



Chantier Pilote 2006-08

MeaH

Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers

Organisation du recouvrement des produits hospitaliers dans les établissements publics et privés

Rapport de phase 1 – Diagnostic

Janvier 2007

Ce document comporte	45 pages
Contacts	<p>Pierre-Etienne HAAS Dr Sébastien WOYNAR</p> <p>pierre-etienne.haas@fr.oleane.com sebastien.woynar@ fr.oleane.com</p>
<p>Résumé</p> <p>La mission</p> <p>Les dysfonctionnements au niveau de la chaîne de recouvrement des établissements, jusqu'alors minimisés par les mécanismes de compensation des recettes manquantes, dévoilent cruellement leur ampleur et leur impact sur l'état des finances globales de l'hôpital : si par le passé rien n'invitait les établissements à considérer comme une priorité l'optimisation du recouvrement des créances, le principe même de la T2A place dès aujourd'hui cette problématique parmi les enjeux majeurs pour ne pas dire vitaux du secteur hospitalier, <i>a fortiori</i> pour les prochaines années.</p> <p>La phase 1</p> <p>Confrontés à cet enjeu immédiat, les établissements doivent mener à la hâte une réflexion profonde sur leurs organisations afin de les adapter au plus vite à la nouvelle donne imposée par la T2A. Pour les aider dans cette démarche, la MeaH lance un chantier exploratoire avec 8 d'entre eux, dont le présent rapport relate la phase 1 de diagnostic et d'identification des premiers axes d'amélioration.</p>	
Mots-clés	Recouvrement, produits hospitaliers, créances, performance, gestion hospitalière

SOMMAIRE

1. Avant-propos	5
1.1. Position du problème	5
1.2. Les acteurs et leurs attentes	5
1.3. Ressources mobilisées	8
1.4. Planning de l'intervention.....	9
2. Diagnostic du panel des 8 établissements	11
2.1. Caractéristiques générales	11
2.1.1. Activités.....	11
2.1.2. Effectifs bureau des entrées	11
2.2. Caractéristiques particulières	12
2.2.1. Facteurs exogènes	12
2.2.2. Facteurs endogènes	12
2.3. Processus et points critiques	15
2.3.1. Identification et collecte de l'information administrative	16
2.3.2. Intervention des services sociaux	18
2.3.3. Transfert d'information entre les services	18
2.3.4. Rôle des régies	19
2.3.5. Relation entre les services.....	19
2.4. Axes d'amélioration	20
2.4.1. Pilotage	20
2.4.2. Ressources humaines	20
2.4.3. Organisation.....	20
2.4.4. Communication	20
2.4.5. Relations avec les débiteurs institutionnels	21
3. De l'audit à l'action	22
3.0. Données comparées et indicateurs clés.....	22
3.1. Etablissement H1.....	30
3.1.1. Données de recouvrement.....	30
3.1.2. Analyse synthétique	30
3.1.3. Bilan et enjeux	30
3.2. Etablissement H2.....	31
3.2.1. Données de recouvrement.....	31
3.2.2. Analyse synthétique	32
3.2.3. Bilan et enjeux	32
3.3. Etablissement H3.....	33
3.3.1. Données de recouvrement.....	33
3.3.2. Analyse synthétique	34
3.3.3. Bilan et enjeux	34
3.4. Etablissement H4.....	35
3.4.1. Données de recouvrement.....	35
3.4.2. Analyse synthétique	35
3.4.3. Bilan et enjeux	35
3.5. Etablissement H5.....	36
3.5.1. Données de recouvrement.....	36
3.5.2. Analyse synthétique	37
3.5.3. Bilan et enjeux	37
3.6. Etablissement H6.....	38
3.6.1. Données de recouvrement.....	38
3.6.2. Analyse synthétique	39
3.6.3. Bilan et enjeux	39
3.7. Etablissement H7.....	40
3.7.1. Données de recouvrement.....	40
3.7.2. Analyse synthétique	41
3.7.3. Bilan et enjeux	41
3.8. Etablissement H8.....	42
3.8.1. Données de recouvrement.....	42
3.8.2. Analyse synthétique.....	43
3.8.3. Bilan et enjeux	43
4. Conclusion intermédiaire.....	44

Glossaire :	
• AM	Assurance Maladie
• AMC	Assurance Maladie Complémentaire
• AMO	Assurance Maladie Obligatoire
• ANV	Admission en Non Valeur
• BE	Bureau des Entrées
• CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
• CE	Consultation Externe
• CME	Commission Médicale d'Etablissement
• CMU	Couverture Maladie Universelle
• CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
• CV	Carte Vitale
• DAF	Direction des Affaires Financières
• DIM	Département d'Information Médicale
• DG	Direction Générale
• DMS	Durée Moyenne de Séjour
• EPRD	Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
• GHS	Groupe Homogène de Séjours
• MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
• NPAI	N'habite Plus À l'Adresse Indiquée
• ODD	Objectif de Dépense Délégué
• PASS	Permanences d'Accès aux Soins de Santé
• RAR	Reste À Recouvrer
• SI	Système d'Information
• SIH	Système d'Information Hospitalier
• SM	Secrétariat Médical
• SWOT	Strengths / Weaknesses / Opportunities / Threats
• T2A	Tarifcation À l'Activité
• TG	Trésorerie Générale
• TIP	Titre Interbancaire de Paiement
• TP	Trésorerie Principale

1. Avant-propos

1.1. Position du problème

Bien plus qu'une simple réforme parmi d'autres, la tarification à l'activité est une véritable révolution du secteur hospitalier public, inversant la logique de financement des activités cliniques et médico techniques jusqu'alors en vigueur : ce n'est plus une dotation globale annuelle mais un budget relié directement au niveau d'activité revendiqué par l'établissement qui permettra à celui-ci de financer à la fois ses dépenses courantes mais également ses investissements.

Dès lors, les dysfonctionnements au niveau de la chaîne de recouvrement des établissements, jusqu'alors minimisés par les mécanismes de compensation des recettes manquantes, dévoilent cruellement leur ampleur et leur impact sur l'état des finances globales de l'hôpital : si par le passé rien n'invitait les établissements à considérer comme une priorité l'optimisation du recouvrement des créances, le principe même de la T2A place dès aujourd'hui cette problématique parmi les enjeux majeurs pour ne pas dire vitaux du secteur hospitalier, *a fortiori* pour les prochaines années.

Ainsi, devant l'urgence imposée par le calendrier de montée en puissance progressive de la T2A aux établissements de santé, un groupe de travail rassemblant des acteurs de la DHOS et de la direction générale de la comptabilité publique a mis en exergue la nécessité d'améliorer les procédures mises en œuvre sur l'ensemble de la chaîne, depuis l'admission ou pré admission du patient jusqu'à l'émission du titre de recettes et les moyens mis en œuvre pour procéder à son recouvrement. Pour ce faire, 5 pistes d'amélioration sont identifiées :

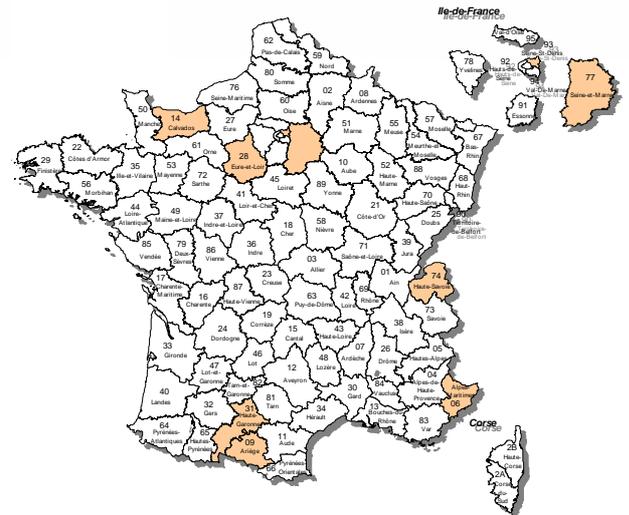
- La **communication**, tant **interne** pour les services administratifs et de soins, qu'**externe** à l'attention des patients, sur les processus de prise en charge et les enjeux pour l'hôpital. En effet, l'amélioration du recouvrement se heurte en premier lieu à deux obstacles d'ordre culturel : l'idée assez communément répandue dans la population que l'hôpital est gratuit, d'une part, et l'image dévalorisée des fonctions d'accueil et de facturation, pourtant stratégiques pour l'établissement, d'autre part ;
- La **formation des personnels** des bureaux chargés de l'accueil et de la facturation : la méconnaissance des circuits administratifs et comptables, des enjeux, des techniques d'accueil (en vue du recueil d'informations), des outils comme des dispositifs juridiques de couverture sociale des patients est une cause majeure d'échec du recouvrement ;
- La **gestion des ressources humaines** : la définition des profils de fonctions, l'adaptation des recrutements, l'encadrement, l'organisation du travail (plages horaires, gestion des absences), la mise en place d'indicateurs de gestion des ressources humaines, et le cas échéant politique d'intéressement font souvent défaut ;
- Le **contrôle de gestion** : l'analyse des recettes de l'établissement avec le comptable, la définition des modalités de recouvrement les mieux adaptées (régie, titre de recettes, seuils de poursuite), la mise en place d'indicateurs doivent devenir à terme des pratiques courantes au sein de l'hôpital ;
- L'**amélioration des outils** : la qualité des outils informatiques, les moyens de paiement diversifiés (liquide, chèques, cartes bancaires, télépaiement, TIP), le matériel de lecture et de mise à jour des cartes Vitale, l'accès aux informations des régimes d'assurance maladie sur les droits des patients, sont autant de facteurs de succès du recouvrement.

1.2. Les acteurs et leurs attentes

Confrontés à cet enjeu immédiat, les établissements doivent mener à la hâte une réflexion profonde sur leurs organisations afin de les adapter au plus vite à la nouvelle donne imposée par la T2A. Fruit de plusieurs décennies de fonctionnement, les différentes procédures et pratiques relatives au circuit de facturation et à l'activité de recouvrement doivent en effet être décrites et analysées précisément afin de faire l'objet d'actions correctrices sur les points critiques qui auront été identifiés.

Pour aider les établissements dans cette démarche, la MeaH lance un chantier exploratoire avec 8 d'entre eux, de type public et donc antérieurement en dotation globale, soumis dorénavant à la T2A :

- 06 – le Centre Hospitalier de Cannes ;
- 09 – le Centre Hospitalier Intercommunal du Val d'Ariège ;
- 14 – le Centre Hospitalier Universitaire de Caen ;
- 28 – le Centre Hospitalier de Chartres ;
- 31 – le Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse ;
- 74 – le Centre Hospitalier d'Annecy ;
- 77 – le Centre Hospitalier de Melun ;
- 93 – le Centre Hospitalier de Saint Denis.



Cités anonymement dans la suite du document, les établissements participant à la démarche MeaH se présentent :

Etablissement H1

Son contexte

- Site expérimentateur de la nouvelle gouvernance avec 3 pôles médicaux avant généralisation à fin 2006 ;
- Participant au projet COMPAQH parmi les 36 établissements publics et privés ;
- Régie de recettes installée aux trois principaux points d'entrée du site principal (quasi-totalité de l'activité MCO) ;
- Facturation directe à l'assurance maladie déjà effective en 2006 pour les actes externes, généralisable à l'ensemble de l'activité en 2007 ;
- Optimisation du recouvrement comme priorité de la Direction d'établissement.

Ses attentes par rapport au chantier

- Audit du circuit de recueil des informations aux différents points d'entrée de l'hôpital (urgences, consultations externes, admissions programmées) et du rôle des différents acteurs ;
- Audit de la méthodologie de facturation et d'encaissement en régie ;
- Identification des difficultés et des lacunes des processus de facturation et de recouvrement.

Etablissement H2

Son contexte

- Mise en place d'outils : gestion des ressources humaines (tableau de bord, fiches de poste, etc.), contrôle de gestion (tableau de bord mensuel de suivi des recettes, tableau de bord de suivi de la trésorerie), optimisation des modalités de recouvrement par le trésorier ;
- Audit sur le système d'information (avril 2006).

Ses attentes par rapport au chantier

- Regard extérieur afin d'approfondir l'optimisation du circuit du patient et l'organisation administrative ;
- Partage d'expérience en termes de mise en œuvre d'outils de gestion de la facturation.

Etablissement H3

Son contexte

- Politique d'informatisation très soutenue par la communauté médicale (réforme financière et budgétaire des hôpitaux) ;
- Importantes ressources financières et humaines mobilisées pour le déploiement du nouveau SIH gérant l'intégralité des informations médicalisées depuis un poste situé au lit du patient ;
- Suivi des réformes et facilitation de leur mise en œuvre par un comité de tarification à l'activité composé de représentants du corps médical et des directions concernées.

Ses attentes par rapport au chantier

- Facturation des frais d'hospitalisation ou des consultations « au fil de l'eau », dès la sortie du patient ;
- Amélioration de l'identification des patients, mise en place des procédures de recensement des prestations par patient, systématisation des contrôles des affiliations, optimisation de la saisie des mouvements de patients, accélération du codage des diagnostics, amélioration du recueil des actes à la source, organisation du suivi par patients des consommations de produits coûteux.

Etablissement H4

Son contexte

- Forts restes à recouvrer en fins d'exercices (précarité de la population soignée et dysfonctionnements dans la chaîne de facturation) ;
- Partenariats avec le service social, les services de soins et les agents d'accueil de la CPAM ;
- Décentralisation et multiplication des points d'encaissement à proximité des lieux de réalisation des actes ;
- Production d'indicateurs de suivi de chaque secteur d'admission/facturation (requêtes sur le logiciel de gestion des patients).

Ses attentes par rapport au chantier

- Expertise extérieure et accompagnement au changement ;
- Aide pour établir une politique de communication interne efficace (perception insuffisante des conséquences de la mise en œuvre de la CCAM et de la T2A).

Etablissement H5

Son contexte

- Décentralisation de la prise en charge (par pôle) ;
- Régies de consultations externes en place au plus près des patients mais insuffisamment efficaces ;
- Test prometteur dans certains secteurs de la décentralisation du bureau des entrées ;
- Niveau élevé de stocks d'admissions en non-valeur et insuffisance de recouvrement relevés par la chambre régionale des comptes ;
- Élaboration d'une convention de partenariat avec la trésorerie intégrant l'amélioration du recouvrement.

Ses attentes par rapport au chantier

- Aide méthodologique et regard extérieur ;
- Comparaisons et échanges avec d'autres organisations optimisées.

Etablissement H6

Son contexte

- Organisation spécifique par site ;
- Création d'un pôle clientèle dont l'une des missions principales est le recouvrement ;
- Arrivée d'un nouveau trésorier principal, dont une grande préoccupation est la mise en place de la facturation individuelle à l'assurance maladie ;
- Système d'information peu adapté aux contraintes de la T2A : pas d'indicateurs appropriés mais déploiement prochainement d'un nouveau dossier patient intégré (dossier médical, prescription informatisée, dossier de soins).

Ses attentes par rapport au chantier

- Mesure de la pertinence de la démarche de déconcentration entreprise pour la gestion administrative du patient externe ;
- Analyse externe des principaux dysfonctionnements en termes de circuit du patient ;

- Modélisation d'une organisation à même d'optimiser les ressources humaines consacrées à la gestion administrative des patients ;
- Aide à la définition des indicateurs les plus adaptés et les plus fiables pour objectiver le taux de recouvrement des produits hospitaliers.

Etablissement H7

Son contexte

- Centralisation pour le recouvrement des fonctions d'accueil, d'admission et de régie de recettes ;
- Augmentation des créances admises en non-valeur ;
- Absence d'indicateurs d'alerte partagés entre le comptable et l'ordonnateur ;
- Multiplication des créances minimales inférieures aux seuils de poursuites ;
- Absence d'outils formalisés de pilotage des recettes.

Ses attentes par rapport au chantier

- Pertinence de nouveaux choix d'organisation moins centralisée ;
- Amélioration de l'affectation des RH/flux de patients (consultations externes) ;
- Élaboration d'un plan de communication sur les enjeux du recouvrement destiné au personnel et au grand public.

Etablissement H8

Son contexte

- Projet de reconstruction de l'hôpital ;
- Taux de créances irrécouvrables supérieur aux autres hôpitaux de taille comparable ;
- Codage au sein des services en cours d'amélioration (GHS, actes CCAM) ;
- Développement des mécanismes de suivi des recettes liées à l'activité.

Ses attentes par rapport au chantier

- Alimentation du travail des groupes préparant l'ouverture du nouvel hôpital.

1.3. Ressources mobilisées

Sélectionnées à l'issue d'un appel d'offres, 2 sociétés de conseil accompagnent les établissements :

- **Atos Consulting** (chef de projet Madame Joëlle BOUET) ;
- **CNEH** (chef de projet Monsieur François MADELMONT).



En outre, afin de mener à bien les travaux au sein des établissements, il a été demandé à chacun de constituer une équipe projet, pluridisciplinaire. Les fonctions représentées au sein de chaque équipe sont mentionnées ci-après :

	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
Membres de l'équipe projet :								
• DAF (ou son représentant)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
• Trésorier (ou son représentant)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
• Cadre administratif BE et/ou CE	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
• Informaticien	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
• DIM	✓	✓	✓	✓		✓	✓	
• Responsable secrétaires médicales	✓		✓	✓	✓	✓		✓
• Directeur des soins (ou son représentant)	✓	✓	✓			✓		
• Médecin responsable de pôle et/ou service	✓		✓	✓	✓	✓		✓
• Cadre de santé (urgences, consultations, etc.)	✓			✓	✓	✓		✓
• Responsable administratif de pôle		✓		✓		✓		
Ressources mobilisables ponctuellement :								
• Président de CME		✓						
• Pharmacien (rétrocession)			✓	✓		✓		
• Assistante sociale				✓				✓

1.4. Planning de l'intervention

Par ailleurs, 4 phases rythment l'intervention des consultants au sein des établissements :

Phase 1 : réalisation du diagnostic organisationnel

- Objectif : description et diagnostic de l'organisation de l'établissement, définition et évaluation d'indicateurs phares en matière de recouvrement des recettes ;
- Moyens : 15 journées d'appui conseil par établissement (incluant back office & réunions locales et nationales).

