en établissements

Le CH de Melun (77)

	Diagnostic initial	Actions menées	Résultats obtenus
1	Absence de tableaux de bord de suivi de la chaîne de facturation	Élaboration de tableaux de bord avec indicateurs quantitatifs et qualitatifs de la facturation	Prise de conscience des agents des volumes traités et de la nécessité d'une bonne qualité de gestion des dossiers
2	Encaissements en régie trop faibles	Convention signée avec la Trésorerie Principale pour la mise en place du module TIPI régie (Titres payables par Internet)	Installation en février 2013
3	Absence de contrôles de complétude des dossiers avant facturation	Livraison par l'éditeur AGFA d'un module de contrôle des dossiers ACE avant facturation début novembre 2012	Mise en œuvre de contrôles pour recensement des incohérences de facturation et définition d'un plan d'actions associé dès janvier 2013
4	Taux des rejets B2 trop élevé (actuellement à 8%)	Sollicitation de la CPAM pour l'aide au traitement des rejets B2	Rencontre avec la CPAM et mise au point du protocole de partenariat début 2013

Comment maintenir la dynamique en interne sur l'optimisation de la chaîne de facturation ?

Montée en charge des contrôles a priori permettant d'identifier les difficultés
Plan d'information et de formation ciblé autour du codage et de la qualité du recueil de données (auprès des médecins et des personnels en charge de l'accueil administratif dans les services de soins)
Élaboration de protocoles institutionnels

Le passage à la FIDES : quelles étapes vous reste-t-il à franchir ?

Amélioration du taux de rejet B2 : 8% (données Assurance Maladie) – 11% (données internes)
Implication de l'ensemble des acteurs dans la chaîne de facturation, notamment grâce au plan d'information
Fiabilisation des outils de contrôles

#2. Les actions en établissements

Le CH de Nemours (77)

	Diagnostic initial	Actions menées	Résultats obtenus
1	Pas de communication sur la chaîne de facturation	Information en Directoire le 12/10/12 Information en CME le 19/10/12 Réunions au BDE et au bureau des consultations externes le 26/10/12 Réunion tripartite : CPAM, Trésor public et représentants de l'établissement	Sensibilisation aux enjeux Coordination et expertise conjointe
2	Encaissement en régie insuffisant	Encaissement d'office en régie d'actes en deçà d'un seuil de 20 € quelle que soit la prise en charge Délivrance des résultats de laboratoire et d'imagerie après règlement des patients sans couverture sociale	Réduction des créances de faible montant Augmentation du taux d'encaissement en régie
3	Délais de codage et de facturation trop longs	Automatisation des remontés des actes d'imagerie dans CPAGE par Xplore Facturation tous les 15 jours	Gain de temps sans perte d'acte Gain en trésorerie
4	Absence de tableaux de bord	Suivi des lots télétransmis en collaboration avec la CPAM 77 Mise en place d'un tableau de bord sur la base des outils élaborés par les établissements voisins	Meilleur suivi des rejets Production de statistiques d'activité

Comment maintenir la dynamique en interne sur l'optimisation de la chaîne de facturation ?

Réunion mensuelle avec l'équipe des Admissions et des Consultations Externes
Affichage des résultats de facturation dans le service
Information en CME sur l'avancée du projet FIDES

Le passage à la FIDES : quelles étapes vous reste-t-il à franchir ?

Sensibilisation du personnel médico-administratif et des cadres de santé
Mise en place du logiciel 4axes (prise en charge des mutuelles)
Automatisation des remontées des actes de Laboratoire dans CPAGE via l'interface HEXALIS
Étude du paiement par l'intermédiaire du module « titres » du TIPI (Titres payables par Internet), en collaboration avec le TP

#2. Les actions en établissements

Le CH de Provins (77)

	Diagnostic initial	Actions menées	Résultats obtenus
1	Besoin de formation pour les agents des ACE, des Admissions et des secrétaires médicales	Programmation d'une formation intitulée « facturation au fil de l'eau » pour les agents des ACE, des admissions et des secrétaires médicales sur plusieurs sessions de 2 jours, en novembre 2012 et février 2013 Réunion d'information des secrétaires médicales le 24/09/2012 et le 20/11/2012	Formation de novembre 2012 : les agents formés peuvent appréhender les changements et les nouveaux besoins liés au passage à FIDES Information de septembre et novembre 2012 : meilleure compréhension des secrétaires médicales à la FIDES et à l'ensemble du processus. Un travail de partenariat avec les agents de la caisse et des admissions doit se développer
2	Besoin de développer les dossiers d'activités programmées et d'anticiper la sortie du patient	Mise en place d'un travail en partenariat avec la chirurgie et la médecine (programmé) Suivi et exploitation d'un tableau de bord sur le taux de complétude des dossiers	Meilleure coordination entre les admissions et la programmation des activités, améliorant ainsi les délais d'exhaustivité : 90 % des dossiers complétés à J-8 avant hospitalisation
3	Manque d'indicateurs permettant de rapprocher les données de facturation, de recouvrement et de rejet	Création et exploitation de tableaux de bord sur les délais, les taux de recouvrement, de rejets et le contentieux	Création des indicateurs en cours pour les délais et les taux de recouvrement Analyse des motifs de rejet et de contentieux
4	Circuit de facturation tant en externe qu'en hospitalisation à améliorer	Mise en place de groupes de travail afin de réorganiser le circuit du patient en vue d'une meilleure facturation Organisation de réunions plus particulièrement destinées aux secrétaires médicales	Formation des groupes de travail en cours : groupe ACE, groupe séjours programmés (réunions en janvier, mars et septembre 2012), groupe séjours
5	Délais de recouvrement à réduire	Développement et suivi de la procédure d'encaissement en régie pour les hospitalisations et le système d'acompte ou paiement partiel Mise en place à ce jour de 3 réunions de travail avec le Trésor public.	Indicateurs mis en place : nombre de passages au guichet, encaissements en régie, nombre de frais accompagnants réglés à la sortie (77%), nombre de suppléments chambres particulières réglés à la sortie (100%)
6	Besoin de développer la communication afin de sensibiliser l'ensemble des acteurs	Diffusion de lettres d'information : présentation de FIDES en juin 2012, présentation des pré-admissions en cours de réalisation Informations FIDES pour les chefs et cadres de pôles les 7 et 17 décembre	

Comment maintenir la dynamique en interne sur l'optimisation de la chaîne de facturation ?

Poursuivre la formation des agents de la caisse et des admissions, en vue d'une polyvalence complète des tâches
 Exploitation des indicateurs et analyse régulière pour ajuster le plan d'actions
 Transfert d'un agent administratif pour renfort aux urgences (projet)

Le passage à la FIDES : quelles étapes vous reste-t-il à franchir ?

