



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 4 – Bilan & résultats

Janvier 2008

Ce document comporte	32 pages
Contacts	Pierre-Etienne HAAS Dr Sébastien WOYNAR pierre-etienne.haas@fr.oleane.com sebastien.woynar@fr.oleane.com
Résumé La mission Les dysfonctionnements au niveau de la chaîne de facturation / 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. Le phase 4 Les équipes projets des 8 établissements partenaires, soutenues par l'appui méthodologique des consultants et confortées par l'analyse comparée du panel d'établissements en réunions nationales à la MeaH, ont bâti des plans d'actions jalonnés. Déclinés sur 5 grands axes d'amélioration, la mise en œuvre de ces plans d'actions est relatée dans un précédent rapport de phase 3. Le présent rapport de phase 4 présente quant à lui les résultats et succès, tant qualitatifs que chiffrés, mais également les difficultés qu'ont pu rencontrer les équipes au cours de la mission. Ce dernier explicite également tant les grands enseignements pouvant être tirés de ces 18 mois de travaux, que les perspectives à venir concernant la thématique facturation / recouvrement.	
Mots-clés	Facturation, recouvrement, produits hospitaliers, créances, performance, gestion hospitalière

SOMMAIRE

1. Avant-propos / rappel des phases 1, 2 & 3	5
1.1. Démarche MeaH.....	5
1.2. Diagnostic.....	5
1.3. Elaboration et réalisation des plans d'actions	7
2. Actions et résultats.....	8
2.1. Etablissement H1.....	9
2.1.1. Actions phares	9
2.1.2. Comparatif avant / après.....	9
2.1.3. Courbes de revues de dossiers	10
2.1.4. Perspectives	10
2.2. Etablissement H2.....	10
2.2.1. Actions phares	11
2.2.2. Comparatif avant / après.....	11
2.2.3. Courbes de revues de dossiers	11
2.2.4. Perspectives	12
2.3. Etablissement H3.....	12
2.3.1. Actions phares	12
2.3.2. Perspectives	12
2.4. Etablissement H4.....	13
2.4.1. Actions phares	13
2.4.2. Comparatif avant / après.....	13
2.4.3. Perspectives	14
2.5. Etablissement H5.....	14
2.5.1. Actions phares	14
2.5.2. Comparatif avant / après.....	15
2.5.3. Courbes de revues de dossiers	15
2.5.4. Perspectives	16
2.6. Etablissement H6.....	16
2.6.1. Actions phares	16
2.6.2. Comparatif avant / après.....	17
2.6.3. Courbes de revues de dossiers	17
2.6.4. Perspectives	17
2.7. Etablissement H7.....	17
2.7.1. Actions phares	18
2.7.2. Comparatif avant / après.....	18
2.7.3. Courbes de revues de dossiers	19
2.7.4. Perspectives	20
2.8. Etablissement H8.....	20
2.8.1. Actions phares	21
2.8.2. Comparatif avant / après.....	21
2.8.3. Perspectives	21
3. Grands enseignements	22
3.1. Communiquer <i>pour convaincre</i>	22
3.1.1. Les professionnels administratifs : à valoriser.....	22
3.1.2. Les professionnels soignants et médicaux : à responsabiliser.....	23
3.1.3. Les patients : à informer	23
3.2. Décloisonner <i>pour rapprocher</i>	23
3.2.1. Les réunions pluridisciplinaires	24
3.2.2. Le mixage des accueils des hospitalisations et des consultations externes	24
3.2.3. La polyvalence des agents administratifs et des secrétaires médicales	24
3.2.4. Le développement des régies.....	24
3.3. Piloter <i>pour maîtriser</i>	25
3.3.1. La création d'un management « transversal »	25
3.3.2. La définition et le suivi d'indicateurs.....	25
4. Evaluation de la démarche.....	27
4.1. Bilan méthodologique	27
4.2. Analyse de la valeur	28
5. Conclusion	30
5.1. Synthèse des travaux	30
5.2. Productions du chantier	31
5.3. Prochaine étape : le déploiement	32