Phase 2 : élaboration des plans d'actions

- Objectif : choix par les établissements d'axes d'amélioration et élaboration de plans d'actions à mettre en œuvre. Seront privilégiées les actions à fort contenu opérationnel pouvant être mises en place et évaluées dans les délais impartis par l'étude ;
- Moyens : 5 journées d'appui conseil par établissement (incluant back office & réunions locales et nationales).

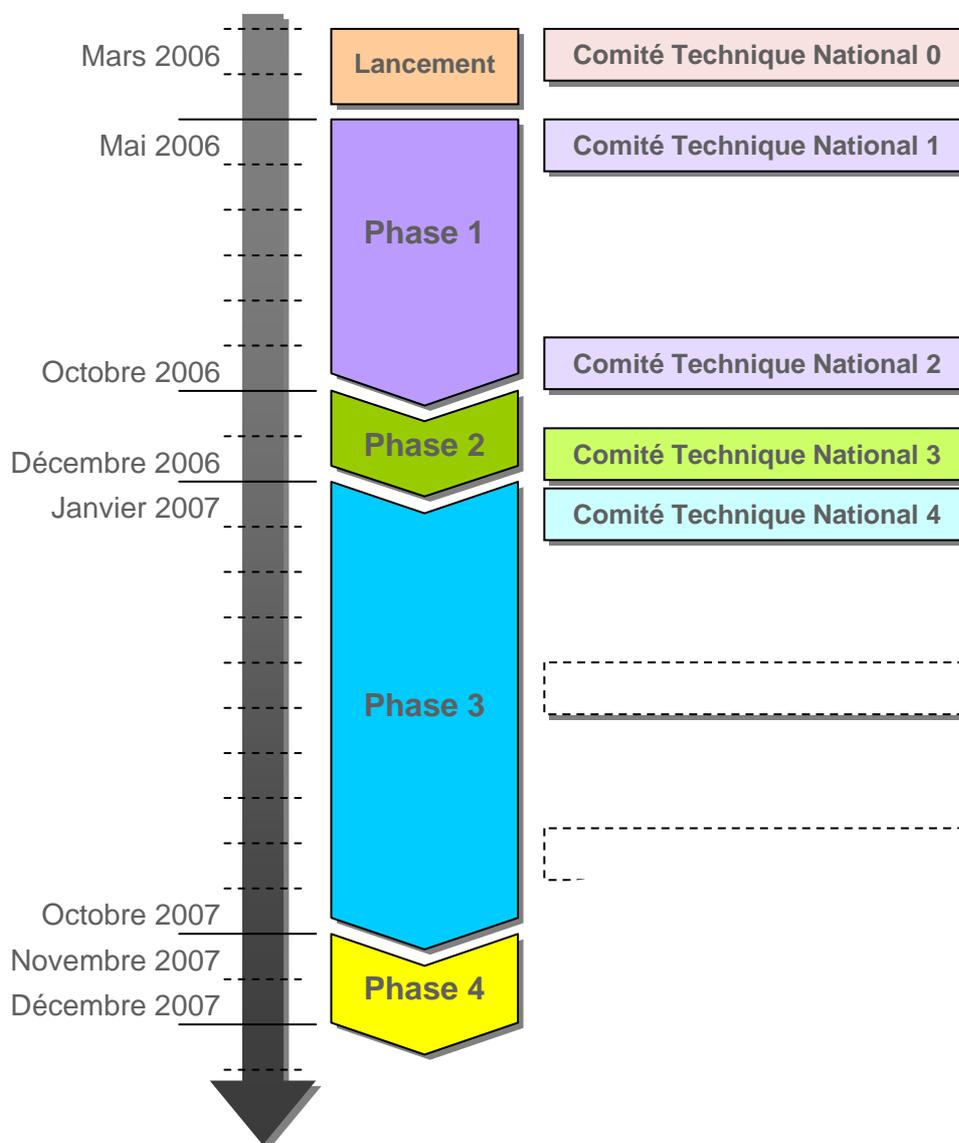
Phase 3 : mise en œuvre des plans d'actions

- Objectifs : mise en œuvre des plans d'actions ;
- Moyens : 12 journées d'appui conseil par établissement (incluant back office & réunions locales et nationales).

Phase 4 : évaluation et capitalisation

- Objectifs : évaluation des actions engagées, modélisation des organisations les plus efficaces et capitalisation sur les bonnes pratiques observées ;
- Moyens : 2 journées d'appui conseil par établissement (incluant back office & réunions locales et nationales).

Outre les réunions de travail entre sociétés de conseil et établissements, consultants et équipe MeaH, des Comités Techniques Nationaux, réunissant représentants des équipes projets locaux, consultants en lien avec les établissements et chargés de projets MeaH jalonnent les grandes étapes du chantier :



Enfin, chacune des grandes étapes de la mission donne lieu à la production de documents, internes au chantier ou à destination des professionnels :

Documents internes, produits par les consultants, pour chaque établissement

- 1 monographie de diagnostic en fin de phase 1 ;
- 1 plan d'actions sous forme de fiches en fin de phase 2 ;
- 1 monographie de description et d'évaluation des actions mises en œuvre en fin de phase 3.

Documents externes (données anonymisées), produits par la MeaH

- 1 rapport d'étape à chaque fin de phase ;
- 1 recueil des bonnes pratiques organisationnelles en fin de chantier.

2. Diagnostic du panel des 8 établissements

2.1. Caractéristiques générales

2.1.1. Activités

Les données générales et d'activité caractérisant les établissements ayant rejoint la MeaH sont les suivantes :

	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
Données générales :								
• Nombre de lits pour le site étudié	1159	682	1707	716	898	917	558	896
• Dont MCO	556	297	1342	275	563		279	488
• Budget principal de l'établissement	124 M€	105 M€	398 M€	133 M€	159 M€	771 M€	69 M€	107 M€
Données d'activité pour le site étudié :								
• Nombre de passages aux urgences (x1000)	45	44	59	75	40	114	25	38
• Nombre de consultations externes (x1000)	105	257		81	127	639	75	192
• Nombre de séances valorisées (x1000)					9	16	9	7
• Nombre de séjours (x1000)					59	190	21	30
• Nombre d'entrées MCO (x1000)	42	28	74	34				

H3 se distingue par la capacité d'accueil bien supérieure de son site qui fera l'objet de l'étude.

2.1.2. Effectifs du bureau des entrées

Le bureau des entrées est un élément clé et déterminant dans le cadre de la création et du début d'instruction du dossier relatif au patient nouvellement admis ou ayant fait l'objet d'une consultation externe.

Les effectifs relevés au sein du panel des 8 établissements sont les suivants :

	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
Effectifs bureau des entrées (en ETP) :								
• Accueil général	3,0			2,7	3,1	4,3	4,3	4,0
• Régies d'avance et de recettes		5,8	15,0	15,8	1,5	2,0		
• Hospitalisation	13,5	15,3	40,6	20,6	14,1	12,8	5,6	9,8
• Consultations externes	4,0		10,0		3,8	11,3		9,0
• Urgences	4,0	6,0	14,0	9,0	5,5	1,8	1,0	
• Etrangers					1,0	1,0		
• Contentieux					2,5	1,5	3,0	
• Secrétariat, Mouvements, etc.						4,0		
• Divers (coursiers, triage, culture, etc.)	2,0	1,0		1,0		7,2	1,0	
• Total	26,5	28,1	79,6	49,1	31,5	45,9	14,9	22,8

Dès lors, des compétences inégales et parfois inadéquates aux enjeux du recouvrement dégradent l'efficacité de la fonction du bureau des entrées du fait :

- D'une absence d'identification claire des contenus des postes et des qualités comportementales à avoir ;
- Des formations non systématiques alors que la réglementation sociale évolue vite et se complexifie ;

- De la minimisation de l'importance de l'accueil du public alors qu'il s'agit de la « première vitrine » des établissements de santé face à la population de patients et accompagnants ;
- De l'habitude de nommer dans ces services des personnels en rupture de carrière ou marginalisés.

2.2. Caractéristiques particulières

2.2.1. Facteurs exogènes

La nature du bassin de population fréquentant l'établissement est un facteur à prendre en compte : en effet, les patients étrangers, en rupture sociale, etc. doivent faire l'objet d'une attention toute particulière, médico-sociale bien entendu, mais également en termes d'identification des moyens de couverture des frais d'hospitalisation ou de consultation.

	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	Nat.
Données économiques et environnementales :									
• Zone frontalière ?	Non	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	
• Taux de croissance de la population (de 2004 à 2005)	0,9%	1,7%	0,6%	0,0%	0,9%	1,1%	1,1%	0,9%	0,6%
• Taux de chômage (2 ^{ème} trimestre 2006)	7,9%	8,5%	8,4%	8,5%	7,8%	9,1%	9,1%	10,8%	9,0%
• Pourcentage de Rmistes dans la région (2004)	1,0%	0,8%	1,6%	2,8%	1,3%	1,9%	1,9%	2,7%	1,7%
• Bénéficiaires de la CMU complémentaire / population de la région (2005)	5,8%	7,0%	6,0%	7,0%	5,5%	6,6%	6,6%	9,2%	7,6%

H4 et H8 sont dans les contextes socio-économique les moins favorables :

- Taux de Rmistes très élevé (H4 et H8) ;
- Taux de croissance de la population plus faible que les autres établissements (H4) ;
- Taux de chômage supérieur à la moyenne nationale (H8) ;
- La rotation touristique forte est un facteur aggravant (H8).

A contrario, H1 et H5 bénéficient de conditions socio-économiques plus favorables avec un taux de chômage inférieur à la moyenne nationale et un taux de Rmistes inférieur à la moyenne nationale et aux autres établissements du panel (hormis H2).

2.2.2. Facteurs endogènes

	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
Caractéristiques de l'établissement :								
• Nombre de sites	3	2	3	2	1	5	1	1
• Nombre de bâtiments pour le site étudié	1	4	3	2	1	2	1	5
• SI totalement intégré (administratif et médical) ?	Non	Oui	Non	Oui	Part.	Non	Part.	Part.

Le nombre de sites et de bâtiments semble intervenir comme un facteur de complexité pour la récupération d'information et le contrôle des sorties des patients.

Par ailleurs, l'intégration totale du SI (administratif et médical) semble faciliter l'optimisation du recueil des informations permettant le recouvrement. En bémol, les données « administratives » collectées par les différents acteurs (médicaux, soignants, administratifs) ne sont pas assemblées ou comparées.

	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
BE pour les CE et hospitalisations :								
• Accueil général séparé du guichet ?	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
• Eclatement des guichets d'entrée (différents points pour la télé, le téléphone, la gestion) ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
• Polyvalence des agents (sur les postes d'accueil et de gestion des consultations et des hospitalisations) ?	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non
• Séparation entre CE et hospitalisation ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
Urgences :								
• Existence d'un BE ?	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
• Bureau de sortie (agent administratif / secrétaires médicales et caisse) situé sur le parcours patient ?	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non
• Nombre d'hospitalisations issues des Urgences / nombre total d'hospitalisations	35%	16%	35%	17%	5,5%	6,5%	7,1%	4,8%

Au regard des informations ci avant, plusieurs remarques peuvent être formulées :

- La configuration des BE n'est pas toujours optimale (éclatement en plusieurs points non opportuns, séparés des guichets permettant l'encaissement, etc.) ;
- La séparation entre CE et hospitalisation est prédominante et semble être une source de complexité : seul H7 traite de manière totalement indifférenciée les consultations et hospitalisations (agents polyvalents, pas de séparation) ;
- Aux Urgences, H4, H6 et H8 sont pénalisés par l'absence de BE ;
- Le ratio nombre d'hospitalisations issues des Urgences / nombre total d'hospitalisations, bien qu'à affiner, peut expliquer une partie des difficultés de recouvrement. En effet, les Urgences cristallisent les difficultés de recouvrement (population en difficulté la nuit, culture du « soins d'abord », patients considérant les Urgences comme un service gratuit, stress des patients, activité 24h/24...).

Par ailleurs, il est à noter que des personnels différents (administratifs, SM, IDE) peuvent intervenir dans un rôle de BE, sans y être rattachés directement. Ils sont de fait non coordonnés, en l'absence d'un manager unique qui serait « responsable du recouvrement » à l'échelle de l'établissement.

	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
Cartes Vitale :								
• Présence de borne(s) Vitale de mise à jour à l'accueil ?	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
• Présence de lecteur(s) au BE (sur chaque poste de travail front office)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Régie :								
• Nombre de points physiques pouvant encaisser	3	6	40	12	16	?	7	8
• Existence de Régies prolongées la nuit ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
• Existence de régies près des Urgences ?	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non	Non
Consultations externes :								
• Accueil réalisé dans les services ?	Non	Non	Oui	Part.	Oui	Part.	Non	Part.
• Si oui ou partiel, sur la totalité des services ?			Oui	Non	Oui	Non		Non

Hormis H1 et H3, les établissements sont dotés de bornes Vitale à l'accueil.

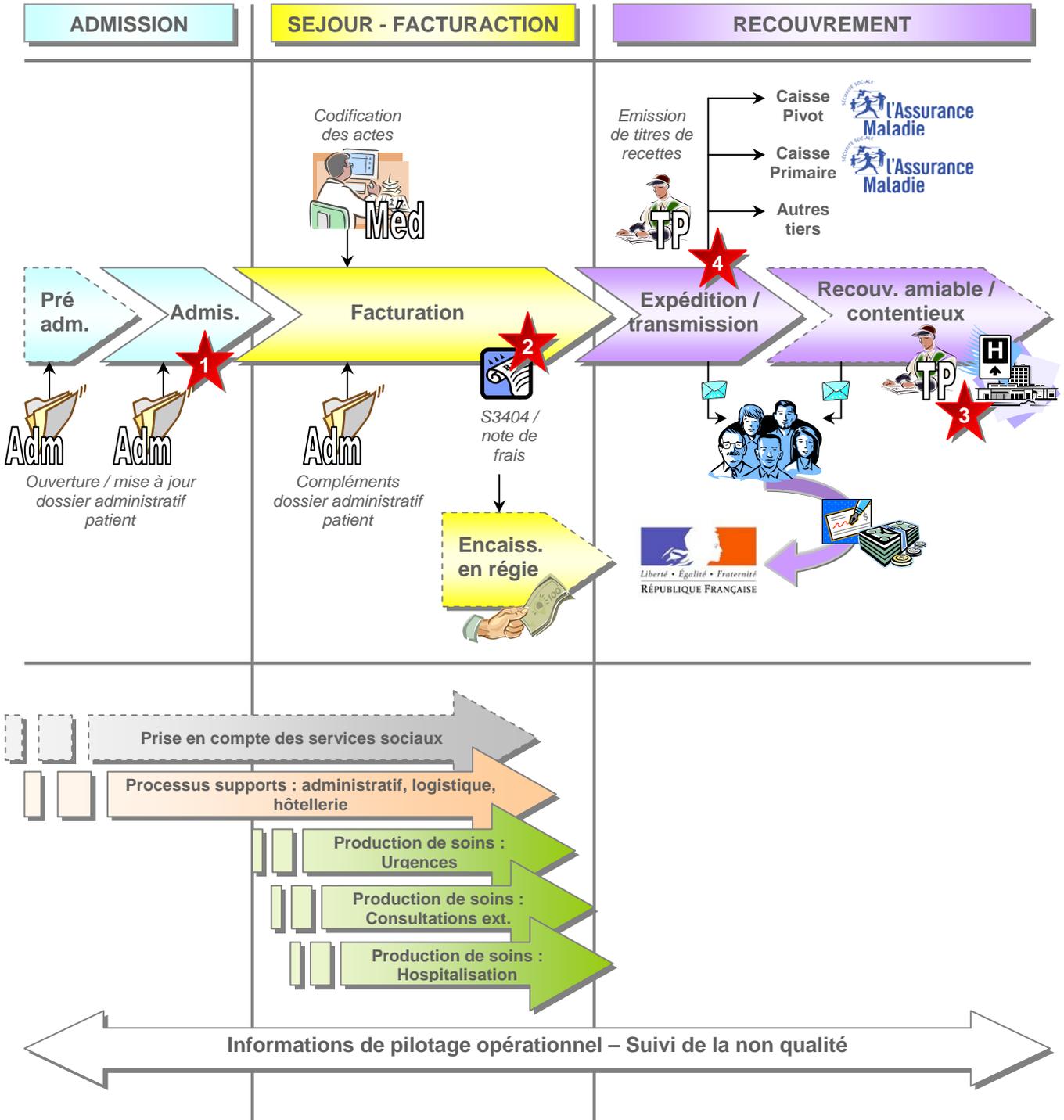
Par ailleurs seuls H1, H3 et H5 ont des régies décentralisées permettant un encaissement près des Urgences. A noter que la régie des Urgences de l'établissement H5 est placée sur le parcours « naturel » du patient.

Concernant les consultations externes, l'accueil est « réalisé dans les services », mais le parcours du patient peut nécessiter un passage (en entrée, puis en sortie) par le BE central. Des configurations variables sont observées, avec notamment l'existence d'un pool de consultations sur H8, mais qui n'empêche pas des consultations dans les services. L'attitude des médecins face aux files d'attente des BE centralisés (patients pris dans la file) peut pénaliser l'établissement : certains médecins font en effet passer en priorité certains malades, par « courtoisie » (sans raison valable), perturbant ainsi le flux global des patients.

2.3. Processus et points critiques

Le processus relatif au recouvrement des créances peut-être décrit comme ci-après :

- Admission : entrée du patient à l'hôpital et création du dossier administratif patient ;
- Séjour – facturation : réalisation et codification des actes ;
- Recouvrement : transfert du dossier à la trésorerie, afin de procéder au recouvrement des créances.