Taux de rejet B2 actuel (août 2012) de 4,7 %, sous le seuil d'éligibilité
 Élaboration d'un travail en partenariat avec les médecins des urgences puis les externes : codage au fil de l'eau, transmission des informations / ALD, pointage des listes des patients venus ou non
 Poursuite des séquences de formations des agents et plus largement des actions d'information

#2. Les actions en établissements

Le CH de Fontainebleau (77)

	Diagnostic initial	Actions menées	Résultats obtenus
1	Taux de pré-admissions à améliorer	Augmentation du taux de dossiers de pré admission complets : mise en place de la démarche au 1 ^{er} octobre 2012	Complétude du dossier dès la consultation d'anesthésie ou pré opératoire par l'agent du BE en lien avec les agents de la caisse Demande de prise en charge initiée dès la consultation Collaboration établie avec les secrétariats médicaux et unités d'hospitalisation
2	Sécuriser la sortie des patients	Augmentation du taux de dossiers complets à la sortie du patient	Identification des dossiers incomplets par l'agent du mouvement en collaboration avec les services de soins Interpellation des assistantes sociales en amont pour mieux préparer la sortie
3	Indicateurs insuffisamment partagés à l'échelle de l'établissement	Communication et discussion sur les indicateurs avec les membres du comité de pilotage	Suivi de l'exhaustivité codage des soins externes en lien avec le DIM et les pôles, dans le cadre des contrats de pôles
4	Délais de codage des actes externes trop longs	Automatisation de la remontée des actes externes et hospitalisés	Remonté des actes de blocs en place Idem sur la médecine

Comment maintenir la dynamique en interne sur l'optimisation de la chaîne de facturation ?

Déploiement de la remontée des actes sur les secteurs restants : chirurgie, gynécologie, obstétrique, pédiatrie, ophtalmologie et autres spécialités

Développement de la télétransmission aux mutuelles via NOE

Sensibilisation des professionnels notamment à l'exhaustivité du codage des actes externes

Suivi des venues et non venues en consultations planifiées dans CROSSWAY (AMA)

Le passage à la FIDES : quelles étapes vous reste-t-il à franchir ?

Maintenir le taux de rejet B2 actuel sous le seuil d'éligibilité (actuellement 5%)

Finaliser la remontée des actes en fiabilisant le paramétrage (pour limiter les erreurs)

Développer et mettre en place les indicateurs de suivi de facturation et de recouvrement

#2. Les actions en établissements

L'HGMS de Plaisir Grignon (78)

	Diagnostic initial	Actions menées	Résultats obtenus
1	Absence de « parcours de soins »	Réunions pour désignation des nouveaux médecins traitants EHPAD-USLD Nouveaux tests de facturation « parcours de soins » sur logiciel	Reste à réaliser : mise à jour de la déclaration individuelle du médecin traitant auprès de la CPAM pour résidents EHPAD-USLD
2	Traitement des rejets manuels	Programmation d'une formation relative aux traitements des rejets B2	Formation programmée le 18 décembre 2012 pour 3 agents
3	Procédure de saisie création d'identité à affiner Procédure de gestion d'identité en mode dégradé	Mise à jour de la procédure de saisie Création d'une procédure de fusion	En cours de validation par la CIV et l'AGI
4	Absence de procédure de relance PEC (mutuelles et ALD)	Lancement hebdomadaire de l'état en attente de prise en charge (ALD-mutuelles) Rédaction d'une procédure	
5	Absence d'outil de contrôle de la facturation aux postes admissions	Installation de <i>PMSI PILOT</i> sur les postes clientèles	Analyse et correction systématique du fichier <i>VIDHOSP</i> avant envoi

Comment maintenir la dynamique en interne sur l'optimisation de la chaîne de facturation ?

Réorganisation du service clientèle en projet

Le passage à la FIDES : quelles étapes vous reste-t-il à franchir ?

Taux de rejet B2 actuel 20%, diminution attendue après la formation de décembre 2012

#2. Les actions en établissements

Le CH de Versailles (78)

	Diagnostic initial	Actions menées	Résultats obtenus
1	Déficit de sensibilisation des médecins sur l'importance du codage	Veille automatique sur les consultations non codées, et retour auprès des chefs de services Intervention au conseil des consultations	Développement en cours Évaluation à venir
2	Qualité des informations médico-administratives dégradée au profit délai de facturation	Projet de la mise en place d'un « TOP FAC », en lien avec le service informatique	
3	Recouvrement en régie (externes) insuffisant et relationnel avec la Trésorerie à améliorer	Mise en place d'une communication accrue entre Clientèle et Trésorerie Mise à plat de la base débiteurs pour harmonisation entre Clientèle et Trésorerie Développement de l'interface <i>Helios / GAM</i> Mise en place aux externes d'un document d'information patients pour paiement en sortie de consultation	Recouvrement des avis de sommes à payer des années antérieures nettement amélioré
4	Déficit de sensibilisation du personnel des services de soins sur les aspects administratifs et financiers du dossier du patient	Intervention à la journée des nouveaux arrivants Campagne d'information du personnel à l'identito-vigilance Réactivation de la cellule identito-vigilance Intervention auprès de l'IAO des Urgences Semaine de la « sécurité du patient »	Formation commune entre les différents acteurs programmée, campagne prévue (date non fixée)
5	Procédures d'accueil du patient au service de la Clientèle non formalisées	Uniformisation des procédures aux guichets Formation à l'accueil principal Formation à l'accueil aux guichets Mise en place d'un groupe sur le parcours de soins	
6	Timing optimal du lancement de la facturation à un moment choisi à mettre en place	Prise en main par la clientèle de la gestion du « lancement » de la facturation Interface entre DIM et Clientèle pour le « TOP FAC »	

Comment maintenir la dynamique en interne sur l'optimisation de la chaîne de facturation ?

Rappels incessants en réunions de service + réunions externes au service du projet FIDES

Information continue aux services sur la valorisation de leurs activités

Vigilance constante sur les taux de rejets avec formation continue des agents et adaptation du système d'information

Le passage à la FIDES : quelles étapes vous reste-t-il à franchir ?