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
• CIV	Cellule d'Identito-Vigilance
• 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
• IPP	Invalidité Permanente Partielle
• MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
• NGAP	Nomenclature Générale des Actes Professionnels
• NOEMIE	Norme Ouverte d'Échange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs
• NPAI	N'habite Plus À l'Adresse Indiquée
• ODD	Ouverture De Droits
• OTD	Opposition à Tiers Détenteurs
• 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	Tarification À l'Activité
• TG	Trésorerie Générale
• TIP	Titre Interbancaire de Paiement
• TP	Trésorerie Principale
• TUP	Titre Universel de Paiement
• UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

1. Avant-propos / rappel des phases 1, 2 & 3

1.1. Démarche MeaH

Le présent document constitue le rapport de phase 4 du chantier pilote « organisation du recouvrement des produits hospitaliers dans les établissements publics et privés ». Afin d'en appréhender le contenu dans les meilleures conditions, le lecteur est invité à prendre au préalable connaissance des rapports de phase 1, de phase 2 et de phase 3, disponibles en téléchargement libre sur le portail de la MeaH (www.meah.sante.gouv.fr).

Synopsis

Au regard des enjeux liés à la nouvelle donne imposée par la T2A, la MeaH lance un chantier exploratoire avec 8 établissements de type public, selon le calendrier d'intervention suivant :

- Phase 1 : réalisation du diagnostic organisationnel ;
- Phase 2 : élaboration des plans d'actions ;
- Phase 3 : mise en œuvre des plans d'actions ;
- Phase 4 : évaluation et capitalisation.

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

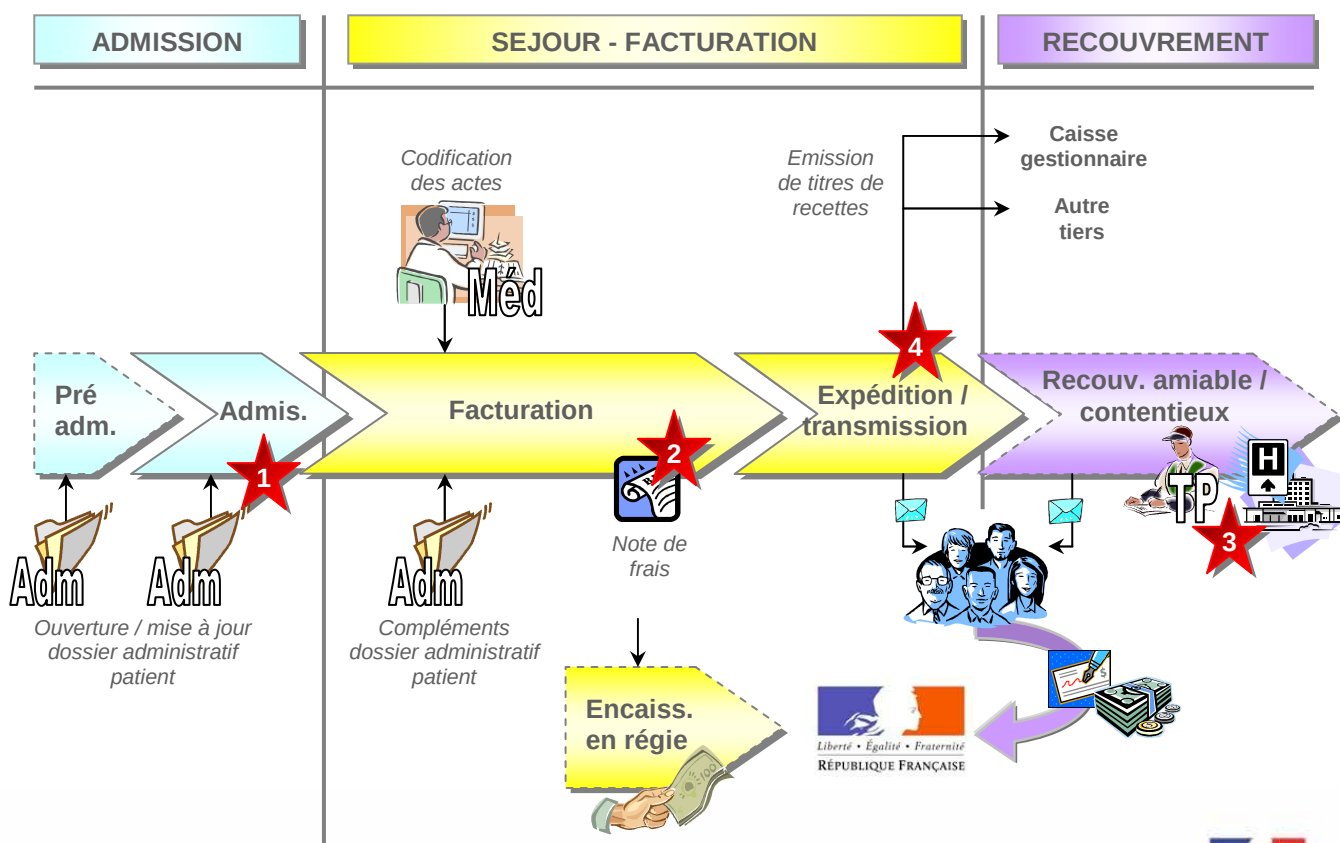
- **Atos Consulting** (chef de projet Madame Joëlle BOUET) ;
- **CNEH** (chef de projet Monsieur François MADELMONT).