Un certain nombre de points critiques peuvent être relevés sur le processus décrit précédemment, au regard des observations faites par les consultants et équipes projets dans le cadre de la phase de diagnostic :



La qualité de collecte et de transmission des données administratives du patient à son entrée et pendant son séjour dans l'établissement :

- Recueil d'information : fiabilité, complétude des données ;
- Contrôle de l'identité, des homonymies éventuelles ;
- Ouverture des droits : difficulté de contrôle ;
- Equipement : bornes Vitale, terminaux de lecture ;
- Approches différenciées : hospitalisation, consultation externe, urgences.



La qualité des données médicales (actes, mouvements) du patient :

- Codage CCAM, T2A : qualité de la facture ;
- Outils de codage ;
- Procédures de contrôle ;
- Rôle du Département d'Information Médicale ;
- Paiement au comptant.



Le recouvrement proprement dit exercé soit par l'établissement (par les régies) et principalement par les Trésoreries Principales :

- Délai de traitement et de transmission des dossiers à la CPAM ;
- Identification des motifs de rejet par débiteur ;
- Seuils de contentieux ;
- Procédures amiables ;
- Recouvrement TG.



La fiabilité des échanges avec les tiers, et notamment l'Assurance Maladie Obligatoire et les organismes d'assurance maladie complémentaires

2.3.1. Identification et collecte de l'information administrative

	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
Consultations et hospitalisation :								
• Existence de procédures formalisées ?	Oui	Oui	Part.	Oui	Oui	Part.	Part.	Oui
• Application systématique par le BE et les services de soins ?	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
• Recueil systématique des informations relatives à l'état civil, la date de naissance ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
• Vérification systématique des informations recueillies avant la sortie du malade ?	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
• Recueil systématique du lieu de naissance ?	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non	Non
• Recueil systématique du n° de téléphone ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui

Les établissements n'appliquent pas les mêmes procédures – ou pas de manière identique – pour le BE et les services de soins. On constate donc naturellement une hétérogénéité des pratiques au sein d'un BE et entre le BE et les services de soins (lorsque les services exercent la fonction administrative d'accueil). En outre, aucun établissement n'a pu garantir une application rigoureuse et homogène de ses procédures par l'ensemble de sa population cible.

Par ailleurs, les papiers d'identité (passeport) sont plus systématiquement demandés lors de l'admission des étrangers que lors de l'admission de patients français. Des photocopies de pièces sont souvent faites, mais ne remontent pas forcément jusqu'au BE (cas des admissions par les urgences). En outre, bien que les informations relatives à l'état civil et à la date de naissance soient recueillies systématiquement par les 8 établissements, celles-ci sont rarement vérifiées avant la sortie du malade (des photocopies sont faites mais restent parfois dans un dossier sans servir à vérifier l'identité portée sur le titre émis).

Enfin, le lieu de naissance est pour la TP un élément clé du recouvrement. Cependant, bien que les procédures applicables stipulent qu'il soit demandé lors de l'admission, les difficultés de recouvrement de la TP et le degré d'application des procédures indiquent que cette information n'est pas systématiquement recueillie (recueil systématique annoncé uniquement pour H1, H3 et H5).

	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	
Urgences :									
• Recueil systématique des informations relatives à l'état civil, la date de naissance ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Part.	Non	Non	Non	
• Si patient étranger : copie systématique du passeport et vérification de la carte européenne d'assurance maladie ?	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	
• Recueil d'informations lors du temps d'attente ou auprès de l'accompagnant du malade ?	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	
• Si absence de carte Vitale, recueil de la date de naissance et informations de base ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	

L'entrée par les urgences est un facteur important de dégradation du taux de recouvrement. Ainsi :

- En l'absence d'agent administratif, la qualité de l'information collectée aux Urgences et arrivant dans le dossier administratif est uniformément médiocre. Le dossier est traité en « back office » sans toujours chercher à compléter les informations mal collectées initialement ;
- Le temps d'attente de la majorité des patients entrant par les Urgences n'est qu'exceptionnellement mis à profit pour collecter des informations administratives ;
- Le ou les accompagnants du malade sont rarement questionnés, or, il s'agit généralement de proches du patient qui ont connaissance des informations nécessaires ou des informations complémentaires utiles pour différents services de l'établissement (services sociaux, BE, services médicaux, etc.) ;
- Les patients étrangers ne sont pas informés de l'obligation de payer (contrairement à la pratique éventuelle dans leur pays) et aucune information dans leur langue n'est délivrée. Signalons que le contentieux est impossible à l'étranger.

Des modalités de « rattrapage » sont mises en œuvre par certains établissements (appel téléphonique au domicile du patient pour H6), mais elles se révèlent coûteuses en temps et en énergie.

2.3.2. Intervention des services sociaux

	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
Intervention des services sociaux :								
• Service social systématiquement sollicité si problème d'ouverture de droits détecté au BE ?	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui
• Service social systématiquement sollicité si problème d'ouverture de droits dans les services de soins ?	Oui	Oui	Non	Non	Part.	Non	Non	Non
• PASS /cellule précarité située à proximité des Urgences ?	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui
• Existence d'une procédure formalisée articulant l'intervention du BE, de la cellule précarité et du service social ?	Oui	Non	Non	Non	Part.	Non	Non	Non

La sollicitation du service social n'est pas systématique en cas de problème au BE :

- Un système d'échanges formalisés d'information est en cours de mise en place à H6 et H8 ;
- Sur H8, la cellule de précarité (soins gratuits + ouverture des droits/précarité) est placée devant l'entrée des Urgences.

La bonne articulation entre les services sociaux (assistantes sociales, cellule précarité, PASS) et les BE, pourtant primordiale pour la qualité de prise en charge des patients en situation précaire, n'apparaît pas comme un standard.

2.3.3. Transfert d'information entre les services

	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
Transfert d'information entre les services :								
• Existence d'un bouclage des données avant la sortie du patient ?	Part.	Non						
• Contrôle de cohérence entre le dossier du BE et celui du service des soins ?	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
• Contrôle de cohérence entre les pièces figurant dans le dossier du BE (photocopies) et les factures émises ?	Part.	Non						
• Vérification supplémentaire en cas de mineur ?	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non

En ce qui concerne le transfert d'information entre les services, l'ensemble des établissements de l'étude rencontre les mêmes dysfonctionnements :

- Pas de contrôle de cohérence entre le dossier du BE et celui du service de soin (lié au SI et au cloisonnement entre administratifs et services de soins) ;
- Pas de contrôle de cohérence entre les pièces figurant dans le dossier du BE (photocopies) et les factures émises ;
- Pas de vérification supplémentaire pour les patients mineurs.

Ces dysfonctionnements constatés sont sources de travail supplémentaire et participent donc à l'engorgement des services administratifs :

- Création de doublons, dont la résorption est longue et fastidieuse ;
- Notes de frais adressée à un mineur : au mieux des annulations et réémissions de titre, au pire des NPAI insolubles ;

- Dossiers incomplets, perte d'information induisant étalement du délai de recouvrement, voire défaut de facturation.

Ainsi, l'absence de contrôles de base systématiques (et d'outils évolués permettant de le faire) génère un travail supplémentaire important qui pèse sur les gestionnaires des BE et leur enlève de la disponibilité pour être plus attentifs lors de l'entrée du patient.

2.3.4. Rôle des régies

	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
Rôle des régies :								
• Demande d'avance par la régie ?	Non	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Oui
• Existence d'une procédure spécifique pour les étrangers ?	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
• Contrôle des sorties d'hospitalisation ?					Non	Non	Non	Non

Les établissements dans lesquels la fréquentation de touristes étrangers est importante ont mis en place une organisation à même de collecter des avances, avant hospitalisation, basées sur les forfaits journaliers, parfois sur une estimation de la DMS (H8). Les éventuels trop-perçus sont reversés par la TP. Ceci s'applique indifféremment aux patients étrangers comme aux payants français.

Par ailleurs, le positionnement des caisses (régies) en dehors du parcours du patient, les horaires d'ouverture de ces régies et l'absence de coordination de l'ensemble des acteurs de l'établissement autour du recouvrement expliquent pour partie l'absence de contrôle/maîtrise des sorties d'hospitalisation.

Quelques chiffres 2005 pour H5 :

- Sur les encaissements en régie, les CE représentent 72% des encaissements en montants, contre 28% pour les hospitalisations ;
- Le recouvrement total des particuliers (régie + titres) est assuré à hauteur de 47% par les régies après prise en compte des annulations (34% pour les CE, 13% pour les hospitalisations).

2.3.5. Relation entre les services

Le Cloisonnement entre les différentes catégories de personnel intervenant sur l'accueil du patient nuit au recouvrement faute de complétude des informations :

- Personnel soignant et personnel administratif, sauf besoin express exprimé par les services sociaux (suites de soins) ;
- Le signalement des patients sans prise en charge n'est pas fait systématiquement auprès des services médicaux.

L'absence de coordination des secrétaires médicales, des agents administratifs et des travailleurs sociaux des services de soins ne facilite pas la mise en place d'une politique cohérente.

Les relations entre BE et les équipes d'urgences de nuit notamment, ont un impact non négligeable sur le recouvrement (collecte et transmission des informations de base et les informations complémentaires telles que carte Vitale, carte d'identité, mutuelle). Sur la majorité des établissements étudiés, il n'y a pas d'homogénéité dans le recueil d'informations réalisé de jour et de nuit, aux urgences ou au BE.

2.4. Axes d'amélioration

2.4.1. Pilotage

L'objectif est d'**améliorer le pilotage et le suivi des activités** liées au recouvrement des produits hospitaliers.

- Définition d'indicateurs communs (niveau chef d'établissement et/ou conseil exécutif) :
 - o Taux de recouvrement à date (identifier une date représentative, identique pour tous) et par débiteur ;
 - o Taux de rejet par type de débiteur ;
 - o ANV par exercice en termes de volume financier et de titres émis (vers les débiteurs AM, collectivités, mutuelles, particuliers) ;
 - o Isolement du recouvrement sur les activités de soins du taux de recouvrement sur les subventions et autres ;
 - o Etc.
- Indicateurs cibles du recouvrement :
 - o Délai moyen de codage, ou taux d'exhaustivité à date ;
 - o Délai moyen de facturation (hospitalisation et CE) ;
 - o Délai moyen de règlement (hospitalisation et CE) ;
 - o Taux de rejets par débiteur (assurance maladie, mutuelles, particuliers) et motifs de rejet retraités afin de les rendre compréhensibles ;
 - o Etc.
- Indicateurs d'activité par fonction du processus du recouvrement.

2.4.2. Ressources humaines

L'objectif est d'**améliorer la gestion des ressources humaines et le niveau des compétences** impliquées sur le processus.

- Amélioration des compétences des personnels du BE (formations initiales, formations continues) ;
- Optimisation du recrutement des agents du BE ;
- Amélioration des compétences des médecins sur la saisie des actes grâce à des formations ;
- Sensibilisation à l'intérêt de l'accélération de la codification des actes afin d'émettre le titre avant la sortie du patient ;
- Complémentarité des compétences entre agents administratifs et secrétaires médicales ;
- Etc.

2.4.3. Organisation

L'objectif est d'**améliorer l'efficacité de l'organisation** autour du processus :

- Organisation du flux des patients ;
- Arbitrages entre spécialisation et polyvalence ;
- Procédures pour chaque étape du processus (existence, applicabilité, application, etc.) ;
- Moyens logistiques et équipement (lecteurs cartes Vitale, bornes de mises à jour cartes Vitale, etc.) ;
- Modalités d'échange d'information entre les services (supports des échanges, dématérialisation, etc.) ;
- Exploitabilité et exploitation des données du système d'information ;
- Communication opérationnelle (à l'échelle du service) ;
- Etc.

2.4.4. Communication

L'objectif est d'informer et **sensibiliser les patients mais aussi le personnel** aux enjeux du recouvrement sans l'opposer à la qualité des soins :

- Communication vers les patients :
 - o Affichages sur le lieu de l'accueil ;
 - o Messages clairs sur l'obligation de paiement (aux urgences notamment) ;
 - o Information sur les modes de facturation ;

- Etc.
- Communication vers le personnel de l'établissement toutes catégories confondues (notamment information T2A et nouvelle gouvernance).

2.4.5. Relations avec les débiteurs institutionnels

L'objectif est de fiabiliser le recouvrement en **améliorant les échanges avec les organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire** :

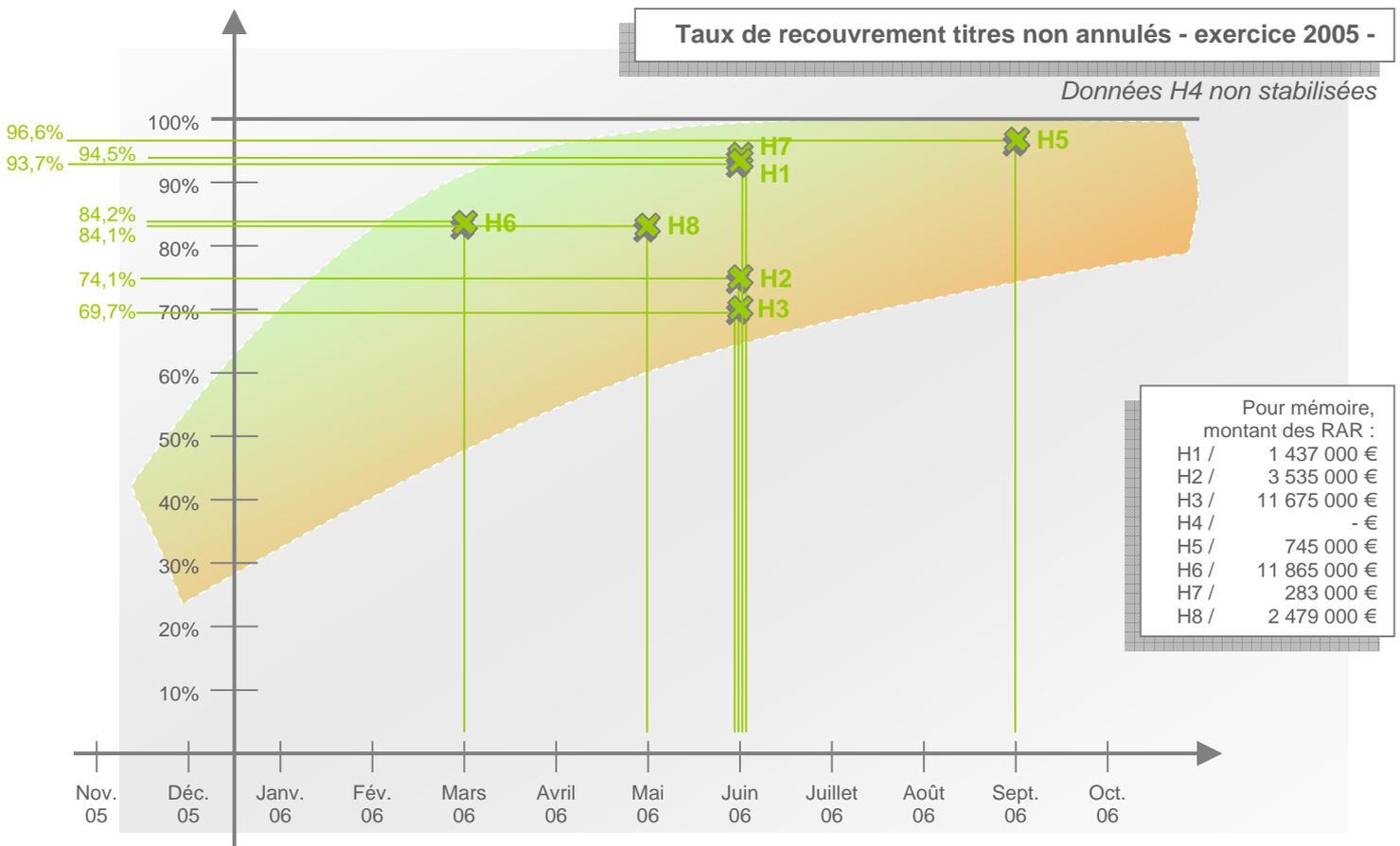
- Renforcement des liens avec les organismes de sécurité sociale et les mutuelles ;
- Actions de formation sur l'ODD de l'AMO et contrôle des contrats AMC ;
- Dématérialisation des échanges entre caisses et mutuelles ;
- Possibilités de partage d'information sur les assurés avec les mutuelles ;
- Réduction du champ des conventions ;
- Révision des conventions de tiers payants ;
- Etc.

3. De l'audit à l'action

3.0. Données comparées et indicateurs clés

Le volume financier encaissé par le trésorier au titre de l'activité réalisée par un établissement au cours d'un exercice peut être caractérisé par 2 indicateurs : le taux de recouvrement de ces titres, ainsi que le taux d'annulation de ces titres, à une date donnée. Les difficultés inhérentes à la grande hétérogénéité des pratiques et du degré de maturité des établissements du panel n'a pas permis de réaliser cette évaluation à la même date (soulignons que plusieurs mesures à des dates différentes pour chaque établissement auraient été l'idéal).