Taux de rejet B2 actuel : 5,9%, avec un objectif inférieur à 5%

Intégrer PESV2

Fluidifier le parcours de soins

Améliorer l'interopérabilité des logiciels informatiques

#2. Les actions en établissements

Le CH de Bligny (91)

	Diagnostic initial	Actions menées	Résultats obtenus
1	Pré-admission : logiciel de gestion administrative inadapté et interface difficile avec le Dossier Patient Informatisé	Démarche de changement de logiciel administratif : - Rédaction d'un cahier des charges - Rencontre avec les éditeurs	Actions en cours
2	Recouvrement : amélioration du processus à prévoir	Travail sur la complétude du dossier avant envoi avec élaboration de fiches techniques et contrôles de saisie Mise en place d'un suivi plus rigoureux des dossiers particuliers Affectation de temps pour pointage et relances supplémentaires Mise en place d'un calendrier de relances, et d'un suivi des retours	Recouvrement amélioré
3	Manque d'indicateurs et de contrôles	Démarche de changement de logiciel administratif Sensibilisation, implication et formation des équipes Mise en place de suivi de certains actes facturés Vérification des prises en charge sous 48 heures Consultation systématique des droits du patients Mise en place d'alerte par mail avec le service social de l'établissement Mise en place d'un suivi des envois et réceptions B2 Analyse des rejets	Changement logiciel : en cours Reconnaissance des équipes Plus grande réactivité à traiter les problèmes
4	Augmentation des consultations externes générant des difficultés de suivi et de contrôle des dossiers	Modification de la collecte des actes de facturation Analyse et organisation du parcours du patient Modification des heures d'ouverture administratives avec renforcement de l'équipe Modification des locaux d'accueil Mise en place d'un nouveau logiciel de gestion des plannings de rendez-vous	Actions en cours

Comment maintenir la dynamique en interne sur l'optimisation de la chaîne de facturation ?

Réunions fréquentes d'information et de formation
Suivi régulier d'indicateurs

Le passage à la FIDES : quelles étapes vous reste-t-il à franchir ?

Changer les logiciels de gestion administrative et de gestion des plannings
Améliorer le Système d'Information et les interfaces.
Sensibiliser en interne l'ensemble des acteurs concernés

#2. Les actions en établissements

Le CH d'Arpajon (91)

	Diagnostic initial	Actions menées	Résultats obtenus
1	Nécessité de formaliser les procédures de pré-admission et de sortie des patients	Rédaction des procédures	En cours d'évaluation
2	Nécessité de former le personnel de l'établissement	Inscription au plan de formation 2013 de diverses formations (formations techniques « métiers », formations aux enjeux de la facturation individuelle et formation à la nouvelle version du logiciel <i>C-page i</i>)	Évaluation qui sera conduite à l'issue de ces formations
3	Besoin de sensibilisation des agents sur la qualité nécessaire des informations saisies et besoin d'une nouvelle organisation	Organisation de réunions de service Travail étroit avec le DIM	A évaluer au regard de l'évolution des taux de rejet en 2013
4	Recouvrement à améliorer	Organisation de rencontres régulières avec le nouveau trésorier	Mise en place en mars 2013
5	Déficit de communication interne auprès de l'ensemble du personnel de l'établissement sur les enjeux de la facturation individuelle	Interventions en CME (décembre 2012) et à l'occasion des journées « Qualhyris » (janvier/mars 2013)	

Comment maintenir la dynamique en interne sur l'optimisation de la chaîne de facturation ?

Communication, formation et information des équipes

Le passage à la FIDES : quelles étapes vous reste-t-il à franchir ?

Diminuer le taux de rejet B2

Améliorer le paramétrage du logiciel

#2. Les actions en établissements

Le CH Sud Essonne Dourdan Etampes (91)

	Diagnostic initial	Actions menées	Résultats obtenus
1	Nécessité de relancer le travail en commun avec la TP sur le recouvrement	Réactivation de l'automate de relance pour la 1 ^{ère} fois depuis la fusion fin septembre 2012 Organisation de réunions « restes à recouvrer » (30/11/2012)	Récupération de trésorerie
2	Fort turnover dans le service et déficit de formation initiale	Formation « Optimiser les procédures et la chaîne de facturation en établissement » les 8 et 9 octobre 2012	14 agents formés sur les 2 sites
3	Nécessité de se coordonner avec la MSA et C-Page en vue de la préparation de la FIDES	Benchmarking avec établissement voisin : échanges avec le CH de Rambouillet (dernière rencontre le 06/12/2012)	
4	Politique d'identito-vigilance insuffisante	Plan d'actions issu de la démarche de certification v2010	Documents cadres : charte d'identito-vigilance, charte rédactionnelle, procédure de saisie de l'identité, mémo sur la constitution du dossier d'admission

Comment maintenir la dynamique en interne sur l'optimisation de la chaîne de facturation ?

Réunions régulières de suivi des taux de rejets par site
Réunions régulières avec la TP pour épurer les restes à recouvrer

Le passage à la FIDES : quelles étapes vous reste-t-il à franchir ?

Taux de rejet B2 actuel: 6,27 % (site de Dourdan, octobre 2012) & 2,20 % (site d'Etampes, octobre 2012)
Traiter l'ensemble des actions de niveau 1 à 3 identifiées lors de l'autodiagnostic (estimé à une année de travail environ)

#2. Les actions en établissements

Le CH de Longjumeau Orsay (91)

	Diagnostic initial	Actions menées	Résultats obtenus
1	Cellule d'identitovigilance (CHO/CHL) à renforcer	Rencontre CHL/ CHO le 9 octobre 2012 Rédaction d'une charte d'identification commune Définition comme axe prioritaire du plan de formation 2013 (formation commune)	
2	Chaîne de facturation à réorganiser	Actions sociales : recrutement d AS PASS au 1 ^{er} février 2012 (CHL) Gestion des lits : recrutement d'un gestionnaire des mouvements (CHL) Admissions : création d'un poste de gestionnaire des admissions aux urgences (CHO)	Meilleure complétude des dossiers de patients en situation de précarité
3	Encaissements directs (CHO/CHL) à développer		
4	Postes de gestionnaires de recettes à l'hôpital (CHL) à professionnaliser	Formation aux évolutions CPAGE en septembre 2012 Formation à la facturation des prestations de soins et perspectives FIDES en octobre 2012 Création d'un poste de facturation des ACE	Montée en compétences des gestionnaires Motivation des gestionnaires Diminution du taux de rejet B2 en octobre 2012
5	Chaîne de facturation (CHO/CHL) à informatiser	Numérisation des pièces du dossier administratif de patient : - choix du fournisseur - présentation du logiciel aux équipes en octobre et novembre 2012	Motivation des gestionnaires
6	Communication sur le projet FIDES à renforcer : lien entre les différents sous projets pour impliquer chacun des acteurs hospitaliers (CHL)	Rencontre avec la Trésorerie le 28 septembre et le 19 octobre 2012 : - mise en place d'un calendrier de facturation - mise en place d'une check-list de contrôle de la chaîne de facturation - mise en place d'un bordereau de transmission des documents à la perception	Qualité du circuit de facturation optimisée

Comment maintenir la dynamique en interne sur l'optimisation de la chaîne de facturation ?