Enfin, afin de mener à bien les travaux au sein des établissements, il a été demandé à chacun de constituer une équipe projet, pluridisciplinaire.

1.2. Diagnostic

Analyse du processus



Un certain nombre de points critiques peut être relevé sur le processus, 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 ;



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



L'efficacité du recouvrement proprement dit, assumé par un ou plusieurs régisseurs de recettes et par le Trésor Public (comptable de l'établissement public de santé) ;



La fiabilité des échanges avec les tiers, et notamment l'Assurance Maladie Obligatoire.

Données comparées

L'analyse des données de recouvrement peut être synthétisée au sein du tableau récapitulatif ci-dessous, de manière très qualitative :

	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	=		-		+	+		-

Audits personnalisés

Enfin, une analyse approfondie des organisations de chacun des établissements (caractéristiques, point forts, points faibles) ainsi que les conditions d'intervention (risques, opportunités) a été réalisée. Ces études se sont soldées par des monographies remises à chacun des établissements en fin de phase 1.

1.3. Elaboration et réalisation des plans d'actions

Portés par les équipes projets locales, soutenues par l'appui méthodologique et opérationnel des consultants, des plans d'actions ont été mis en œuvre au sein des établissements. Le détail en est présenté ci-dessous :

Légende	Bilan de fin de phase 3							
 Aucune action	 Actions non achevées							
 1 ou quelques actions	 Actions partiellement achevées							
 Priorité de l'établissement	 Actions pleinement achevées							
	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
Axe 1 / pilotage :								
• Tableaux de bord								
• Coordination interservices								
• Staffs								
Axe 2 / ressources humaines :								
• Saisie des actes								
• Postes et compétences								
Axe 3 / organisation :								
• Encaissement en régie								
• Sollicitation des services sociaux								
• Contrôle des données administratives								
• Non facturés, rejets								
• Flux de patients								
• Flux d'information								
• Moyens matériels								
Axe 4 / communication :								
• Sensibilisation de l'ensemble du personnel								
• Sensibilisation des patients								
Axe 5 / relations avec les débiteurs institutionnels :								
• Caisses d'assurance maladie								
• Complémentaires								

2. Actions et résultats

Fin 2007, à l'heure de la clôture du chantier MeaH, chacun des 8 établissements dresse un bilan de l'action menée tout au long du chantier. Ce bilan s'articule autour des points suivants :