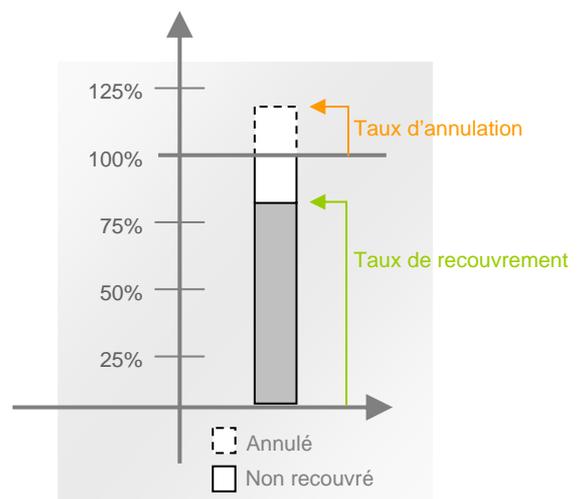
Une représentation graphique permet de mieux apprécier le positionnement des établissements les uns par rapport aux autres en termes de taux de recouvrement, tous débiteurs confondus, **hors dotation globale** :

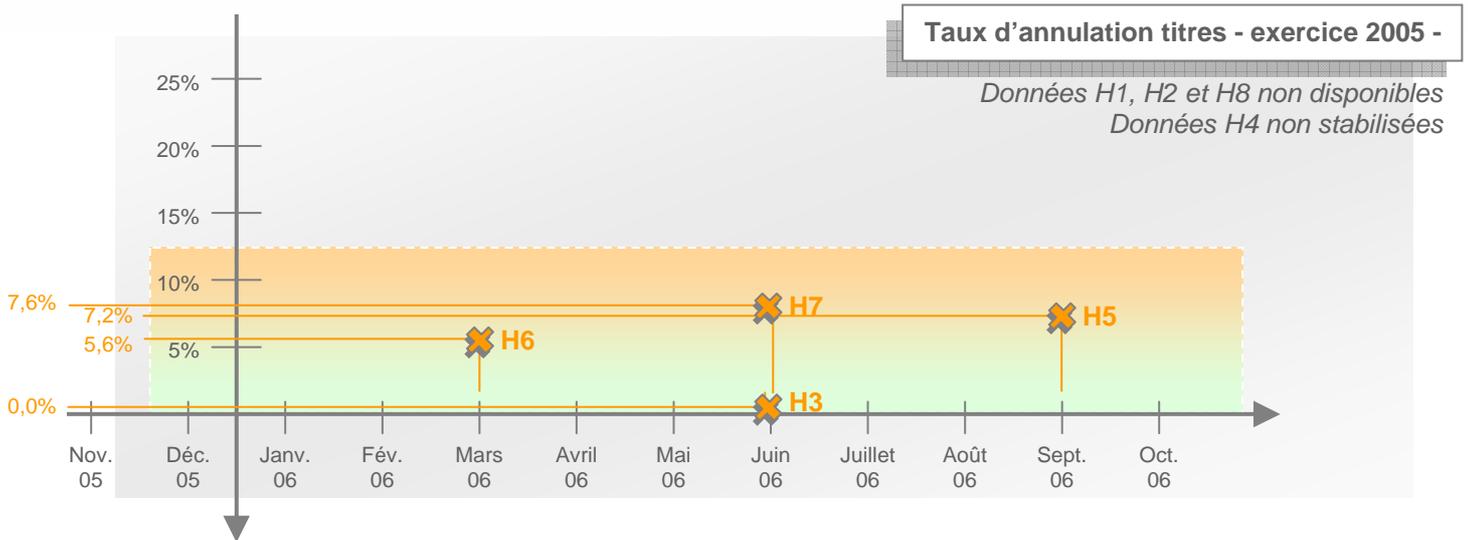


Nous pouvons constater que 3 catégories se distinguent. En effet, compte tenu des dates différentes de mesure, faible taux de recouvrement n'est pas forcément synonyme de faible niveau de performance :

- H5, H6 et H7, bien que mesurés à des dates différentes, semblent avoir des performances en matière de recouvrement comparables ;
- H8 a une performance légèrement inférieure aux établissements précédemment cités ;
- H2 et H3 ont une réelle marge de progression au regard du reste du panel.

Par ailleurs, le taux de recouvrement présenté ci avant ne prend pas en compte la part des titres annulés, puisque ne faisant plus partie par définition du processus de recouvrement.

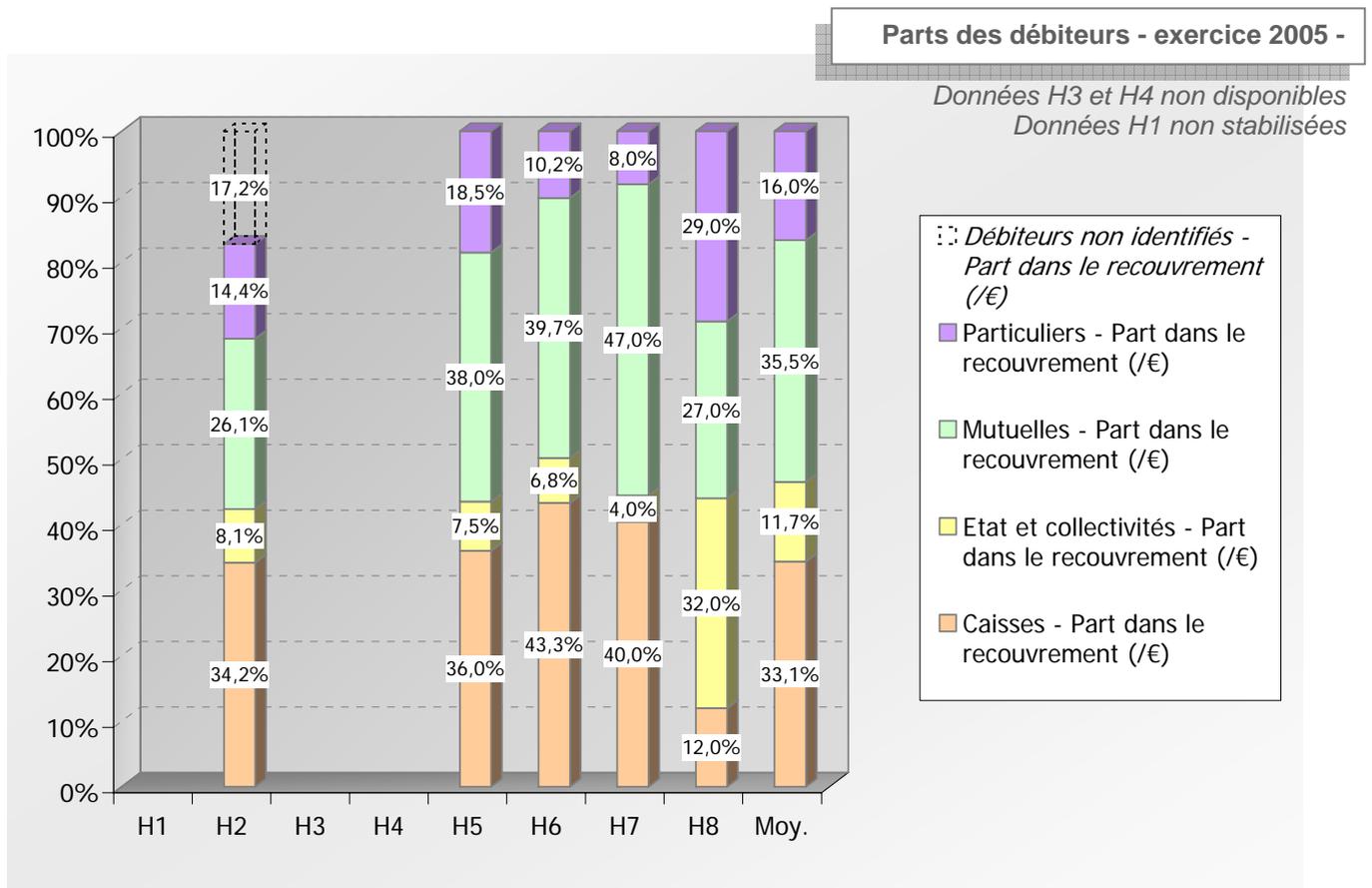




Ainsi, à la lecture du graphique ci avant, nous pouvons remarquer que :

- H3 possède un taux d'annulation de 0,0%, ce qui aggrave le taux de recouvrement (un certain nombre de titres pourraient vraisemblablement être considérés comme « annulés » et ne le sont pas) ;
- L'ensemble des autres établissements possède des taux d'annulation répartis entre 5,6 et 7,6%. Aucune corrélation et/ou regroupement ne semble pertinent à ce stade de l'analyse.

D'autre part, il est intéressant de constater que le poids des différents types de débiteurs est variable d'un établissement à l'autre, sur l'ensemble des titres émis. Rappelons ici que les chiffres sont présentés **hors dotation globale** :



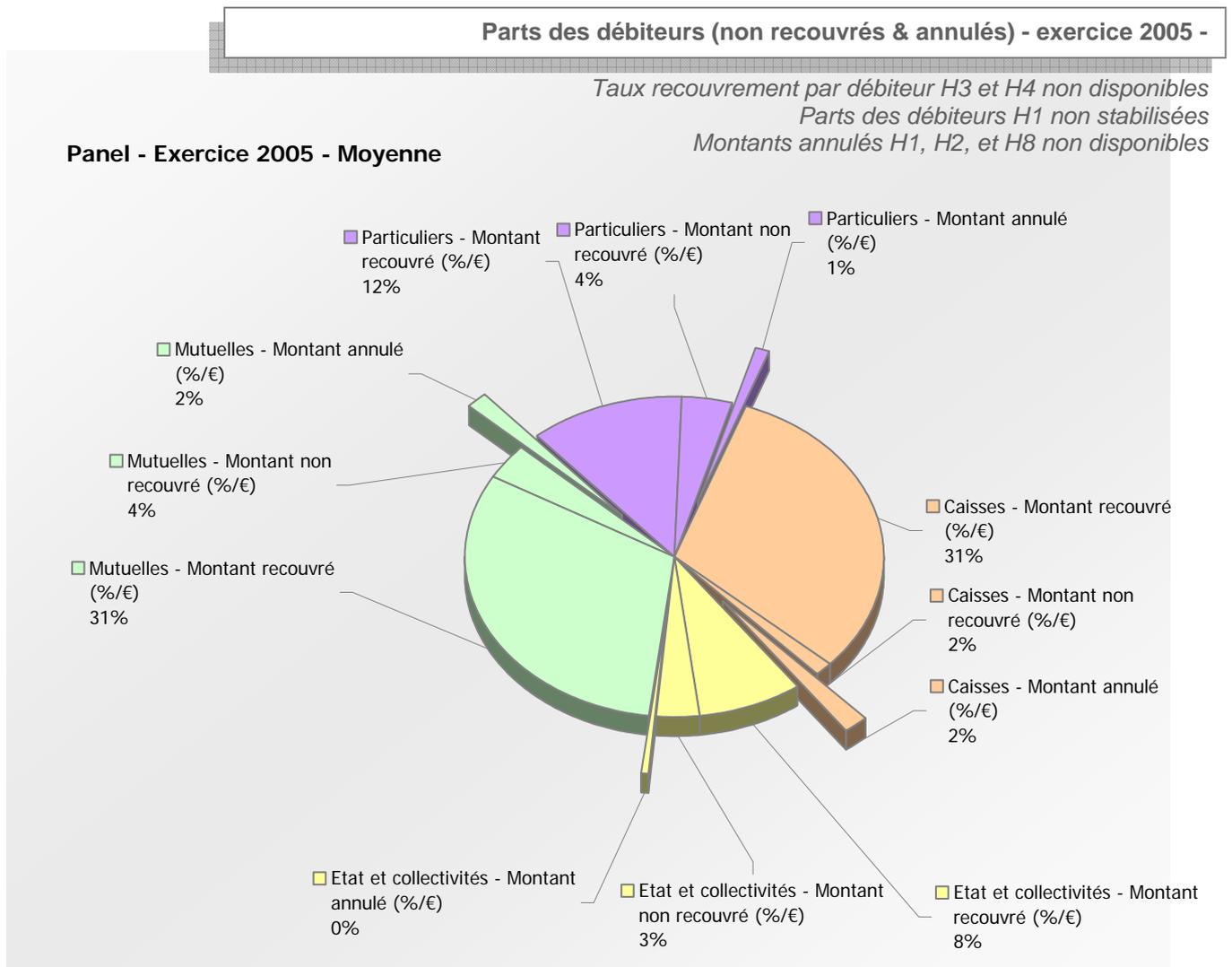
Notons que la mesure sur H2 n'a pu s'affranchir d'un certain nombre d'incertitudes, induisant ainsi la création d'une rubrique « débiteurs non identifiés ». Là encore, il semblerait que 2 catégories d'établissements se distinguent :

- H2, H5, H6 et H7 affichent des proportions pour les caisses supérieures à la moyenne ;
- H8 est fortement tributaire de l'Etat et collectivités et des particuliers.

En dépit des diversités dans les protocoles de mesure et dates associées, l'étude comparée sur ce type de données peut être poursuivie : à défaut d'un benchmarking global de l'ensemble du panel, une approche moins ambitieuse mais tout aussi opérationnelle est envisagée :

- Comparaison d'une année sur l'autre (exercice 2005 au mois μ de 2006 / exercice 2006 au mois μ de 2007) d'un certain nombre d'indicateurs pour chacun des établissements, qui sera possible en fin de chantier ;
- Benchmarking restreint d'indicateurs de performance sur les établissements dont la mesure a été réalisée de façon homogène sur chacun d'entre eux.

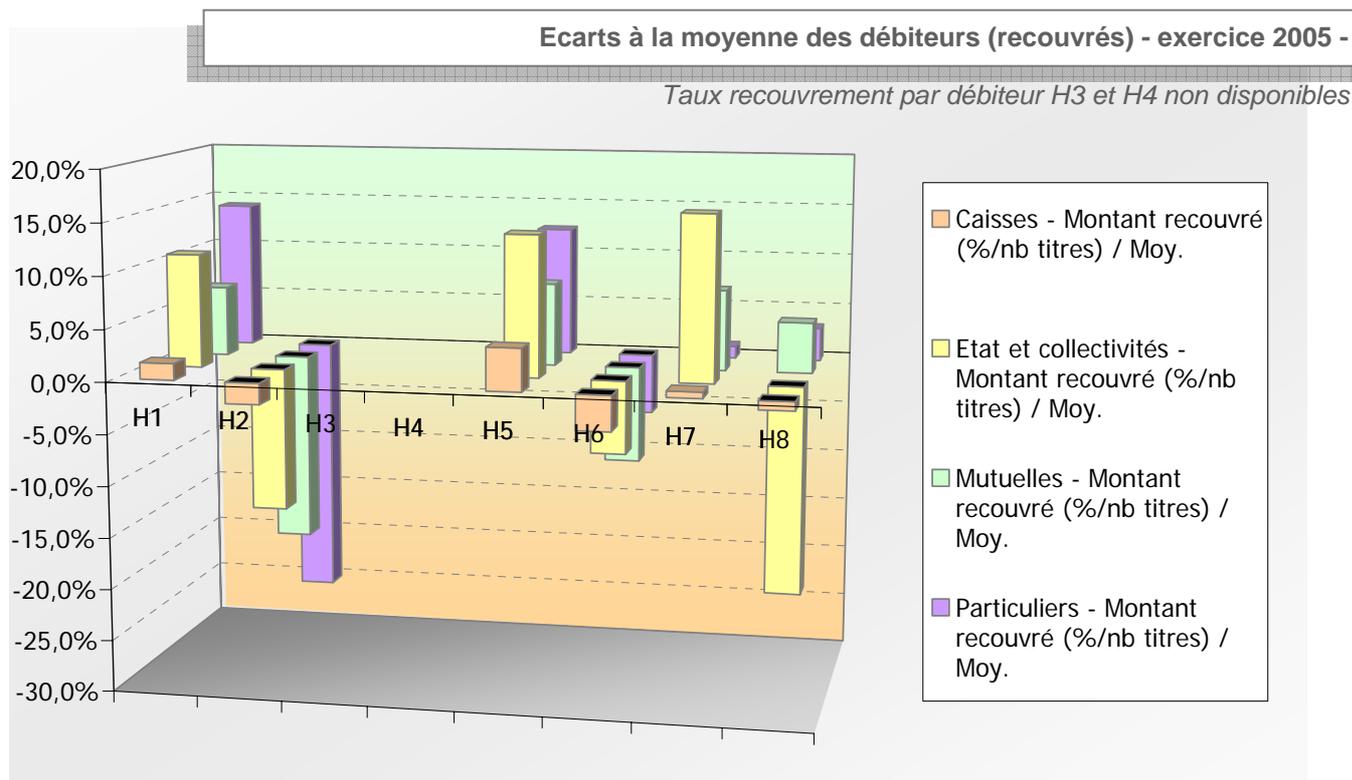
Dès lors, la répartition des débiteurs peut être analysée de manière plus fine sur le panel des établissements en prenant pour hypothèse que les montants non recouverts et annulés de chaque catégorie évoluent de manière proportionnelle au taux de recouvrement global, et donc ne varient pas en termes de proportion. Les pourcentages de titres non recouverts et de titres annulés sont représentés ci-après :



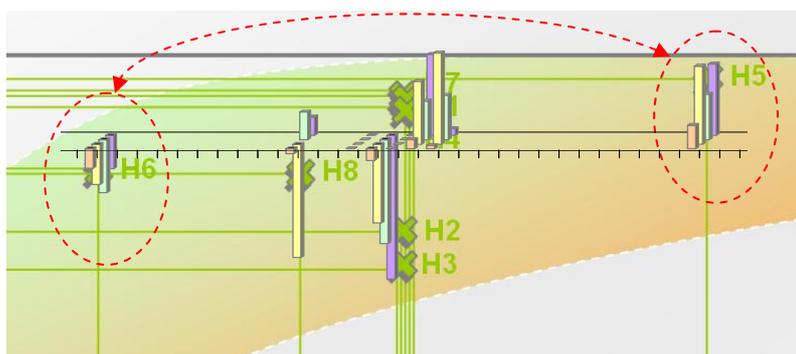
D'une manière générale, aucune priorité principale ne peut être retenue comme dénominateur commun pour l'ensemble des établissements. En effet, ramenés aux budgets globaux, les montants non recouverts et annulés représentent approximativement les mêmes volumes financiers, indifféremment du type de débiteurs auquel ils sont relatifs :

- Montants non recouverts : entre 1% et 4% du budget total, pour chaque débiteur ;
- Montants annulés : entre 0% et 2% du budget total, pour chaque débiteur.