Numérisation déployée en début 2013
 Changement de logiciel (*icpage*) fin 2013
 Retours d'information réguliers sur les rejets B2
 Amélioration des interfaces (remontée des actes)
 Aboutissement des projets architecturaux

Le passage à la FIDES : quelles étapes vous reste-t-il à franchir ?

Diminuer le taux de rejet B2 actuel
 Développer les régies
 Renforcer le rôle et l'effectif des gestionnaires d'accueil

#2. Les actions en établissements

L'Hôpital Privé gériatrique des Magnolias (91)

	Diagnostic initial	Actions menées	Résultats obtenus
1	Nécessité d'anticiper les formalités lors des pré-admissions	Formalisation d'une procédure de pré-admission dans les cas où cela est réalisable	En cours
2	Patients et leur famille insuffisamment incités à accomplir les formalités à la sortie du patient	Regroupement du service des admissions / facturation et l'hôpital de jour au même étage Mise en place d'un système d'alerte pour les dossiers incomplets parallèlement au renouvellement du système d'information	En cours Inscription dans le cahier des charges du nouveau système d'information
3	Implication de tous à développer par une communication vis-à-vis des tiers, des patients et des personnels	Organisation de sessions de formation Présentations régulières d'un point d'avancement aux instances de l'établissement Réalisation d'un point régulier dans les supports de communication internes Rencontre tous les 6 mois des équipes de soins pour les sensibiliser à l'importance de leur collaboration dans la chaîne de facturation	Programmé en février 2013 A programmer
4	Vigilance à accroître sur la phase de facturation	Ajout d'une note dans le livret d'accueil Adaptation et mise à jour du système de production des factures Réduction du délai de facturation Ciblage des risques inhérents au processus de facturation et élaboration des mesures palliatives	
5	Pilotage en mode projet à mettre en place, en coopération avec la cellule identito-vigilance et parallèlement à la procédure de certification	Constitution du comité de pilotage Poursuite du suivi des taux de rejet et leur correction	Réalisée en octobre 2012

Comment maintenir la dynamique en interne sur l'optimisation de la chaîne de facturation ?

Réunions trimestrielles du comité de pilotage

Points dans les supports internes de communication et auprès des instances de l'établissement

Le passage à la FIDES : quelles étapes vous reste-t-il à franchir ?

Mettre à jour le dossier patient informatisé

Cartographier les risques et mesures de prévention ou palliatives

#2. Les actions en établissements

Le CHI de Courbevoie Neuilly Puteaux (92)

	Diagnostic initial	Actions menées	Résultats obtenus
1	Partage des indicateurs de performance de la chaîne de facturation recouvrement non effectif à ce jour	Volonté exprimée avec la Trésorerie : identification en cours des indicateurs à suivre	En cours
2	Codage des dossiers H non systématique à l'instant t et/ou non exhaustif	Travail en cours avec le DIM et communication aux réunions institutionnelles	En cours
3	Non anticipation des mouvement de personnel et des remplacements	Sensibilisation de la DRH sur l'arrivée de FIDES et l'importance d'autant plus accrue d'équipes stables, formées et complètes	En cours
4	Régies / caisses positionnés en dehors du parcours naturel du patient	Travaux prévus	En cours
5	Redressements trop importants dont certains évitables	Installation de CDR et de bornes de mise à jour des cartes Vitale à tous les postes Actions auprès du travail des agents	Demande en cours
6	Fréquence des facturations à prévoir pour FIDES	Organisation prévue sur la fréquence des facturations et personnel dédié	
7	Collaboration non systématique avec certains services de soins	Communication à l'échelle de l'établissement	+/- durable dans le temps

Comment maintenir la dynamique en interne sur l'optimisation de la chaîne de facturation ?

Systématisation des procédures et consignes écrites, suivies de contrôles

Communication accrue aux réunions clés avec les services de soins

Communication et mise en place progressive de méthodes de travail et d'indicateurs de suivi avec la nouvelle trésorerie : volonté commune d'un recouvrement au plus près de la sortie du patient

Sensibilisation renforcée sur chaîne de facturation auprès du service social

Le passage à la FIDES : quelles étapes vous reste-t-il à franchir ?

Passer en dématérialisation

Assurer une veille active sur la méthodologie d'application concrète de la dématérialisation puis de la FIDES (tutelle, Trésorerie Générale, éditeur logiciel, etc.)

Installer les bornes de mise à jour des cartes Vitale (en attente)

Faire reconnaître par les agents l'importance de qualité et de l'exhaustivité des information sur la chaîne de facturation

Rester vigilant sur le projet concourant PESV2, dont la mise en œuvre sera vraisemblablement lourde pour les équipes

#2. Les actions en établissements

Le CH des Quatre Villes (92)

	Diagnostic initial	Actions menées	Résultats obtenus
1	Taux de rejet B2 trop élevé	Rencontres régulières avec la CPAM sur le sujet (3 ^{ème} en 2012) et traitement du tableau de bord mensuel	Baisse sensible du taux en 2012, passé sous la barre des 10%
2	Délais de traitement des rejets et redressements sur AMO et AMC trop longs	Réorganisation en cours des tâches entre sites et entre agents (ACH et Adjoints administratifs) pour constituer un pôle de facturation à partir de 2013 avec l'appui de la direction des finances	Préparation des conditions de mise en place d'un pôle multisite
3	Taux de créances irrécouvrables sur patients non assurés sociaux élevé	Réflexion interne et début de rédaction d'une procédure de prise en charge de ce public	
4	Faiblesse dans le pilotage par indicateurs	Détermination des indicateurs qui seront suivis au CH4V	Suivi régulier des taux de facturation, des taux d'encaissement en régie et du taux de facturation des chambres individuelles

Comment maintenir la dynamique en interne sur l'optimisation de la chaîne de facturation ?

Formation, en interne, de l'ensemble des agents aux enjeux de la FIDES et extension des compétences de facturation aux agents non formés à ce jour

Généralisation des pré admissions avec écritures de procédures par secteur d'activité

Procédure de gestion de la complétude des dossiers à j+2 à rédiger

Détermination de référents pour la gestion des rejets B2 (sur dossiers externes ou hospitalisations)

Détermination de référents pour le suivi des facturations et des contentieux afin de constituer un pôle de facturation recouvrement performant intégrant des compétences de la Direction des finances

Mise en place d'un tableau de bord synthétique composé des principaux indicateurs de la chaîne de facturation recouvrement

Le passage à la FIDES : quelles étapes vous reste-t-il à franchir ?