- Les actions phares : sans revenir sur l'ensemble des actions mises en œuvre au cours de l'année 2007, présenté de manière détaillée dans un précédent rapport de phase 3, quelques actions ont eu un impact fort et ont été jugées comme « phares » par les responsables de projets. Celles-ci, au nombre de 3 ou 4, sont explicitées (récapitulatif ci-dessous) ;
- Le comparatif avant / après : chaque établissement a évalué sa progression sur les quelques indicateurs lui paraissant pertinents au regard de ses problématiques locales. Cet exercice, essentiel, permet aux équipes d'objectiver les résultats tangibles obtenus, mais également d'appréhender le chemin restant à parcourir et de se fixer de nouveaux objectifs ;
- Les courbes de revues de dossiers : une méthode d'échantillonnage et de revue de dossiers, présentée dans le rapport de phase 2, a été proposée aux établissements souhaitant mesurer, même de manière dégradée, les délais de réalisation des différentes étapes de leur processus de facturation. Les résultats de ce suivi en routine, lorsqu'il a été mis en œuvre, sont présentés et commentés ;
- Les perspectives : au-delà du cadre contraint du planning MeaH, un certain nombre d'actions restent à poursuivre au sein de chacune des structures, tandis que d'autres ont peut-être émergé au cours de la phase 3. Cette feuille de route, qui devra s'inscrire dans une démarche autonome des établissements, est explicitée.

2.1. Etablissement H1

Identifié à l'issue de la phase de diagnostic comme l'un des établissements les plus performants du panel MeaH, l'établissement H1 a centré ses travaux sur des actions ciblées. Ainsi, une démarche structurée et méthodique a permis l'apurement d'un certain nombre de créances en suspens. Par ailleurs, des actions plus particulières sur la chaîne de facturation en elle-même ont permis d'améliorer sensiblement les délais à tous les stades du processus.

2.1.1. Actions phares

Action 1 : relancer les RAR mutuelles et assurances arrêtés au 31/12/2006

- Consolidation de la liste des mutuelles et assurances ayant une créance supérieure à 2 000 euros au 31/12/2006 ;
- Envoi d'un courrier commun et cosigné par la Direction des finances et celle des usagers le 15/05/2007 (l'écrit veille à ce que l'ordonnateur ne se substitue pas au comptable) ;
- Suivi régulier des encaissements (79,4% réalisés au 15/09/2007, + de 100 000 € cf. comparatif avant/après).

Action 2 : relance des débiteurs devant au moins 3 titres sur les exercices 2004/2005 (après épuisement de la procédure de recouvrement)

- Consolidation de la liste des débiteurs réalisée par la Trésorerie en novembre 2006 ;
- Envoi d'un courrier commun et cosigné par la Direction des finances et celle des usagers aux 340 débiteurs (l'écrit veille à ce que l'ordonnateur ne se substitue pas au comptable) ;
- Suivi régulier des encaissements (49% des sommes impayées recouvrées en juin 2007, + de 80 000 € cf. comparatif avant/après).