Ainsi, la détermination des leviers d'amélioration doit se faire au cas par cas, pour chaque établissement. Pour ce faire, une méthode consiste à analyser l'écart de chacun des établissements par rapport à la moyenne du panel, et ce pour chacune des catégories de débiteurs :



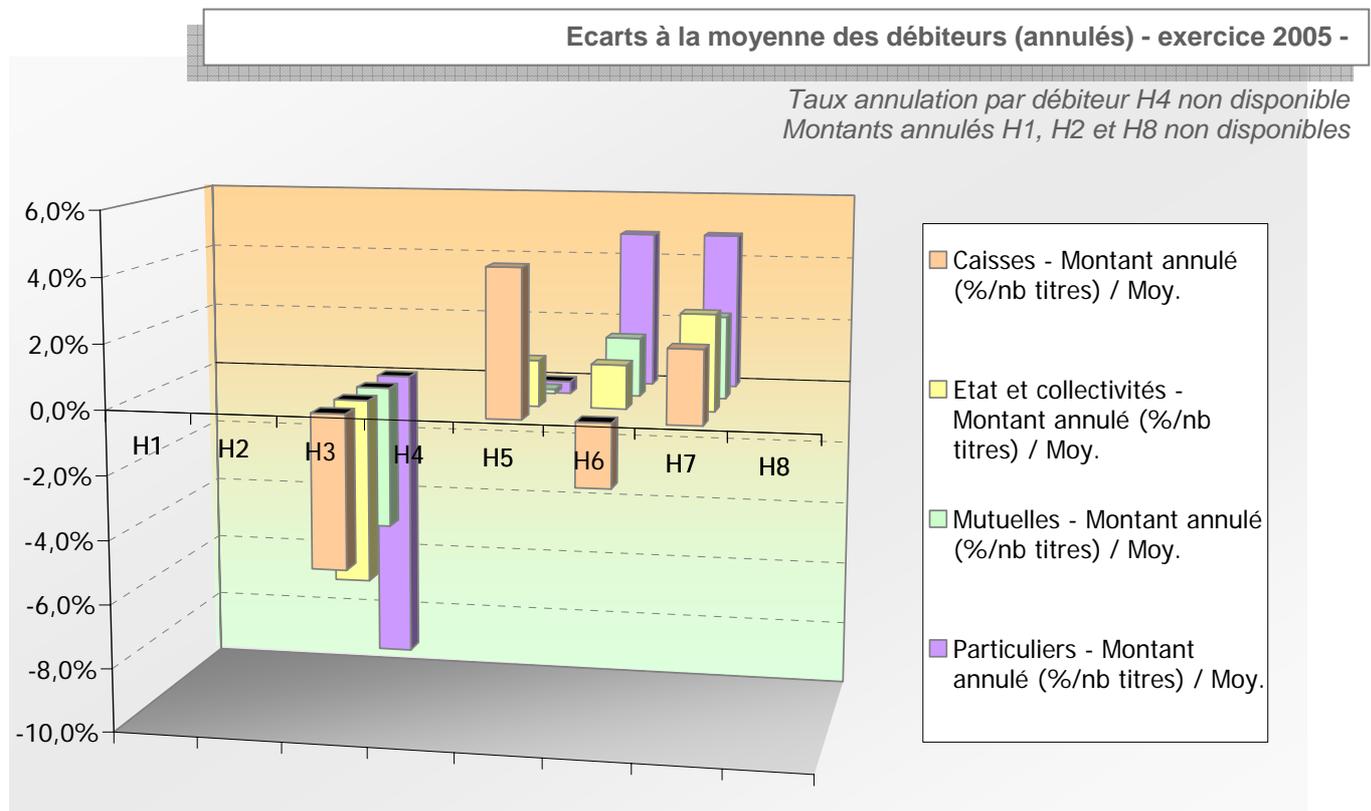
Notons que la lecture de ce graphique doit se faire en gardant en mémoire que la mesure n'a pas été effectuée au même moment pour l'ensemble des établissements. Ainsi, par exemple, H5 semble avoir un niveau de performance supérieur à H6, hors nous avons vu que sa mesure a été effectuée en septembre 2006 contre mars 2006 pour H6 : si l'on remet en perspective les taux de recouvrement au regard de la date effective de mesure, on constate que ces 2 établissements ont vraisemblablement des performances équivalentes (cf. graphique « Taux de recouvrement titres non annulés - exercice 2005 - » en page 22) :



Aussi, si la lecture « transversale » doit faire l'objet d'un certain nombre de précautions, une lecture « latérale » de chaque établissement nous permet de formuler les remarques suivantes :

- H1 et H5 confirment bien leur performance au regard de l'ensemble du panel, affichant des taux de recouvrement supérieurs à la moyenne. Notons que la performance de H5 est accentuée par le fait que la mesure ait été effectuée plus tard (septembre 2006) que pour les autres établissements ;
- H2 et H6 ont une caractéristique commune : l'action de recouvrement auprès des caisses semble être relativement plus efficace que celles envers les autres débiteurs, constituant ainsi autant de leviers d'amélioration ;
- H7 et H8 ont un comportement « inversé » par rapport au débiteur « Etat et collectivités » : en effet, les profils en termes de performance de ces 2 établissements sont comparables excepté pour ce débiteur en particulier. La suite du chantier nous permettra vraisemblablement de déterminer si cette divergence est due à des facteurs indépendants des structures ou tout simplement à des différences notables en termes d'organisation ;
- Enfin, H7 possède, au regard du reste du panel, une réelle marge de progression sur le recouvrement des caisses et des particuliers.

De la même manière, nous pouvons analyser l'écart de chacun des établissements par rapport à la moyenne du panel, mais cette fois ci par rapport aux montants annulés :



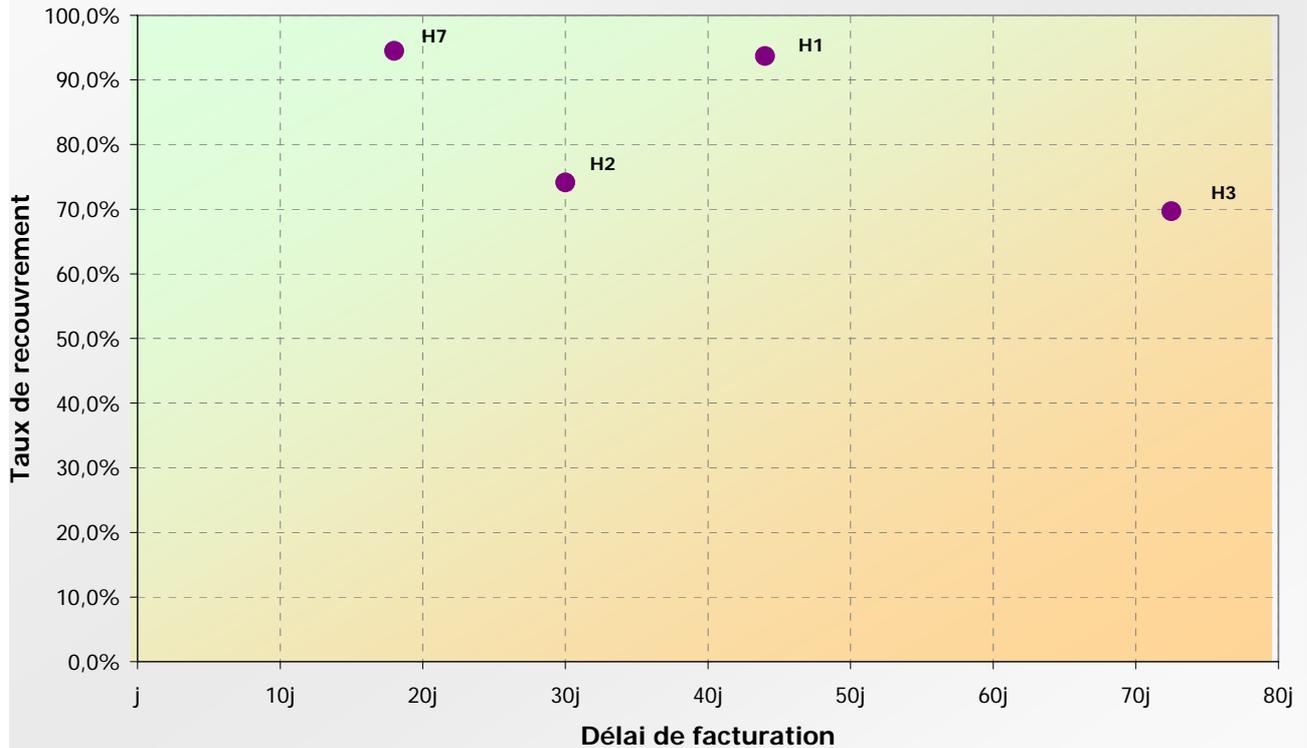
Notons que les mêmes restrictions de lecture que pour le graphique représentant les écarts relatifs aux montants « non recouverts » présenté précédemment restent valables. Par ailleurs, contrairement à ce dernier, les valeurs les plus performantes sont cette fois-ci celles qui possèdent un écart négatif par rapport à la moyenne. Dès lors, 3 catégories semblent se dessiner :

- H3, comme nous l'avons déjà souligné, n'a annulé aucun de ces titres ;
- H5 annule beaucoup plus de titres en termes de pourcentage à destination des caisses qu'envers les autres débiteurs ;
- De la même manière H6 et H7 affichent un comportement « inversé », puisque l'attention semble devoir se porter sur les particuliers.

D'autre part, la notion de délai de facturation peut être introduite dans l'analyse, c'est-à-dire le délai entre la sortie du patient et l'émission effective du titre de recettes.

Taux de recouvrement / délai de facturation - exercice 2005 - état en juin 2006

*Données H5, H6 et H8 non mesurées en juin 2006
Taux recouvrement H4 non stabilisé*



Le nombre d'établissements rassemblant un certain nombre de caractéristiques de mesure restant très faible (données établies en juin 2006, fiabilité des données), aucune corrélation avérée ne peut être mise en évidence entre taux de recouvrement et délai de facturation. L'impact de la réduction des délais de facturation sur la performance du recouvrement, intrinsèquement ressenti, n'apparaît donc pas clairement et de manière objective à ce stade de l'étude.

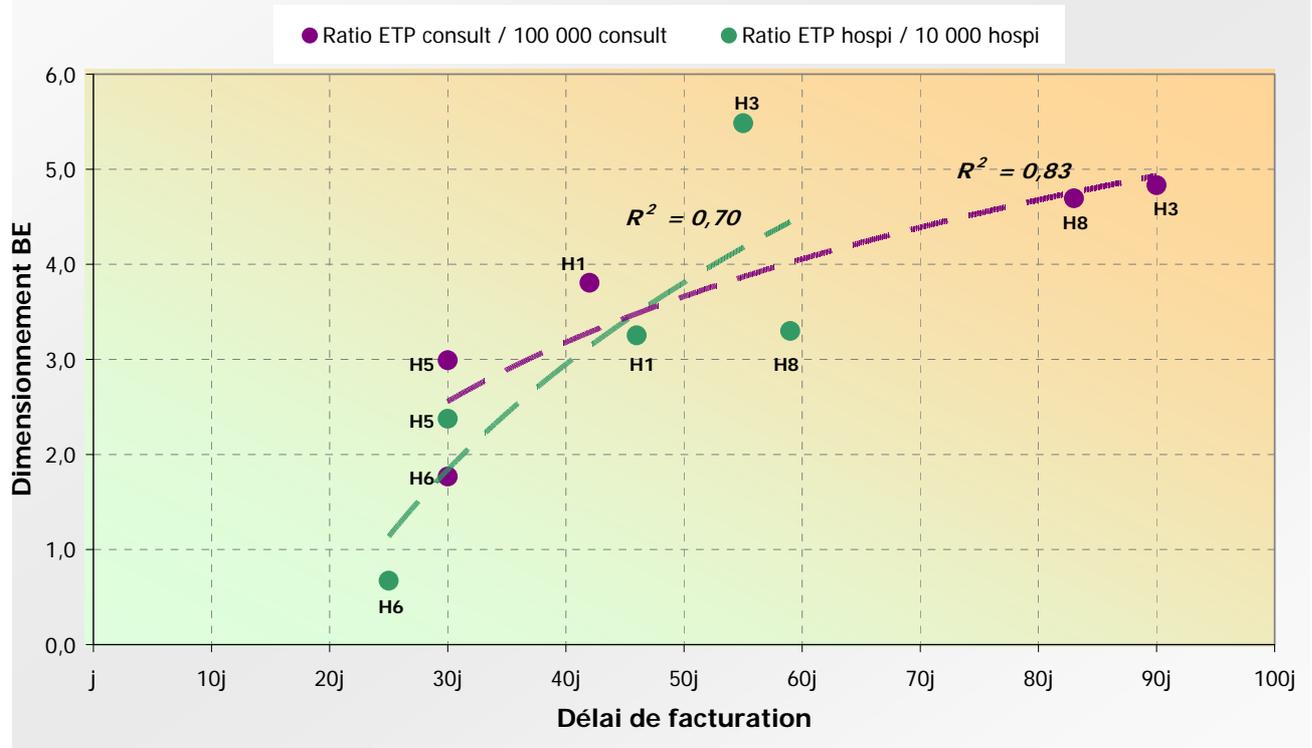
En revanche, ces délais de facturations semblent liés de façon plus précise aux effectifs affectés à cette tâche.

Si les effectifs de chaque structure sont variables, ils peuvent néanmoins être comparés en les rapportant à l'activité constatée de l'établissement (sauf H2, H4 et H7 : ETP consultations externes et hospitalisation non différenciés) :

- H1, H3, H5, H6 et H8 : nombre d'ETP affectés aux consultations externes rapportés à 100 000 consultations en fonction du délai moyen de facturation de ces consultations ;
- H1, H3, H5, H6 et H8 : nombre d'ETP affectés aux hospitalisations rapportés à 10 000 hospitalisations en fonction du délai moyen de facturation de ces hospitalisations.

Ratios ETP du bureau des entrées / activité - exercice 2005 -

H2, H4 et H7 non pris en compte (effectifs consultation et hospitalisation non différenciés)



A la lecture des résultats, il semblerait que les établissements étant les mieux dotés « quantitativement » en termes de ressources humaines au bureau des entrées sont pourtant ceux qui enregistrent les délais de facturation les plus longs. Ainsi, à ce stade de l'analyse, plusieurs explications sont envisageables :

- Le surdimensionnement d'un bureau des entrées n'entraîne pas d'amélioration notable du recouvrement (phénomène de « déséconomies » d'échelle) ;
- Les établissements enregistrant les plus courts délais de facturation sont ceux qui ont su « alléger » le BE afin de répartir les ressources sur l'ensemble de la chaîne de facturation et non sur le seul point d'entrée.

Globalement, l'ensemble des réflexions formulées ci avant peut être synthétisé au sein du tableau récapitulatif ci-dessous, de manière très qualitative. Les appréciations sont données au regard de la moyenne générale du panel, tout en pondérant en fonction de la date effective de mesure, comme cela a d'ores et déjà été précisé plusieurs fois au sein de ce document :

	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
Part des débiteurs :								
• Caisses		=			=	>	>	<
• Etat et collectivités		=			<	<	<	>
• Mutuelles		<			>	>	>	<
• Particuliers		=			=	<	<	>
Taux de recouvrement :								
• Performance / Global	+	-	-		+	+	+	=
• Performance / Caisses	=	=			=	+	=	=
• Performance / Etat et collectivités	+	-			+	=	+	-
• Performance / Mutuelles	+	-			+	=	+	+
• Performance / Particuliers	+	-			+	+	=	+
Taux d'annulation :								
• Performance / Global			+		-	=	-	
• Performance / Caisses			+		-	+	-	
• Performance / Etat et collectivités			+		=	=	-	
• Performance / Mutuelles			+		=	=	-	
• Performance / Particuliers			+		=	-	-	
Délais :								
• Performance Emission des titres de recettes		+	=		+	+	+	=
• Performance Ratio ETP/activité sur délai de facturation	=		-		+	+		-

Dès lors, l'étude comparée du panel peut laisser la place à une étude plus approfondie de chacun des établissements.

3.1. Etablissement H1

3.1.1. Données de recouvrement

Tel que précisé dans l'étude comparative ci avant, les données de recouvrement relatives à H1 ne sont pas présentées car jugées non stabilisées. En effet, l'exploitation des données abouti à une part relative au débiteur « particuliers » bien trop importante pour être réaliste.

3.1.2. Analyse synthétique

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> • Forte réactivité sur le plan médical, DIM très investi ; • Codage décentralisé et utilisation de la CCAM bien ancrés ; • Forte culture du contrôle, grand professionnalisme des agents ; • Procédure de recueil efficace et appliquée pour les hospitalisations (notamment avec les hôtesse : fonctions d'enquêtrices) ; • Bonne articulation avec le service social ; • Gestion approfondie des dossiers en instance pour l'hospitalisation ; • Polyvalence des agents à l'accueil des SE (tous sont régisseurs suppléants) ; • Implication et mobilisation de la TP ; • Régie aux urgences ; • Suivi des impayés par la DAF et la trésorerie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manque d'unité du pôle accueil / admission complexifiant la gestion du secteur ; • Recueil des informations administratives insuffisamment sécurisé (surtout pour CE) ; • Pas d'optimisation de l'utilisation de la CV (la création du dossier est réalisée à partir de la carte d'identité) ; • Contrôle de l'exhaustivité des actes CCAM à renforcer (indicateurs) ; • Fonction régie recettes sous utilisée (pas de régies décentralisées et peu d'encaissements en régie directe au BE) ; • Délais moyens de facturation apparemment trop longs ; • Absence d'outil de pilotage commun entre l'ordonnateur et le TP.
OPPORTUNITES	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> • Déploiement du SI ; • Codage décentralisé et déversement automatique en cours pour les actes (radiologie et laboratoire). 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de menace particulière.