Poursuivre la réduction du taux de rejet B2 pour passer sous le seuil de 5% (4,5% actuellement)

Poursuivre la réduction du taux de rejet des flux 1 euros : supérieur à 15% sur l'année 2010

Optimiser le taux d'encaissement en régie

Raccourcir les délais de facturation actuels (30 jours en moyenne) : objectif d'un délais de 15 jours à fin 2013

#2. Les actions en établissements

Le CASH (92)

	Diagnostic initial	Actions menées	Résultats obtenus
1	Points d'accueil (PAC) cloisonnés, compétences à développer et mutualisation des moyens insuffisante	Glissement d'agents et formations par doublure Centralisation des PAC	8 agents ayant développé une double compétence Permanence Urgences 7h-21h Rédaction de fiches techniques : identification et harmonisation des pratiques (en cours) Reprise du projet de bâtiment centralisé des CE
2	Gestion et rythme de facturation à accélérer	Élaboration d'un planning prévisionnel de facturation Décloisonnement de la chaîne de traitement	Planning réalisé : staffs hebdomadaires, cellules gestion / facturation Précarité + Psychiatrie Actions d'optimisation : analyses du contrôle de gestion, création de messageries génériques (psy et accueil), future activation des notes de frais, etc.
3	Travail en réseau des équipes à développer	Informier, échanger, responsabiliser, positionner	En place : réunions avec la TP, réunions de service BDE, staffs dynamiques pluri-sectoriels
4	Missions du bureau des entrées à recentrer et gestion administrative à rationaliser	Visites et rencontres institutionnelles et pluridisciplinaires : plateaux médecine / chirurgie / ambulatoire / blocs, etc.	En cours
5	Déficit de pilotage et de travail de terrain	Reconfiguration des postes de travail : bureaux / messageries, CPE, décisions préposés	En cours
6	Manque de pilotage global et de suivi d'indicateurs	Réflexions quant à la constitution de tableaux indicateurs	En cours

Le passage à la FIDES : quelles étapes vous reste-t-il à franchir ?

Taux de rejet B2 actuel : 3,5%

Pour autant, l'établissement ne se sent pas prêt pour la FIDES : un contrat de retour à l'équilibre est en cours, mobilisant fortement les équipes internes

#2. Les actions en établissements

Le CHD Stell (92)

	Diagnostic initial	Actions menées	Résultats obtenus
1	Turn-over important dans le service du bureau des entrées. Ce service a besoin d'une équipe stabilisée et formée	Demande d'une formation pour les agents du bureau des entrées réalisée par la responsable du BE auprès du service de la DRH Service RH alerté : un turn-over important au niveau du BE a entraîné des difficultés multiples pour le service	La formation a eu lieu en octobre 2012 pour les agents du BE et pour tous ceux qui voulaient compléter leurs connaissances sur l'optimisation des procédures d'admission et la chaîne de facturation en générale A déterminer sur le long terme
2	Faiblesse dans le pilotage de la chaîne de facturation	Création d'une équipe projet incluant la directrice adjointe de l'établissement, la responsable du BE, le DSIO, la TIM, la responsable des finances et la contrôleur de gestion. Mise en place d'un tableau de suivi synthétique des indicateurs liés à la chaîne de facturation	Les réunions de l'équipe projet, dans son ensemble, sont maintenant régulièrement organisées. Le rythme actuel est d'une réunion tous les 2 mois. Les indicateurs sont choisis à ce jour. La deuxième étape consiste à automatiser le recueil des informations <i>via Business Object</i> pour les données disponibles en interne. La troisième et dernière étape sera celle de la communication régulière des résultats aux instances.
3	Délai de transmission des dossiers d'hospitalisation entre le service de soins et le DIM à optimiser	Mise en place d'un dossier patient informatisé afin de diminuer les délais de transmission des informations entre les services concernés Formation des médecins à la CIM 10 afin de permettre une meilleure qualité de codage Mise en place du suivi des délais de transmission des données au DIM avec vocation à être diffusé aux chefs de service pour sensibilisation	Le choix du dossier patient a été fait en 2012, par l'équipe créée pour ce projet. La mise en place de l'outil démarrera en début d'année 2013. Des équipes « métier » ont été prévues afin de réaliser des procédures accompagnant ce changement Suivi mis en place en janvier 2013, première communication aux chefs de pôle à la fin de ce mois de Janvier, avec détermination d'objectif par service dans le cadre des contrats de pôle
4	Collaboration non systématique avec les personnels soignants et/ou paramédicaux et/ou médicaux	Mise en place de différents supports de communication ayant pour but la sensibilisation et l'information	Des actions ont été entreprises afin d'uniformiser les connaissances de tous concernant des points tels que les modes d'entrée et de sortie par exemple. Les effets de ces actions ne seront visibles que sur le long terme.

Comment maintenir la dynamique en interne sur l'optimisation de la chaîne de facturation ?

Continuité des réunions du groupe projet

La formation continue des agents est également essentielle.

La dynamique interne doit être entretenue grâce à la communication régulière des éléments liés à la mise en place de FIDES dans la structure

L'établissement va profiter de la mise en place du dossier patient informatisé, qui mobilise tous les corps de métiers, pour revoir certaines organisations et/ou procédures pouvant être optimisées grâce à ce nouvel outil

Une collaboration entre le service du DIM et le service des Admissions associée à une cellule d'identité-vigilance active.

Information régulière en CME des avancées de la FIDES dans l'établissement

Le passage à la FIDES : quelles étapes vous reste-t-il à franchir ?

Passer à la dématérialisation (projet PESV2)

Poursuivre le travail sur les rejets B2 et flux à 1 euros.

Sensibiliser tous les corps de métier afin que chacun soit conscient du rôle qu'il a à jouer dans la chaîne de facturation et dans son efficacité.

#2. Les actions en établissements

L'Hôpital Franco Britannique (92)

	Diagnostic initial	Actions menées	Résultats obtenus
1	Taux de rejet des télétransmissions très importants	Nomination d' un référent facturation pour les consultations et actes externes en charge du traitement des rejets Formation des équipes par le référent sur les bonnes pratiques de facturation Mise en place d'un contrôle en amont par l'agent avant chaque envoi (par quinzaine)	Effectif
4	Absence de régularité dans le suivi et le traitement des rejets	Suivi tous les 15 jours des taux de rejets CPAM et retour vers les équipes	Effectif
5	Rejet systématique des envois du laboratoire pour les patients qui viennent en direct (problème de laboratoire prescripteur)	Analyse d'une situation équivalente (l'imagerie) mais qui ne présente pas les mêmes causes de rejet pour rechercher une solution (problème SI ?)	En cours

Comment maintenir la dynamique en interne sur l'optimisation de la chaîne de facturation ?