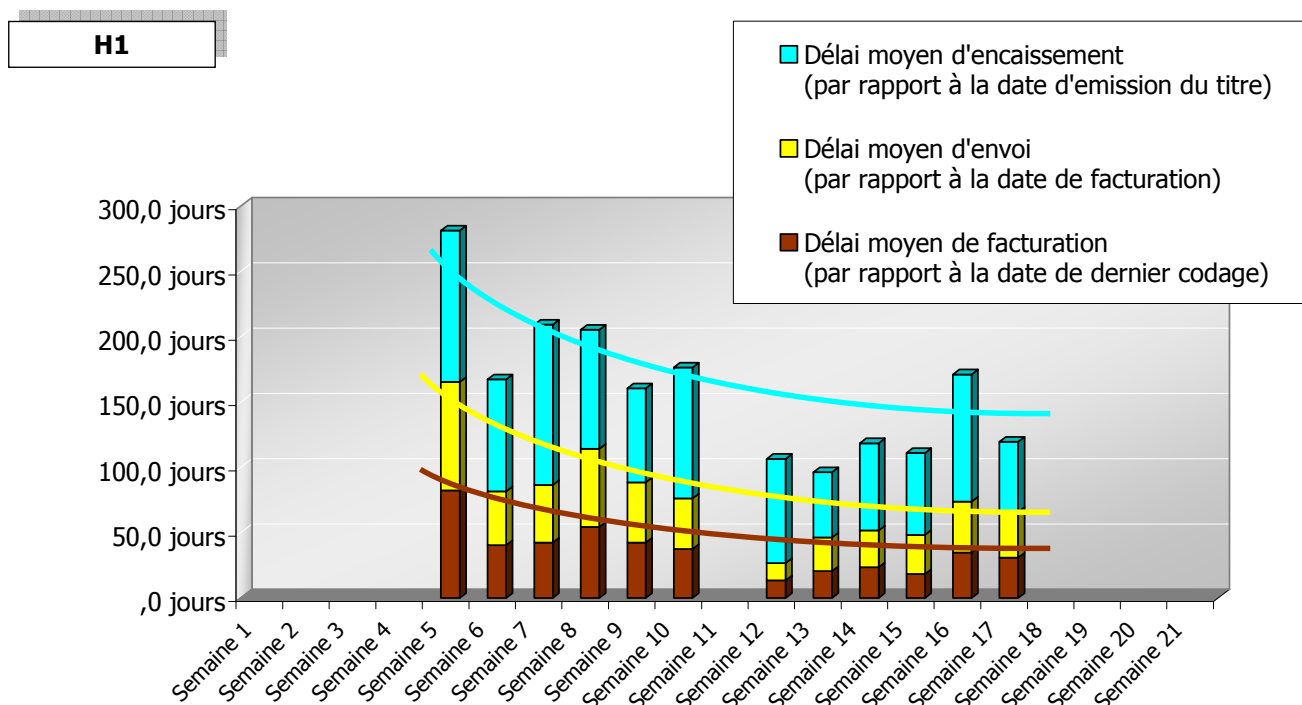
Action 3 : écriture du script du rendez-vous en consultation externe

- Constitution et animation d'un groupe de travail réunissant secrétariats médicaux et caisse des soins externes ;
- Elaboration d'une fiche réflexe pour homogénéiser les données administratives saisies par les secrétariats médicaux ;
- Définition de 3 étapes d'accueil (accueil téléphonique, accueil physique, après consultation) et intégration homogène au module informatique.

2.1.2. Comparatif avant / après

	Taux de rejet B2	Apurement	
		RAR mutuelles et créances > 2 000 € arrêtés au 31/12/2006	RAR patients retardataires et récidivistes arrêtés au 21/12/2005
H1			
• Janvier 2007	14,5 %	139 225 €	140 424 €
• Novembre 2007	9,6 %	28 657 €	57 896 €

2.1.3. Courbes de revues de dossiers



2.1.4. Perspectives

Actions à poursuivre

- Protocoliser de manière formelle les interventions de la CIV afin d'homogénéiser le recueil ;
- Redéfinir les modalités et évaluer le recueil les données médico-administratives dans le nouveau service des urgences ;
- Poursuivre le travail sur la signalétique et l'affichage destiné aux patients à tous les points d'entrée.

Nouvelles actions à lancer

- Démarcher les mutuelles conventionnées de proximité avec le trésorier après élaboration de fiches sur les motifs de contentieux, délais de paiement et accès à l'information du comptable ;
- Rafraîchir les profils de postes et le rôle de chacun dans la chaîne de facturation (limiter les redondances des contrôles d'information).

2.2. Etablissement H2

Etablissement qui affichait en début de chantier les taux de recouvrement parmi les plus faibles du panel MeaH, H2 a mené une action ambitieuse et de fond qui a permis de véritables améliorations significatives des taux, et ce quel que soit le type de débiteur concerné. En outre, la refonte d'un certain nombre de procédures concernant l'accueil du patient a permis de réduire les délais d'émission de factures de manière spectaculaire. Fervente partisane de la contractualisation, verticale mais également inter pôles, la direction financière souhaite à présent poursuivre l'effort en définissant de manière formelle et en fixant aux pôles des objectifs chiffrés relatifs à la qualité de facturation.