3.1.3. Bilan et enjeux

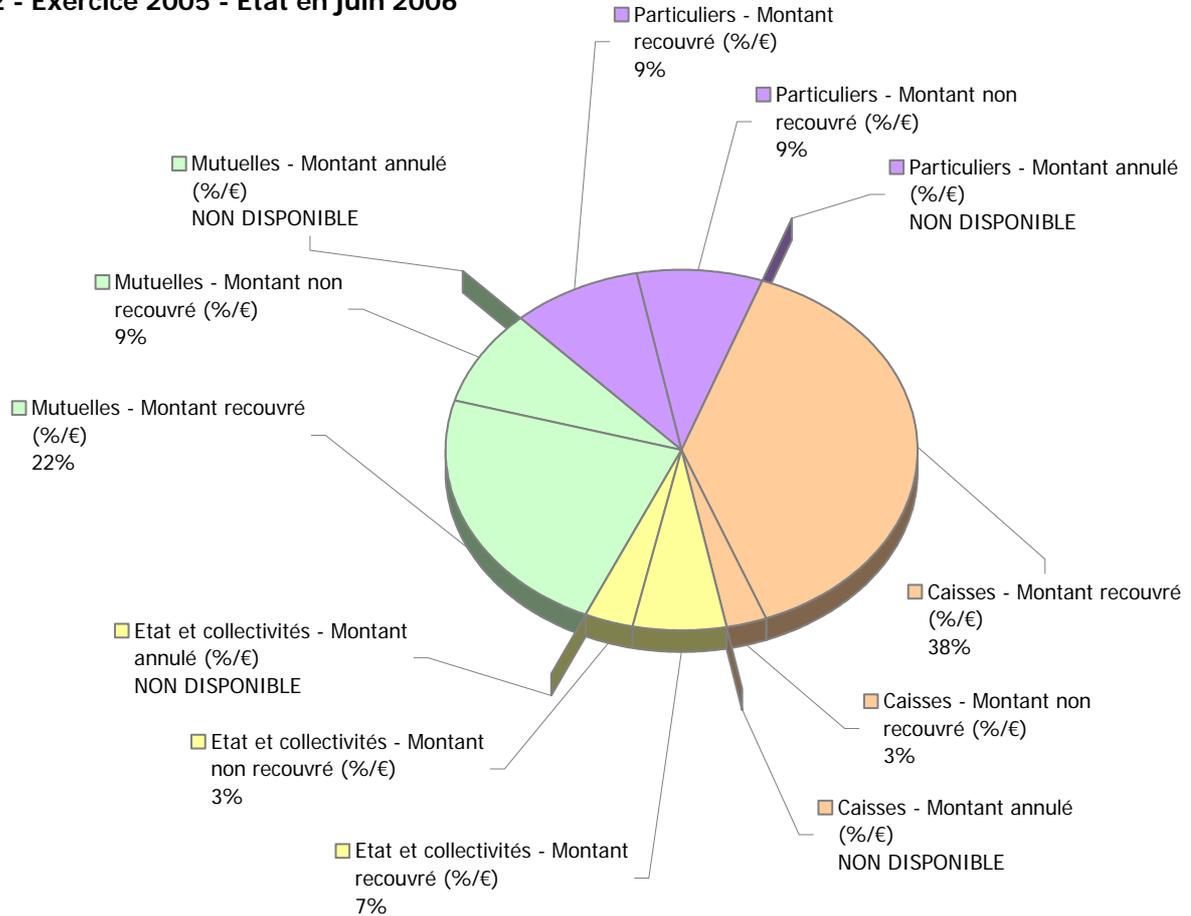
H1 apparaît comme l'un des établissements de l'échantillon ayant déjà bien pris en compte la problématique du recouvrement : la problématique de la facturation s'avère être une préoccupation de longue date des gestionnaires administratifs et du DIM, ce qui place la structure dans une configuration favorable au regard de la tarification à l'activité. La mobilisation et la prise de conscience des agents sur leur fonction sont remarquables. Cette situation résultant d'une action de gestion claire et déterminée des dirigeants est renforcée par le fait que la population desservie, de par ses caractéristiques sociales et économiques, permet une organisation du bureau des entrées (circuit interne du malade) et la transmission de messages qui soient en phase avec les impératifs de gestion créés par ce nouvel environnement réglementaire. Ainsi, « non gratuité de l'hôpital » ou nécessité de facturer et de recouvrer les recettes peuvent valablement être perçus par les clients, ce qui est de nature à faciliter le travail des agents en charge de la facturation et du recouvrement.

Des points restent bien entendu à améliorer mais, par rapport à la majorité des autres établissements, il s'agira davantage de « réglages micrométriques » sur les organisations (ordonnateur/comptable, DIM/DAF, etc.), de l'adaptation réglementaire (parcours de soin) ou de la production d'un reporting affiné et plus transversal.

3.2. Etablissement H2

3.2.1. Données de recouvrement

H2 - Exercice 2005 - Etat en juin 2006



Ne sont représentées dans le graphique précédent que les 4 catégories communes à l'ensemble des établissements du panel. En effet, comme nous l'avons vu, une catégorie « débiteurs divers » subsiste car n'ayant pu être précisée.

Dès lors, 2 leviers d'améliorations sont aisément identifiables : le recouvrement lié aux particuliers ainsi qu'aux mutuelles, représentant chacun près de 9% du volume financier global escompté.

3.2.2. Analyse synthétique

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> • Forte implication du management ; • Formalisation des procédures de saisie de l'identité ; • Présence d'un BE aux urgences ; • Tableau de bord de suivi de la facturation par type de patients ; • Délai de facturation apparemment rapide. 	<ul style="list-style-type: none"> • Configuration physique de l'établissement pénalisante ; • Signalétique peu visible ; • Points d'accueil disséminés ; • Définition du rôle des admissions trop large et à redéfinir (embolisation par des tâches annexes) ; • DIM et corps médical peu impliqués ; • Relations TP / établissement à développer ; • Peu de tableaux de bord unifiés ; • Lenteur de la saisie des actes ; • Régie en sous activité ; • Problème de paramétrages des systèmes ; • Services d'hospitalisations encore trop peu impliqués.
OPPORTUNITES	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> • Nouvel établissement en perspective dans le cadre du plan hôpital 2007 ; • Politique active de départementalisation de la gouvernance avec mise en place effective des pôles d'activité. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de menace particulière.

3.2.3. Bilan et enjeux

Cet établissement est indéniablement desservi par une configuration des bâtiments qui ne favorise pas une logique d'équipe et une unicité des comportements. Les principales lacunes identifiées proviennent de :

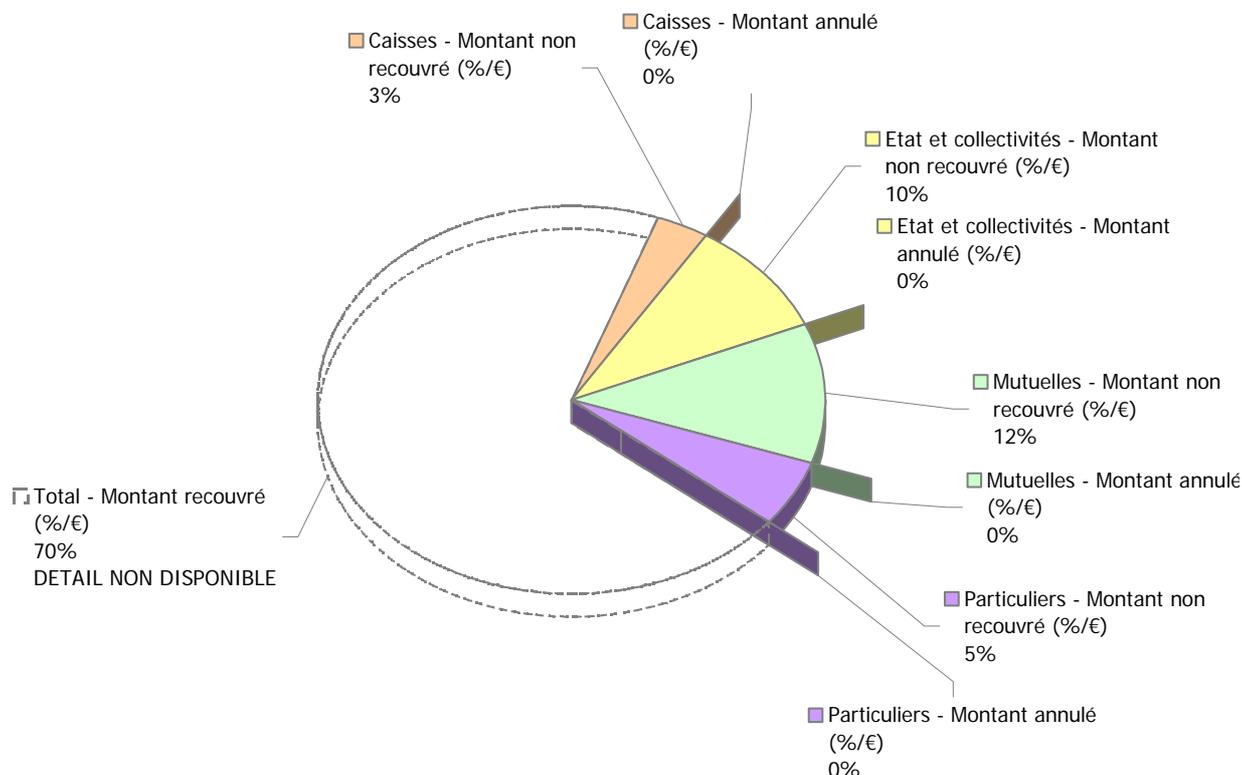
- L'absence de perception de la nécessité de gestion des recettes imposée par la T2A. En d'autres termes, une politique doit être définie et largement exposée à l'intention de l'ensemble des hospitaliers, médecins ou non. La mise en œuvre de la gouvernance par pôle peut, de ce point de vue, être un vecteur particulièrement favorable ;
- L'absence de « repères de gestion » : l'hôpital est encore considéré par beaucoup comme un « service gratuit ». Une communication doit être initiée au plus vite, et déclinée sous forme d'actions concrètes alliant ordonnateur et comptable.

Ainsi, les axes de progrès de H2 concernent autant les aspects techniques liés au recouvrement qu'à la mise en œuvre d'une action collective et homogène de l'ensemble des acteurs hospitaliers.

3.3. Etablissement H3

3.3.1. Données de recouvrement

H3 - Exercice 2005 - Etat en juin 2006



La répartition globale des débiteurs n'a pu faire l'objet d'une mesure précise, ainsi, seuls les montants des RAR ont pu être mis en regard du montant relatif aux émissions totales de titres. Les montants recouvrés sont représentés ici en pointillés, leurs poids respectifs n'ayant pu être objectivés (seule information : caisses + Etat et collectivités + mutuelles + particuliers = 69,7% de taux de recouvrement).

Par ailleurs, les titres annulés représentent ici indifféremment 0%, comme nous avons déjà pu le constater sur le graphique représentant les montants annulés dans l'analyse comparée. Dès lors, même si compte tenu de la marge de progression de H3, aucune piste ne doit être négligée, il semblerait que les montants non recouvrés relatifs aux débiteurs « Etat et collectivités » et « mutuelles » représentent les plus forts leviers d'amélioration identifiés (respectivement 10% et 12% du volume financier total escompté).

3.3.2. Analyse synthétique

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> • Forte implication des secrétariats médicaux (saisie des actes, création de dossiers, encaissement en régie) ; • Dispositif d'encaissement de recettes très étendu (régie dans chaque service médical) ; • TP très impliqué et très actif avec la mise en place d'une gestion offensive du recouvrement (tableau de bord, suivi particulier des montants importants) ; • Saisie informatisée des actes aux urgences ; • Bonne traçabilité des produits pharmaceutiques ; • Régie aux Urgences. 	<ul style="list-style-type: none"> • Circuit administratif insuffisamment maîtrisé (pré admission / accueil / régie centrale) ; • Lien entre la gestion des BE et la gestion financière à renforcer ; • Identification des rôles entre BE et régies décentralisées insuffisante ; • Absence d'optimisation de l'utilisation de la CV ; • Contrôle sur l'exhaustivité de recueil de l'activité médicale insuffisant ; • Peu d'outils de contrôle et d'analyse de la facturation / recouvrement (reporting à améliorer) ; • Délais de facturation longs ; • Pas assez d'implication du service social dans la gestion du dossier ; • DIM n'intervenant pas dans le contrôle des actes CCAM de l'activité externe.
OPPORTUNITES	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> • Pas de tiers payant pour l'activité externe ; • Pré admission dominante comme mode d'accueil pour les hospitalisés ; • Codage décentralisé ; • Nombreuses régies. 	<ul style="list-style-type: none"> • Eclatement des fonctions dans le processus de facturation complexifiant la maîtrise globale du processus et son pilotage ; • Niveau de recouvrement des recettes CE très bas ; • Plan de charge de la direction informatique très important présentant un risque de saturation à court terme et moyen terme ; • Régies nombreuses et décentralisées très mobilisatrices de moyens.

3.3.3. Bilan et enjeux

De nombreux chantiers sont actuellement en cours au sein de H3. Ils sont liés :

- Soit à des aspects organisationnels importants (constitution des pôles avec définition des règles de fonctionnement, par exemple) ;
- Soit à des migrations d'outils informatiques, ce qui peut apporter retards et charges de travail importantes concentrées au final sur peu d'acteurs.

La problématique de la facturation doit s'insérer dans ces évolutions, en ce qu'elle conditionnera une partie de la réussite de gestion des pôles et, plus largement, le pilotage stratégique de l'établissement. En termes de plan d'actions, il s'avèrera nécessaire de sérier très rapidement les moyens, humains notamment, qui devront être engagés dans la démarche (temps de réflexion, mise en œuvre de restructurations, définition de règles homogènes, mise en place d'un reporting ad hoc, etc.), et ce dès janvier 2007.

En outre, il apparaît dès maintenant que les responsables internes du projet, en lien avec les consultants et la MeaH, devront hiérarchiser leurs priorités afin de définir un plan d'actions ambitieux, mais non moins réaliste face à l'ampleur du chantier.

3.4. Etablissement H4

3.4.1. Données de recouvrement

Tel que pour H1, les données relatives à H4 ne sont pas présentées car jugées non stabilisées. En effet, l'exploitation des données abouti à un taux de recouvrement global bien trop élevé pour être réaliste.

3.4.2. Analyse synthétique

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> Décentralisation des régies pour les CE et horaires adaptés ; Forte implication du management dans la problématique recouvrement ; Adhésion du service social à la problématique et à la recherche d'efficience ; Nombre d'agents théorique « confortable » pour assurer une admission correcte au BE ; Soutien des agents du BE dans les étages pour compléter les données administratives ; Décentralisation de la saisie des actes (variable selon les services) ; Télétransmission B2 effective ; TP présent dans l'établissement, prêt à s'impliquer aux côtés de l'ordonnateur ; Accueil administratif 24/24 aux Urgences, codage et saisie des actes dans le service. 	<ul style="list-style-type: none"> Atomisation de l'accueil entre plusieurs « points » complexifiant le parcours du patient ; Pas de régie aux Urgences ; Echanges BE / unités de soins à formaliser ; Contrôle des mouvements inexistant ; Eclatement de la fonction recouvrement qui nuit à son efficacité ; Aucun poste « responsable recouvrement » ; Relations établissement / TP insuffisantes (pas de politique commune, de plans d'actions, de partage des tâches, d'objectifs chiffrés, d'outil de pilotage) ; Cadres intermédiaires insuffisamment mobilisés ; Relations avec les services sociaux insuffisamment formalisées.
OPPORTUNITES	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> Arrêt du tiers payant en externe ; Forte croissance de l'activité en 2005. 	<ul style="list-style-type: none"> Situation socio-économique difficile (17% des résidents vivant sous le seuil de pauvreté) ; Forte image de l'hôpital comme étant gratuit ; SI morcelé avec des interfaces difficiles.