Communication régulière aux équipes des taux de rejets générés pour sensibilisation

Mise en place d'un calendrier des télétransmissions et de suivis des rejets

Maintien des groupes de travail et formation continue des agents

Implication de l'ensemble du personnel des consultations et actes externes par une réunion de présentation de la FIDES et de ses impacts

#2. Les actions en établissements

L'Hôpital Suisse de Paris (92)

	Diagnostic initial	Actions menées	Résultats obtenus
1	Absence d'indicateurs de suivi de la chaîne de facturation recouvrement	Choix des indicateurs (liste arrêtée en octobre 2012) : délai moyen de recouvrement, délai moyen de facturation, taux de dématérialisation, taux de remplissage des chambres particulières, mesure de l'impact des relances patient hospitalisé	
2	Pré admissions à mettre en place	Mise en place des pré admissions en SSR depuis le 1 ^{er} octobre Poursuite du projet avec la mise place des pré-admissions en médecine	
3	Pas de contrôle automatique de la complétude des dossiers au moment de la sortie	Création d'un binôme au niveau du service des admissions	Diminution du nombre de dossiers en attente de PEC au moment de la sortie Amélioration des délais de facturation aux mutuelles
	Difficultés de recouvrer les créances des patients externes quittant le centre de consultations sans honorer leur facture	Conservation de la carte <i>Vitale</i> pour les patients des consultations externes n'ayant pas de mutuelle	Action encore en projet
4	Taux de rejet des CMU trop élevé	Instauration d'une télétransmission toutes les semaines le 1 ^{er} du mois avec une correction des rejets toutes les « 4 ^{ème} semaine » du mois	Action en cours
5	Logiciel <i>CERNER</i> non à jour (passage JAVA nécessaire)	Mise à jour prévue la semaine 51 : formation des équipes à venir	Action en cours

Comment maintenir la dynamique en interne sur l'optimisation de la chaîne de facturation ?

Organisation régulière de réunions d'équipe afin d'informer et de présenter les indicateurs de suivi ainsi que les types de rejets CMU

Formation des équipes à la FIDES

Le passage à la FIDES : quelles étapes vous reste-t-il à franchir ?

Améliorer notre taux de rejet B2 (taux actuel de 20%)

Former les équipes à la mise à jour du logiciel *CERNER*

#2. Les actions en établissements

Le CHI de Villeneuve Saint Georges (94)

	Diagnostic initial	Actions menées	Résultats obtenus
1	Manque de pilotage et d'indicateurs	Mise en place d'un tableau de bord mensuel Mise en place d'un Groupe de coordination locale (GCL) se réunissant tous les mois et demi	En cours (en attente d'un devis éditeur pour la production d'indicateurs)
2	Cloisonnement de l'organisation et des acteurs du bureau des entrées Temps d'attente trop important au niveau des consultations	Réorganisation interne entre hospitalisations et consultations : introduction de la polyvalence entre secteurs et polyvalence au sein du même secteur à venir	Diminution des délais d'attente aux guichets A venir : réduction des contentieux attendue
3	Délais d'attente importants	Mise en place du « passe-directe » pour permettre une admission plus rapide des patients récurrents	Ressenti très positif des patients concernés Extension sur d'autres secteurs que la médecine en vue
4	Informations médico administratives non fiables (contenu médical des dossiers, codage des médecins aléatoire, etc.)	État des lieux bihebdomadaire des codages auprès des médecins, pour un maximum de dossiers codés en temps réel (en fin de consultation)	Diminution du nombre de dossiers sans acte (+ 10% de valorisation sur les actes NGAP et CCAM)
5	Liens avec le service social à renforcer, notamment en raison d'une patientèle particulière et sensible	Tableau de suivi des dossiers « compliqués » Contacts réguliers et échanges / partages avec les assistantes sociales	A venir (résultats de long terme)
6	Insuffisance des paiements directs (notamment les encaissements aux urgences)	Mise en place d'un terminal de paiement aux urgences	Projet en cours
7	RAR trop nombreux Rejets B2 > 20%	Mise en place d'une convention avec la trésorerie pour épurer les RAR (points mensuels)	RAR en cours d'épuration Rejets B2 < 15%...

Comment maintenir la dynamique en interne sur l'optimisation de la chaîne de facturation ?

Définition d'un nouveau plan de charge de traitement des B2 à partir de janvier

Mise en place d'une réunion interne facturation chaque semaine, réunissant DAF, responsables externes + admissions et service informatique

Le passage à la FIDES : quelles étapes vous reste-t-il à franchir ?

Taux de rejet B2 actuel : ~ 15 %

Optimiser les outils informatiques, notamment par la production d'un tableau de bord automatique

Basculer en PES V2 à horizon mars 2013

#2. Les actions en établissements

Le CHI des Portes de l'Oise (95)

	Diagnostic initial	Actions menées	Résultats obtenus
1	Formation des agents à développer	Au moins 1 formation collective des agents par an Formation « identitovigilance » & « mode de financement des urgences » à toutes les Infirmières d'accueil et d'orientation (IAO) des urgences en interne cet été Formations / échanges entre les équipes du TP et du BE de l'hôpital	Impact très positif : bonne compréhension du binôme soignant – administratif aux urgences, plus généralement formations bénéfiques pour amélioration du recouvrement
2	Recrutement des agents à affiner	Stabilisation de l'équipe et professionnalisation du recrutement au bureau des entrées	
3	Nécessité de développer des indicateurs	Mise en place d'un suivi rigoureux du taux et motifs rejets B2 : axes de formation selon les types de rejets Annulation des titres : recensement des causes, afin de mieux cibler les formations auprès des agents Suivi des encaissements en régie et aux urgences (opportunité de l'arrivée d'un nouveau chef de service)	Suivi effectif Formations des agents ciblées selon les causes de rejets et d'annulation de titres Encaissements en régie à la hausse
4	Circuit de pré admission à organiser	Modification des organisations (formulaire, etc.) afin de faciliter les admissions Mise en place d'un outil (4axes) centralisant l'ensemble des demandes de prise en charge des mutuelles	Objectif de complétude des dossiers le jour de l'admission à horizon 2013 Travail dorénavant en amont de la chaîne (diminution des appels téléphoniques et fax aux mutuelles) et retour des PEC dans des délais satisfaisants

Le passage à la FIDES : quelles étapes vous reste-t-il à franchir ?