2.2.1. Actions phares

Action 1 : mise en place de tableaux de suivi de la facturation

- Suivi en routine des dossiers de consultation (CE, urgences) ;
- Mise en place d'un planning de facturation ;
- Suivi trimestriel des doublons.

Action 2 : mise en place d'outils de gestion des admissions

- Définition d'un protocole de gestion des admissions ;
- Rédaction d'un script d'interview du patient ;
- Élaboration d'un plan de formation des agents administratifs.

Action 3 : organisation des pré-admissions

- Rédaction d'un protocole pré-admissions / services de soins.

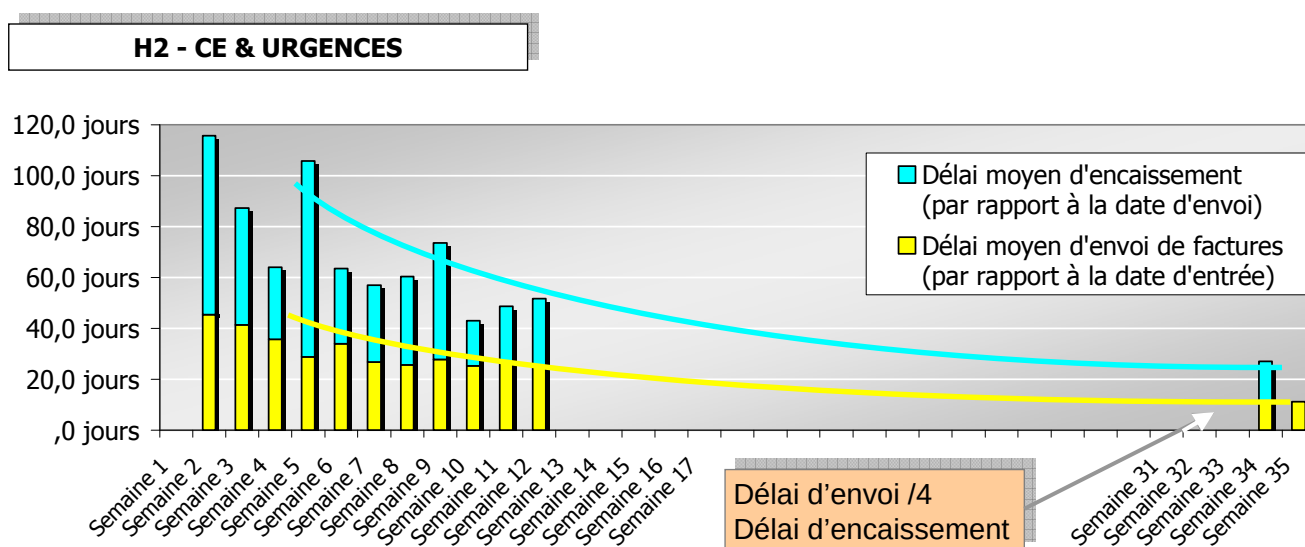
Action 4 : amélioration de la communication interne et externe

- Tenue de réunions périodiques au sein des services d'accueil ;
- Élaboration d'outils de communication vers les patients ;
- Mise en place de réunions de travail avec la TP et la CPAM.

2.2.2. Comparatif avant / après

		Taux brut de recouvrement sur exercice courant				Délais moyens entre sortie et facturation
		Patients	Caisses	Mutuelles	Département	
H2						
	• Octobre 2006	41,5 %	79,1 %	62,0 %	81,1 %	60 jours
	• Octobre 2007	50,2 %	83,2 %	68,9 %	85,1 %	10 jours

2.2.3. Courbes de revues de dossiers



Souhaitant réduire des délais d'envoi de factures trop longs, H2 a mis en place un certain nombre d'actions simples : organisation de staffs réguliers avec les agents du bureau des entrées, formations à l'outil informatique, rédaction d'un script commun de questionnement du patient, rapprochements avec l'assurance maladie, etc. La mesure en routine des délais moyens par tirage aléatoire de dossiers a permis d'objectiver une forte baisse des délais d'envoi, mais également, résultat collatéral non négligeable, une réduction non négligeable des délais d'encaissement.