3.4.3. Bilan et enjeux

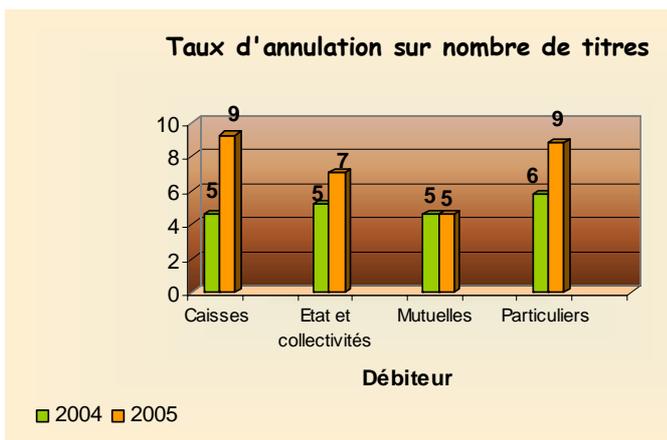
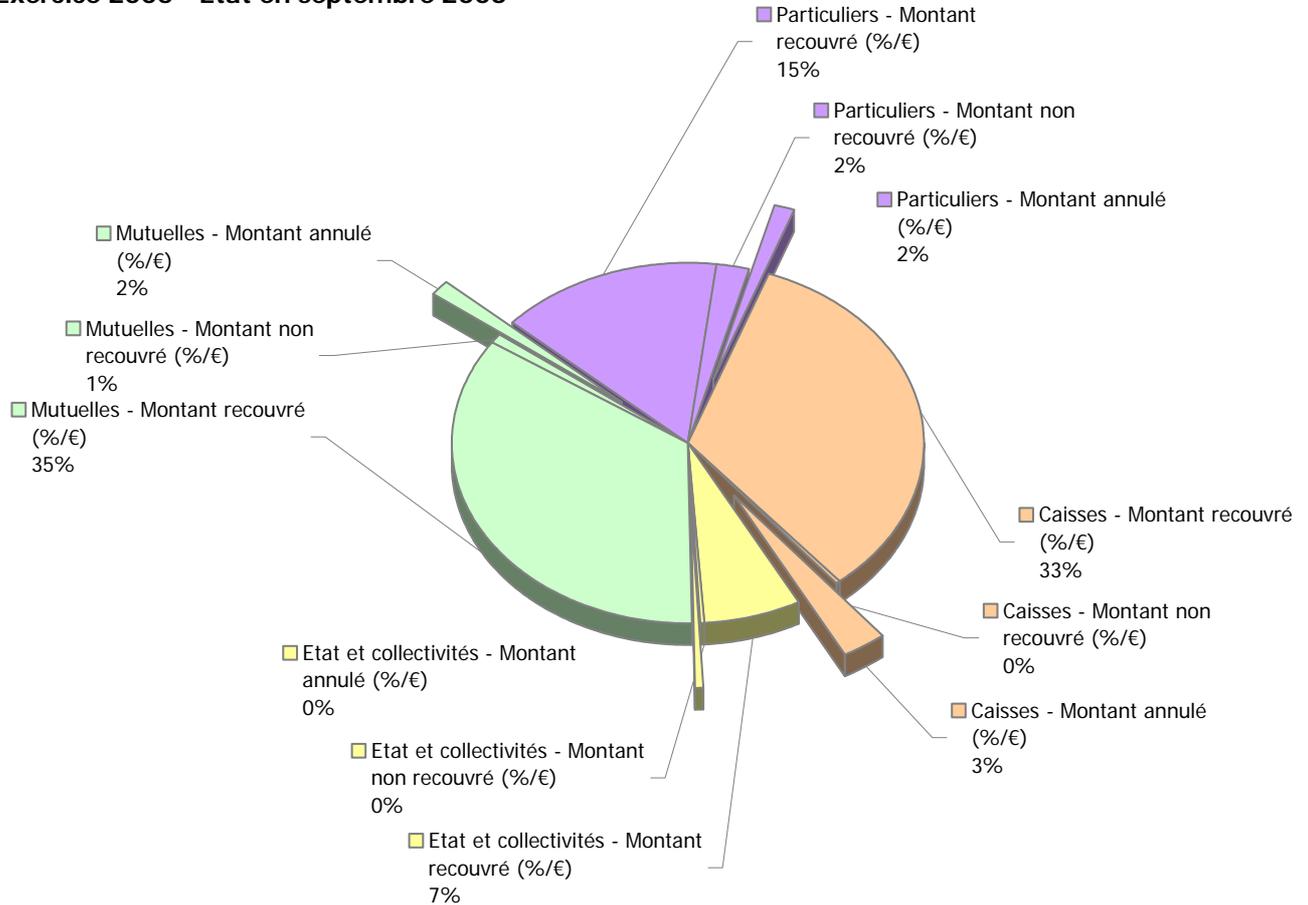
H4 se situe dans un contexte a priori défavorable à la mise en œuvre de la réforme de la T2A : beaucoup d'activité, certes, mais dans un environnement social difficile qui ne facilite ni la gestion budgétaire, ni, par contrecoup, l'implication des personnels. En outre, le diagnostic posé sur l'attitude des personnels dédiés à la facturation et au recouvrement peut être vu comme des entraves à une révision rapide des organisations et des pratiques.

Cependant, en dépit du contexte, de nombreuses actions sont en germe : les facteurs déclenchants et positifs sont suffisamment importants pour envisager la détermination d'un plan d'actions dont les retombées concrètes pourraient raisonnablement être constatées dans le délai imparti à la mission MeaH. L'accompagnement des consultants devra vraisemblablement être plus marqué que pour d'autres établissements en raison de l'absence (momentanée) du cadre de direction en charge du secteur, de la variabilité des compétences et de l'implication des agents ainsi que de la difficulté de communication entre ce secteur d'activité et le responsable du DIM. Cet accompagnement pourrait relayer la communication institutionnelle sur le sujet et permettre une mise à niveau des agents sur les évolutions de gestion qui sont attendues dans leur secteur d'activité. Comme pour les autres établissements, il sera nécessaire de prioriser les actions retenues sur les divers axes : stratégie, organisation, communication/formation et ce, au plus tôt, afin de définir les moyens que H4 devra engager pour aboutir.

3.5. Etablissement H5

3.5.1. Données de recouvrement

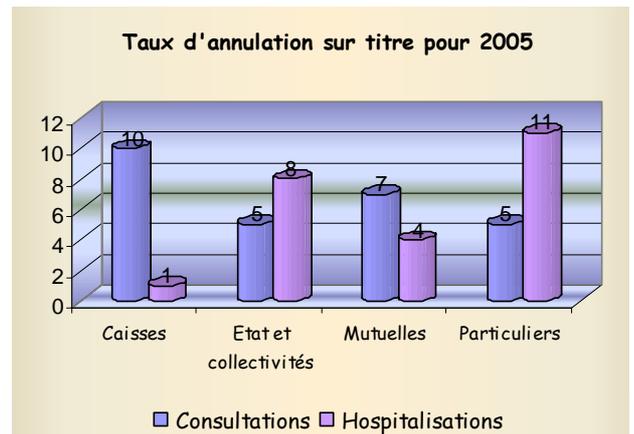
H5 - Exercice 2005 - Etat en septembre 2006



D'une façon générale les taux d'annulation, quel que soit le débiteur, sont en forte progression sur 2005. Ils restent cependant largement inférieurs aux taux d'annulation des autres établissements de l'étude.

Concernant les particuliers, une analyse plus fine du taux d'annulation montre que celui-ci est 2 fois plus important dans le cadre des hospitalisations que pour les consultations externes (11% contre 5%).

Enfin, le taux d'annulation de consultations prises en charge par des mutuelles (7%), confirme la double nécessité d'améliorer la qualité du recueil d'information sur les droits des patients et d'engager des actions avec ces débiteurs pour faciliter la lisibilité des droits.



3.5.2. Analyse synthétique

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> • Forte mobilisation de la Direction sur le recouvrement : <ul style="list-style-type: none"> - Décentralisation des régies dans tous les SM, y compris aux Urgences ; - Forte sensibilisation des SM concernant l'encaissement immédiat et bon niveau de mise en œuvre ; - Demande d'une avance des frais de séjours pour les patients étrangers et/ou sans mutuelle. • Présence d'un agent administratif aux Urgences sur une plage horaire de 8h-22h30 (accueil & régie) ; • Généralisation de l'accueil de pôle dans le futur hôpital : mixité des équipes (agents administratifs et secrétaires médicaux) ; • TP à proximité du site. 	<ul style="list-style-type: none"> • Qualité et fiabilité insuffisantes des informations administratives du patient : <ul style="list-style-type: none"> - Contrôle d'information (identité, adresse, AMC) non systématique ; - Adresse et droits complémentaires comme principales sources d'erreurs ; - Qualité, fiabilité et complétude des informations recueillies aléatoires et insuffisantes (hors plages horaires d'ouverture des points d'accueil, notamment aux urgences). • Taux de recouvrement des petits montants jugé insuffisant ; • Clivage persistant entre tâches administratives et paramédicales ; • Connaissance de la réglementation inégale voire insuffisante (BE et SM).
OPPORTUNITES	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> • Depuis 2004, croissance avérée de l'activité et retour à l'équilibre budgétaire ; • Construction d'un hôpital sur un nouveau site (levier de changement « naturel » & agencement de nouveaux locaux intégrant la problématique propre au recouvrement) ; • Intégration de la TP en projet au sein de l'hôpital ; • Conditions socio économiques favorables. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nécessité d'une forte coordination des équipes pour la gestion en pôle de l'accueil patient dans le futur hôpital (coordinateur, référents, pilotage et suivi des actions) ; • Présence de régies insuffisante pour assurer un bouclage correct du circuit du patient (l'implication de l'ensemble du personnel médical, administratif et soignant sera essentielle mais difficile) ; • Manque de ressources susceptible de freiner la mobilisation de la TP sur le recouvrement.

3.5.3. Bilan et enjeux

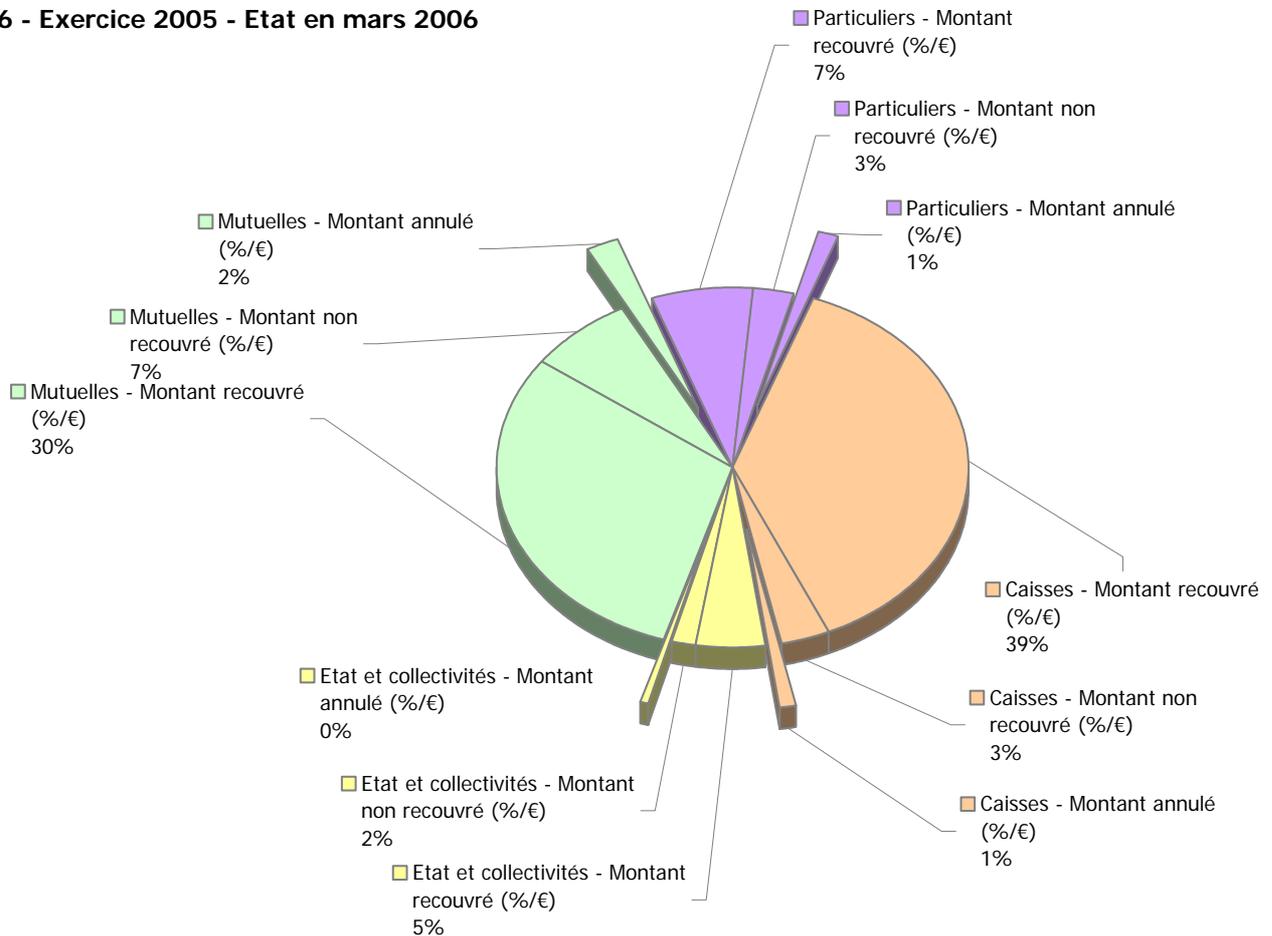
Cet établissement, grâce à une organisation favorisant les encaissements au plus près de l'acte, a mis très tôt le recouvrement au cœur de ses préoccupations. Néanmoins l'analyse a confirmé la défaillance de l'établissement sur le processus de recueil d'information : la décentralisation des points d'accueils multiplie les sources d'erreurs et la non qualité, phénomène que l'absence de pilotage ne permet ni d'identifier, ni de qualifier et encore moins de traiter. Au sein du nouvel hôpital, la décentralisation des accueils dans les pôles, atout incontestable du point de vue du parcours du patient, devra donc impérativement être accompagnée d'un système de management et de pilotage donnant aux points critiques du processus les informations nécessaires pour un fonctionnement performant.

Le nouvel hôpital, dont l'aménagement et les choix d'organisation ont été pensés pour répondre aux différents enjeux du secteur hospitalier et notamment le recouvrement, constitue une véritable opportunité d'amélioration mais aussi un formidable accélérateur du changement qu'il faudra savoir saisir et gérer. H5 devra donc se pourvoir de moyens à la hauteur de sa politique très volontariste d'amélioration de la performance et entraîner dans cette dynamique l'ensemble des acteurs impliqués sur le processus de recouvrement, depuis les équipes médicales jusqu'aux administratifs.

3.6. Etablissement H6

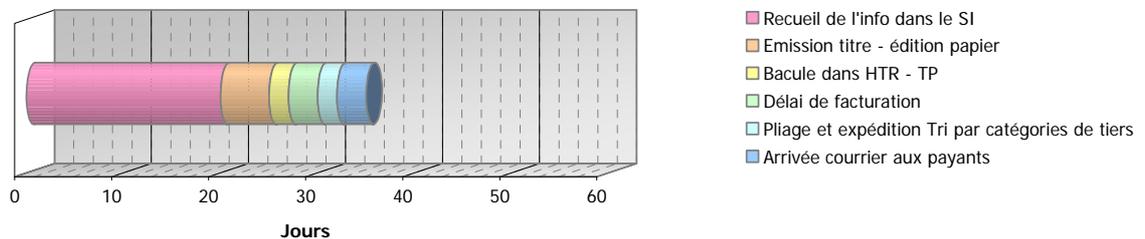
3.6.1. Données de recouvrement

H6 - Exercice 2005 - Etat en mars 2006



Les données suivantes permettent de mesurer l'efficacité du recouvrement sur l'exercice de l'année passée en révélant notamment la rapidité d'émission des titres :

H6 - Délais de la chaîne de facturation des consultations externes



L'exercice 2005 révèle une difficulté à recouvrer plus grande que les années précédentes, ceci pour cause de retard dans l'émission des titres : la TP déplore en effet que seulement 84% des titres aient été émis en année courante (contre 92,6% en 2004 et 92% en 2003). Or la rapidité d'émission est un gage de plus grand succès dans le recouvrement. Ces retards viennent de problèmes techniques sur la chaîne de recouvrement et de la difficulté à intégrer la CCAM.

3.6.2. Analyse synthétique

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> • Forte implication du management de projet pour faire du recouvrement une priorité : <ul style="list-style-type: none"> - Compétences évidentes des managers opérationnels rencontrés. • Personnel favorable à l'amélioration des performances du recouvrement (même aux Urgences) ; • Conditions architecturales favorables pour réorganiser l'accueil et la sortie (CE, Hospitalisation, Urgences) ; • TP intégrée aux bâtiments administratifs et prête à s'impliquer fortement au côté de l'ordonnateur (néanmoins, dialogue à améliorer entre agents TP et de l'établissement). 	<ul style="list-style-type: none"> • Difficulté pour fiabiliser les données de pilotage (système d'Information et pilotage opérationnel au coup par coup) ; • Eclatement des fonctions d'accueil et du BE entre divers « guichets » ; • Problématique des Urgences (absence de BE, bureau de sortie hors du cheminement « naturel » du patient) ; • Relations accueil / cellules précarité / service social à clarifier ; • DIM / management des pôles : médecins peu impliqués sur cette problématique ; • Lenteur de la saisie des actes induisant un délai de recouvrement important : <ul style="list-style-type: none"> - Facturation impossible en sortie ; - Régie en sous activité.
OPPORTUNITES	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> • Politique active de départementalisation de la gouvernance (mise en place des pôles d'activité au 1er janvier 2004) qui sensibilise médecins, personnels soignants et administratifs à la performance du pôle ; • Réorganisation en cours réunissant la fonction facturation avec le contrôle de gestion, sous la responsabilité directe de la DAF (poids dans les décisions...) ; • SI morcelé mais en plein renouvellement. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion des ressources humaines (représentants syndicaux « en alerte », compétences des personnels inégales etc.) : <ul style="list-style-type: none"> - Peu de marge de manœuvre pour « récompenser » le personnel ; - Prudence des messages si l'accent est mis sur le rôle déterminant des agents des BE pour améliorer le recouvrement (quel donnant / donnant possible ?). • Croissance soutenue des dernières années en phase d'essoufflement, montrant une fuite des patients (vers le privé ?) ; • Renouvellement du SI qui ne donnera réellement ses effets qu'en 2008.