Taux de rejet B2 inférieur à 5% depuis 6 mois

Fort enthousiasme de la part de l'équipe : suivi et (in)formation des agents, mise en place d'un binôme opérationnel pour le traitement des rejets

#2. Les actions en établissements

Le CH de Pontoise (95)

	Diagnostic initial	Actions menées	Résultats obtenus
1	Taux de rejet B2 trop élevé	Mise en place de contrôles qualité : lecture des cartes, repointage des cartes, requête pour pointer les droits arrivant à échéance, etc.	Taux de rejet initial : ~20 %.. aujourd'hui 8,9% (en dessous de 5..)
2	Compétences des agents du BE à renforcer	Formation de l'ensemble des agents à la réglementation en vigueur	
3	Saisie des actes insuffisante	Formation des soignants, ainsi que les autres paramédicaux (secrétaires médicales, manipulateurs radio, etc.)	
4	Organisation nouvelle à expérimenter : la centralisation	Dans le cadre d'un contrat performance ANAP : création du dossier, saisie des actes et paiement centralisés	Action en cours
5	Caractère non conforme à la réglementation et non opérationnel du logiciel en place	Mise en conformité du logiciel <i>CERNER</i>	Dernière version installée en décembre 2012 satisfaisante

Comment maintenir la dynamique en interne sur l'optimisation de la chaîne de facturation ?

Mise à jour des codes « mouvements » pour la valorisation des séjours

Poursuite des formations institutionnelles et réglementaires des agents au moins une fois par an

Le passage à la FIDES : quelles étapes vous reste-t-il à franchir ?

Stabiliser la solution informatique (mises à jour, etc.)

En l'état actuel, les équipes ne se sentent pas prêtes. En revanche, la dynamique interne créée à l'occasion du projet permet d'être optimiste pour l'avenir

#2. Les actions en établissements

Le CH d'Argenteuil (95)

	Diagnostic initial	Actions menées	Résultats obtenus
1	Contrôle qualité sur la chaîne à renforcer	Travail sur les rejets avec la CPAM et le service informatique : incohérences, anomalies, etc., ciblées sur des motifs de rejets récurrents (notamment par rapport aux consultations externes)	Rejets B2 à 6,8% en 2009, 4% en 2012, et actuellement à 3,9% (3 bimestres d'affilé inférieurs à 4%)
2	Données administratives à fiabiliser	Stimulation via la cellule identité : procédures, formations des agents en charge de « créer » l'identité (notamment en maternité, aux urgences, etc.)	Ressenti positif
3	Coordination avec la trésorerie à mettre en place	Fréquents états des RAR Épuration des exercices antérieurs Amélioration du circuit entre établissement et TP pour permettre aux patients de disposer de leurs factures plus rapidement	État en octobre : - 100 k€ récupérés - Délais d'édition des factures réduits de 15 jours

Comment maintenir la dynamique en interne sur l'optimisation de la chaîne de facturation ?

GDDOC (gestion dématérialisée des documents) = bonne nouvelle

Soutien et renforcement de la Cellule identité

Recettes issues des régies à augmenter, notamment en relançant la régie prolongée (mise en sommeil il y a 2 ans)

Travail sur les mouvements et séjours avec les services de soins

Formation continue de l'ensemble des personnels, notamment en raison du fort turnover des agents

Maintien et développement des pré-admissions

Mise en place d'une veille réglementaire interne à l'établissement

Consolidation des relations avec l'ensemble des acteurs concernés par la chaîne (DIM, assistantes sociales, TP, responsable BE, etc.)

Mise en place de la décentralisation des caisses de consultations

Mise en place des chambres particulières

Le passage à la FIDES : quelles étapes vous reste-t-il à franchir ?

Taux de rejet B2 actuel : 3,96 %

Re-paramétrer le logiciel *MIPIH* !

#3. Un bilan de la démarche

Le dispositif francilien, de part la proximité qu'il induit avec les établissements, est riche en enseignements, notamment en termes de panorama des pratiques réelles et de capacité des établissements à faire face aux échéances à venir

La généralisation de la FIDES, à partir de 2013, modifiera substantiellement les modalités de facturation de leur activité par les établissements de santé. Ceux-ci ne transmettront plus les données d'activité aux ARS via le PMSI mais basculeront vers une facturation individuelle et directe des consultations et séjours aux caisses d'assurance maladie dans un lien direct offreur / payeur. A ce titre, l'Agence régionale de santé n'aura plus la charge de produire les arrêtés de versements.

Néanmoins, en tant que tutelle, l'Agence doit :

Pendant la période d'expérimentation (2012) :

- Sensibiliser et informer les établissements franciliens des pré requis, du calendrier et des modalités de la généralisation du dispositif,
- Accompagner les établissements qui le souhaitent à améliorer la performance de leur chaîne de facturation et recouvrement, condition *sine qua none* pour le passage à la FIDES sans mettre en danger les finances de l'établissement en créant notamment des problèmes de trésorerie si rejets massifs des factures par les caisses,

Le choix a été fait en Île-de-France de coupler les deux dans un dispositif qui visait à stimuler la dynamique interne des établissements en les incitant à mobiliser l'ensemble des acteurs impliqués dans la chaîne de facturation et de recouvrement :

- Favoriser les échanges de pratiques inter établissements lors de groupes de travail ;
- Favoriser les contacts inter structures (caisses et TP principalement). Les séances d'accompagnement / coaching ont permis aux acteurs locaux, quand ce n'était pas déjà le cas, de se rencontrer : plusieurs Groupes de coordination locaux (GCL), réunissant l'établissement, la future caisse pivot et les trésoriers, ont vu le jour.

Pendant la période de montée en charge de la généralisation (2013-2014) :

- Accompagner les établissements à la mise en place de la FIDES en étant le relais du niveau national en assurant le pilotage et l'animation du déploiement au niveau régional (les modalités précises de cette animation seront publiées dans une circulaire ministérielle à l'adresse des ARS),



- Dans le cas d'un éventuel financement national, des ressources pourront être mobilisées pour un accompagnement de proximité es établissements.

En routine :

- Les ARS, dans leur rôle de régulateur, disposeront des données détaillées, complètes et au fil de l'eau sur l'activité produite et facturée par les établissements. Ceci devrait permettre une plus grande réactivité dans la mise en place, l'évaluation et les ajustements des politiques de santé publiques.

Sur ce thème plus que sur tout autre, l'échelon départemental pour la création des groupes de travail s'est imposé de lui-même : il correspondait au découpage territorial de la région ainsi qu'aux zones de rayonnement de chaque caisse, permettant ainsi d'associer 1 DT et 1 caisse à chaque groupe de travail.

Les travaux menés au sein de ces groupes ont été l'occasion pour chaque établissement de bâtir, présenter aux collègues et débattre ensemble des actions à mettre en place dans la perspective de la FIDES. Au-delà des actions singulières à chaque structure, il ressort quelques faits saillants et constats universels, communs à l'ensemble des groupes, et sur lesquels ceux-ci ont souhaité porter une attention toute particulière.

#3. Un bilan de la démarche

Si la prise de conscience par les responsables hospitaliers des enjeux de la FIDES, et plus largement de la chaîne de facturation, est aujourd'hui un acquis, le changement de culture n'est aujourd'hui pas pleinement assimilé par l'ensemble des acteurs

Le passage du financement par dotation globale à un financement à l'activité est déjà bien derrière nous. Malgré tout, le changement de paradigme que ce dernier induit semble être encore à l'heure actuel différemment intégré :

- Les acteurs en prise directe avec la chaîne de facturation (DAF, bureau des entrées, etc.) sont aujourd'hui parfaitement alignés avec les exigences de la facturation à l'activité, et a fortiori à la mise en place de la FIDES,
- A *contrario*, le personnel soignant, médical et paramédical, est encore diversement sensibilisé à ces problématiques, jugées parfois bien loin des préoccupations de soins.

Plusieurs cas de figure sont alors rencontrés, fortement dépendant de la culture d'établissement, l'historique, les moyens de communication et de sensibilisation interne mis en place. Dans le meilleurs des cas : codage exhaustif et rapide par les médecins, relations proactives des infirmières avec les agents du bureau des entrées ou services sociaux lorsque des vulnérabilités sont décelées, etc. Malheureusement, les choses ne sont parfois pas aussi simples et les leviers pour faire évoluer les mentalités restent relativement faibles.

Par ailleurs, l'héritage de plusieurs décennies de « non intérêt » pour la chaîne de facturation ne peut s'évacuer en quelques années : architectures non favorables au parcours naturel des patients, interopérabilité limitée des différents systèmes d'information cohabitant, etc. sont des éléments ne facilitant pas la fluidification des processus.

Pour autant, le bureau des entrées, segment clé de la chaîne de facturation, demeure encore à l'heure actuelle un parent pauvre

Une des conséquences, peut-être la plus prégnante de l'héritage de la dotation globale, est la désaffection qui peut parfois être entretenue par rapport aux agents du bureau des entrées. En effet, la criticité de leur mission, le niveau de connaissances que ceux-ci doivent maintenir face à une réglementation complexe et changeante, devrait inciter tout naturellement à être fortement vigilant sur la qualité des affectations : valorisation des agents, formations initiales et continues, responsabilisation et attractivité des postes, etc.

Malheureusement, encore aujourd'hui, il semble que le bureau des entrées ne soit pas encore considéré par les DRH comme un segment sensible sur lesquels assurer une attention toute particulière.



Pourtant, en tout état de causes, il serait nécessaire de :

- Sécuriser le recrutement en s'assurant un niveau minimum de formation avant la prise de poste,
- Assurer un maintien des compétences en organisant une formation continue soutenue, ajustée aux problématiques locales, et si possible développant la polyvalence des effectifs pour plus de souplesse.

A ce sujet, certaines CPAM, lorsque sollicitées par les établissements, assurent elles-mêmes des journées ou ½ journées de formation aux agents. Des formations sont également dispensées par les éditeurs.

Il a également été évoqué la vigilance quant au choix des formations qui doivent être proposées aux agents. Au-delà des généralités, ces formations doivent être extrêmement pragmatiques et techniques, et aborder les points durs qui sont le quotidien du bureau des entrées : spécificités réglementaires, modalités de retraitement des rejets, etc.

#3. Un bilan de la démarche

En outre, la chaîne de facturation ne s'arrête pas aux portes de l'hôpital : la qualité et la fréquence des contacts avec l'Assurance maladie et la TP sont déterminants de la performance de la chaîne de facturation et recouvrement

Le processus de facturation a ceci de particulier qu'il transcende les murs de la structure hospitalière en impliquant d'une manière générale le payeur (assurance maladie obligatoire ou complémentaire, patients, ou autres débiteurs) ainsi que le trésorier pour les établissements publics. De ce fait, la qualité des échanges plus particulièrement avec les CPAM est un élément critique de la performance globale de l'ensemble du processus. A ce sujet, les établissements participant au dispositif d'accompagnement nous alertent :

- La compréhension du libellé des motifs de rejets transmis par les caisses et le manque d'harmonisation entre les régimes représentent de véritables difficultés. L'outil *Compagnon* attendu prochainement devrait aider à résoudre ce problème,
- Obtenir le nom des médecins traitants pour les parcours de soins coordonnés peut s'avérer un obstacle pour la facturation

Note : une nouvelle version CDR du 15 janvier 2013 permet l'identification du Médecin Traitant (nom, prénom et numéro d'AM). Dans certains cas, seule l'information « médecin traitant OUI » est affichée, par exemple pour les médecins salariés d'ETS pour lesquels les informations ne sont pas disponibles.

- Si au niveau local les acteurs se connaissent, il apparaît difficile d'avoir des contacts avec les caisses des départements limitrophes et avec certains régimes,
- La difficulté d'obtenir dans des délais raisonnables des informations sur les taux d'exonération ainsi que les délais de réponses parfois très longs pour l'ouverture des droits sont la cause de fréquents rejets des factures (ou d'impossibilité d'établir la facture). Ceci est d'autant vrai pour certains droits rétroactifs (ALD, invalidité, etc.) et pour certains usagers cumulant une multiplicité de motifs d'exonération rendant souvent délicat le choix du débiteur,
- La réduction à un an du délai maximal de facturation n'est pas sans exacerber ces difficultés.

Pour autant, les établissements participants aux groupes de travail rendent très largement hommage à l'implication des agents des caisses, qui se révèlent dans une large majorité des cas disponibles et attentifs aux problèmes rencontrés par leurs homologues hospitaliers. En outre, l'outil « *compagnon* » de décryptage et d'aide au traitement des rejets B2, devrait compléter ce soutien.

Enfin, les établissements peuvent avoir des relations très variables avec leurs éditeurs, le décalage d'information étant parfois à leur défaveur



Les éditeurs de logiciels de facturation sont partie prenante du projet d'expérimentation national FIDES. Cela leur donne accès à des informations à date, notamment sur le calendrier de déploiement, que les établissements ont souvent des difficultés à obtenir.

Pourtant, signalons que l'ensemble des informations concernant les calendriers, les modalités et l'actualité du projet FIDES sont disponibles sur un portail Internet dédié, et qui doit donc être consulté régulièrement par les établissements :

<http://www.sante.gouv.fr/facturation-individuelle-des-etablissements-de-sante.html>

L'asymétrie d'information peut, dans certains cas, déséquilibrer la relation client / fournisseur que les établissements ont avec leurs éditeurs. Ceci est d'autant vrai que ces derniers donneront le tempo pour le déploiement dans les établissements qui les concernent.

Plus globalement, les établissements sont fortement demandeurs d'informations précises sur les modalités pratiques de la mise en place de la FIDES. Conscient de ce besoin, le comité de pilotage national FIDES a prévu la diffusion d'un guide détaillant les modalités du plan de déploiement (incluant notamment les moyens à mobiliser).

**
*



la santé en Île-de-France

www.ars.iledefrance.sante.fr