3.6.3. Bilan et enjeux

Le processus a sciemment été négligé jusqu'à ce jour car sa performance n'avait aucune conséquence directe sur les recettes de l'établissement. Il souffre donc logiquement d'une carence de management et de pilotage global. Au regard de l'analyse tant interne que comparée avec les autres établissements du panel, H6 ne présente pas de handicap majeur pour réussir à améliorer la performance de son activité de recouvrement. La réorganisation qui vient d'être effectuée est une opportunité à saisir pour replacer le management du processus à un niveau de décision conforme à son importance stratégique pour les recettes de l'établissement. A ce titre, les principaux atouts identifiés sont :

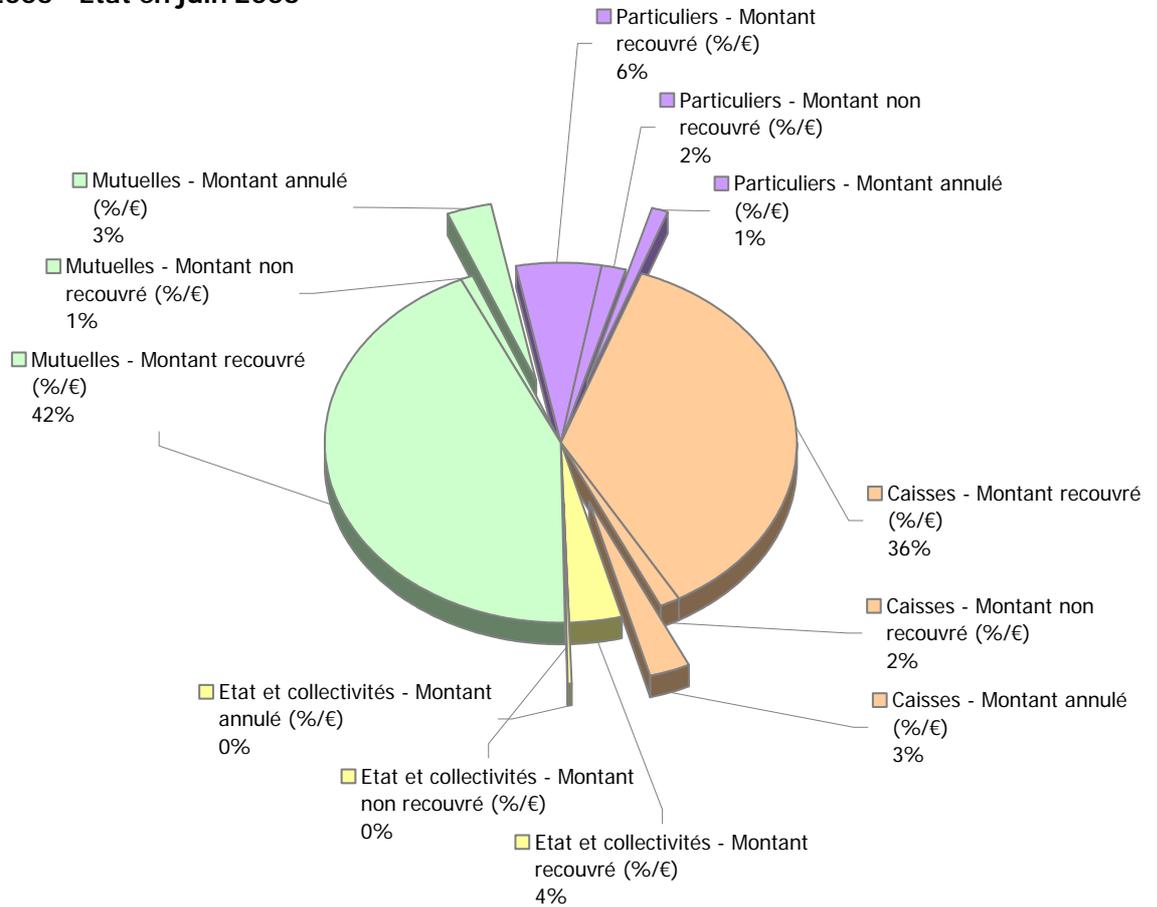
- L'implication du management de la DAF et de l'encadrement intermédiaire et opérationnel ;
- La présence de la TP dans les murs ainsi qu'un TP impliqué et volontaire à sa tête pour développer des actions communes avec l'établissement.

L'incertitude quant à l'implication des équipes médicales ainsi que des directions de pôles et des DIM dans le projet constitue le principal obstacle au changement : ce devra être une priorité dans le cadre de la poursuite de l'étude.

3.7. Etablissement H7

3.7.1. Données de recouvrement

H7 - Exercice 2005 - Etat en juin 2006



Il est à noter que l'impossibilité d'établir une facture avant la sortie du patient, en consultation externe comme en hospitalisation ou en provenance des Urgences, est un facteur influant tant sur le délai de recouvrement que sur le taux en lui-même (il semblerait que plus un titre est émis « tard », moins il a de chance de faire l'objet d'un encaissement).

3.7.2. Analyse synthétique

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> • Configuration architecturale du site : point d'entrée unique ; • Saisie unique et à la source pour l'identité patients et les actes ; • Formalisation des procédures de saisie de l'identité des patients ; • Large couverture des horaires du BE central (comprend les points d'encaissement) : 7h30 – 18h30, adapté aux horaires de consultation du matin (début 8h) ; • Présence d'un BE aux Urgences ; • Saisie des actes au plus près de la production (à l'exception de la chirurgie car absence de SI dans les blocs). 	<ul style="list-style-type: none"> • Prise de conscience insuffisante de la part de l'ensemble des personnels sur la problématique de recouvrement ; • Absence de management coordonné et fédérateur dans les SM.
OPPORTUNITES	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> • Situation socio-économique privilégiée à laquelle s'ajoutent : <ul style="list-style-type: none"> - Portefeuille de clients stable ; - Flux touristique « choisi ». • Politique active de départementalisation de la gouvernance avec mise en place effective des pôles d'activité ; • Activité en augmentation continue ; • SI qui privilégie la saisie unique et à la source (projet SI Convergence Crossway : unicité des données administratives et médicales). 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de menace particulière.

3.7.3. Bilan et enjeux

Les principaux atouts de l'établissement H7 sont :

- L'implication du management de la DAF et de l'encadrement intermédiaire et opérationnel, la participation du DIM au diagnostic ;
- Le rôle du BE accepté au sein de l'établissement, en tant que responsable du parcours du patient (légitimité du BE assurée par l'utilisation des étiquettes dans les dossiers médicaux), et comme 1^{ère} étape avant une éventuelle décentralisation.

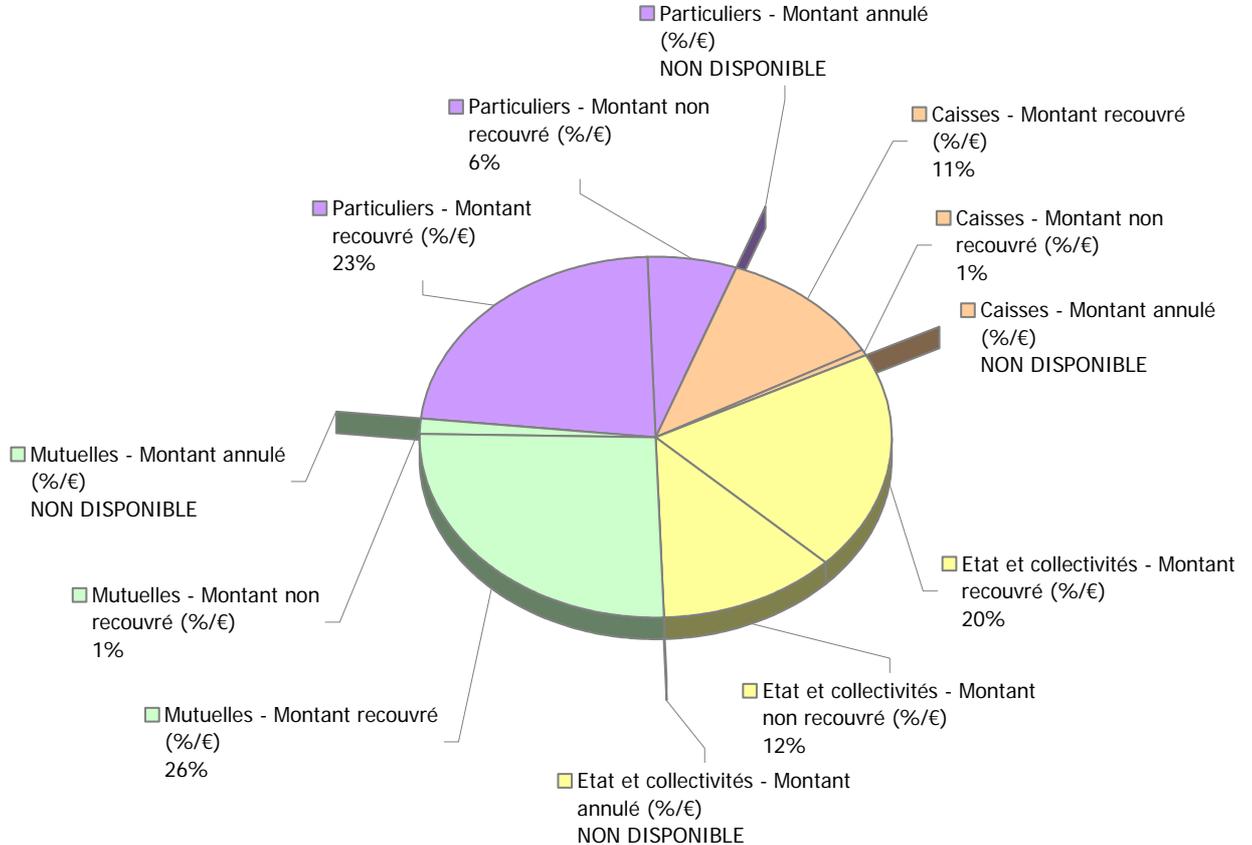
Le principal risque est l'incertitude quant à l'implication des équipes médicales, incertitude que la suite de la mission devra lever.

Il semble que par rapport aux autres établissements observés, les conditions soient favorables. Les actions auront pour but essentiel un ajustement général de l'organisation, donc peu de réformes de fond. Toutefois, si une gestion décentralisée de l'accueil patient était envisagée, elle impliquerait une refonte du parcours du patient dans l'établissement et présenterait alors toutes les caractéristiques d'un projet de changement à l'échelle de l'établissement.

3.8. Etablissement H8

3.8.1. Données de recouvrement

H8 - Exercice 2005 - Etat en mai 2006



Signalons que les montants « annulés » n'ont pu faire l'objet d'une mesure fiable et ne sont donc pas représentés dans le schéma ci avant.

Le taux de recouvrement par débiteur de H8 varie entre 60 et 95%. D'un point de vue général, on constate que pour l'ensemble des débiteurs, le taux de recouvrement s'est dégradé entre 2004 et 2005.

Le taux de non recouvrement relatif à la part de l'Etat et des collectivités locales est élevé par rapport aux autres débiteurs : celui-ci s'est dégradé entre 2004 et 2005. Cette tendance peut s'expliquer par le manque de rapidité d'émission d'une facture ou d'un titre de recouvrement :

- 65% des dossiers d'hospitalisations sont facturés en plus de 30 jours, avec un délai moyen de facturation de 59 jours ;
- 85% des dossiers de consultations sont facturés en plus de 30 jours avec un délai moyen de facturation de 83 jours.

Cette dégradation peut également s'expliquer par des problèmes techniques sur la chaîne de recouvrement : on constate que tous les patients ne passent pas systématiquement par le BE, notamment pour cause d'admission directe dans un service (sur relation chef de service / médecin traitant). Les Urgences sont également responsables d'une part non négligeable de l'ensemble des créances irrécouvrables (66% en termes de titres, 60% en termes de volume financier). Néanmoins, il faut tempérer cette impression car ce service est celui qui génère également le plus grand nombre d'entrées.

3.8.2. Analyse synthétique

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> • Forte réactivité sur le plan médical, les choix d'ouverture de services étant faits en fonction d'objectifs de recettes supplémentaires ; • Implication et mobilisation de la TP, présente sur le site ; • Pratique du prépaiement en consultation externe ; • Relations avec la CPAM normalisées et interpersonnelles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de BE aux urgences ; • Silos d'organisation entre les services, manque général de coordination ; • Horaires de régie difficilement compatibles avec les retours de soins externes en fin de matinée et fin de journée ; • Coordination services médicaux & BE ; • Délais moyens de facturation très longs.
OPPORTUNITES	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> • Nouvel hôpital en cours de construction sur le site, avec une livraison progressive jusqu'en 2009 ; • Couverture SI relativement correcte, avec en point fort la possibilité de coder les actes CCAM dans le dossier médical (douchettes et code-barres sur les thésaurus CCAM). 	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de chômage de la région élevé par rapport à la moyenne nationale ; • Population caractérisée par son instabilité, avec une mobilité forte et des flux touristiques élevés sur une période relativement longue (avril / octobre) ; • Activité touristique forte, volatilité des populations fréquentant l'établissement.

3.8.3. Bilan et enjeux

H8 ne présente pas de handicap majeur pour réussir à améliorer la performance de son activité de recouvrement. La réorganisation qui sera associée à l'entrée dans le nouvel hôpital est une opportunité à saisir pour replacer le management du processus à un niveau de décision conforme à son importance stratégique pour les recettes de l'établissement.

Les principaux atouts identifiés sont :

- L'implication du management de la DAF dans la démarche d'EPRD et l'originalité dans la sélection des activités à développer ;
- La présence de la TP dans les murs ainsi qu'un TP impliqué et volontaire ;
- La construction du nouvel hôpital, projet qui stimulera une évolution de l'organisation.

Le principal risque est l'incertitude quant à l'implication des équipes de soins (médicales et non médicales) que la suite de la mission devra lever. L'implication des directions de pôles et des DIM dans le projet sera à définir car c'est un point clé de l'amélioration d'ensemble.

4. Conclusion intermédiaire

A l'issue de sa phase de diagnostic de plus de 4 mois, la mission menée conjointement par les 2 cabinets de conseil au sein des 8 établissements partenaires a été marquée par quelques difficultés, prévisibles au regard du caractère extrêmement récent de la problématique soulevée. En outre, cette dernière a également permis d'identifier un certain nombre de points positifs, qui rendent optimiste quant à la suite du déroulement du chantier, à condition que les actions qui seront définies soient en cohérence avec le diagnostic établi.

Un objectif théorique, des difficultés pratiques

Les organisations, extrêmement différentes d'un établissement à l'autre, ont été le facteur limitant de la démarche et ont conduit les consultants à adapter leurs mesures et observations aux possibilités qui leur étaient offertes. Citons principalement :

- La faible cohésion générale de l'ensemble des acteurs, conséquence du désintérêt pour cette activité pendant plusieurs décennies, induit par le mécanisme de la dotation globale ;
- Les liaisons et degrés de collaboration variables avec les trésoreries ;
- L'utilisation et les performances plus ou moins limitées des systèmes d'information en place ;
- Etc.

Ainsi, la formulation d'un diagnostic en partie par la méthode de benchmarking, objectifs affichés et recherchés par la MeaH, n'a pu être que partiellement réalisée, faute de mesures fiables et homogènes du panel :

- Benchmarking restreint d'indicateurs de performance sur les établissements du panel ayant fait l'objet d'une mesure homogène ;
- Comparaison d'une année sur l'autre (exercice 2005 au mois μ de 2006 / exercice 2006 au mois μ de 2007) d'un certain nombre d'indicateurs pour chacun des établissements, qui pourra être réalisée en fin de chantier.

Un diagnostic partagé

Dès lors, appréhendée à chaque étape de son processus, l'activité de recouvrement a été caractérisée de manière qualitative par un certain nombre d'observations, de manière très informelle (« oui »/« non », parfois « partiellement »). C'est ainsi que l'on découvre (sans surprise ?) que sur l'ensemble du panel, pour ne prendre que quelques exemples :

- Aucune vérification des informations recueillies n'est effectuée auprès du patient avant sa sortie définitive ;
- Aucun service d'Urgences ne met à profit le temps d'attente du patient pour recueillir des informations le concernant ;
- Aucun contrôle de cohérence entre le dossier établi par le bureau des entrées et celui du service de soins n'est effectué à aucun moment ;
- Etc.

A l'issue des 4 mois qu'a duré la phase de diagnostic, l'ensemble des observations réalisées a permis d'identifier 5 grands axes d'amélioration, qui serviront de socle commun aux 8 établissements pour définir plus précisément les actions qu'ils auront à mettre en œuvre :

- Axe 1 : le pilotage ;
- Axe 2 : les ressources humaines ;
- Axe 3 : l'organisation ;
- Axe 4 : la communication ;
- Axe 5 : les relations avec les débiteurs institutionnels.

Etayés par des objectifs stratégiques et opérationnels associés, ces 5 axes devront être déclinés par chacun des établissements en plans d'actions concrets et réalistes.

En perspective : la phase 2 d'élaboration des plans d'actions

Portées par les équipes projets locales, soutenues par l'appui méthodologique et opérationnel des consultants, confortées par l'analyse commune et comparée du panel d'établissements en réunions nationales à la MeaH, les actions qui seront mises en œuvre devront, afin de garantir leur succès, être élaborées dans un souci de :

- Cohérence avec le diagnostic relaté par les monographies de phase 1 : au-delà des préjugés et idées préconçues, ancrés dans les esprits, les actions devront se concentrer sur les leviers d'amélioration identifiés par l'étude ;
- Cohérence avec la stratégie d'établissement : loin d'être une fin en soi, la mission MeaH doit s'inscrire pleinement dans la démarche stratégique globale de la structure, que ce soit en termes d'orientation, de priorités et de ressources ;
- Réalisme et faisabilité : sans aller vers des actions trop larges et ambitieuses, vouées à l'échec, les équipes devront privilégier des actions modestes mais suscitant adhésion et volonté forte de mise en œuvre ;
- Evaluation et quantification d'indicateurs associés : aussi délicat que cela puisse paraître pour certains types d'actions, les acteurs locaux devront s'attacher à définir des indicateurs qui leur permettront d'évaluer les améliorations et progrès réalisés dans le cadre de chacune des actions.

En outre, notons que la MeaH sera éventuellement amenée à arbitrer un certain nombre de plans d'actions, afin d'assurer une cohérence globale sur l'ensemble du panel mais également au regard des financements disponibles pour l'appui conseil.

Aussi, en novembre 2006, la mission MeaH entre dans sa 2^{ème} phase dite d'élaboration des plans d'actions : objectif de démarrage des actions en phase 3 dès janvier 2007.