2.2.4. Perspectives

Actions à poursuivre

- Pilotage : mise en place d'indicateurs de performance de l'accueil, réunions de travail avec le service social ;
- Organisation : amélioration de la signalétique, réunions régulières avec les éditeurs informatiques ;
- Ressources humaines : poursuite de la sensibilisation du corps médical au codage de l'activité médicale ;
- Relations avec les débiteurs institutionnels : relecture des conventions avec les mutuelles.

Nouvelles actions à lancer

- Poursuite de la contractualisation des relations entre les pôles cliniques (1^{er} contrat en décembre 2007 entre le pôle « Médecine » et les admissions).

2.3. Etablissement H3

Au stade du bilan de l'ensemble des travaux accomplis, il apparaît clairement qu'un certain nombre de difficultés sont à l'origine des résultats en demi-teinte obtenus par H3 : nombreux mouvements « institutionnels » internes à l'établissement, chefferie de projet MeaH mouvante, et finalement arrivée et stabilisation d'un chef de projet trop tardivement en fin de chantier pour que la dynamique puisse porter ses fruits au moment du bilan des travaux MeaH. Néanmoins, soulignons qu'aujourd'hui l'ensemble des paramètres semble réuni pour espérer de véritables avancées sur le sujet, hors chantier MeaH, courant 2008.

2.3.1. Actions phares

Action : assainissement de la situation

- Rattrapages des consultations et actes de laboratoire en attente.

2.3.2. Perspectives

Actions à poursuivre

- Mettre en œuvre le plan de formation.

Nouvelles actions à lancer

- Analyse des taux de recouvrement avec la trésorerie et intégration de la trésorerie au sein d'une cellule d'échange interne à l'établissement.

2.4. Etablissement H4

Au cœur d'un bassin de santé réputé comme « délicat », H4 était au moment de son entrée dans le chantier MeaH dans une situation notoirement difficile : agents démotivées, peu enclins au changement, aucun pilotage d'activité, restes à recouvrer inconnus, mais vraisemblablement conséquents, etc. De surcroît, la chefferie de projet ne s'est stabilisée qu'en milieu de chantier, avec la prise de fonction d'un nouveau directeur adjoint en charge de la problématique de la facturation. A l'heure de la clôture du chantier, il semble que cette prise de fonction fut une véritable opportunité pour entamer l'apurement de la situation et remettre à plat un certain nombre de pratiques. Ainsi, les succès obtenus prennent une mesure toute particulière et augurent à terme d'un véritable assainissement de la situation de cet établissement.

2.4.1. Actions phares

Action 1 : coopération avec la CPAM / analyse et traitement des rejets B2

- Mise en place de réunions régulières (tous les 2 mois) relatives à l'analyse des rejets ;
- Désignation d'un référént unique CPAM pour les rejets ;
- Apurement des rejets 2005 et 2006 pour les hospitalisations ;
- Suivi et traitement au fil de l'eau des rejets.

Action 2 : partenariat avec la trésorerie

- Réunions régulières (1 fois par mois) consacrées aux recettes ;
- Projet de dématérialisation des titres ;
- Traitement au fil de l'eau des annulations ;
- Suivi des rejets trésorerie et recadrage en conséquence des pratiques (ex : prénom, patient majeur) ;
- Travail sur les NPAI (mise à jour des adresses, révision des seuils de poursuite).

Action 3 : communication sur la problématique facturation / recouvrement

- Campagne d'affichage auprès des patients concernant les justificatifs, les frais à charge, les tarifs, les possibilités de prise en charge, ainsi que la nécessité de payer pour éviter les poursuites ;
- Mise en place de signalétiques relatives aux lieux et horaires d'ouvertures des caisses ;
- Communication sur le nouveau circuit du patient (passages en caisse, révisions des cartons de rendez-vous) ;
- Sensibilisation du personnel du BE (notes, courriers) et formation aux évolutions réglementaires et techniques.

2.4.2. Comparatif avant / après

	Sur exercice courant				
	Factures télétrans.	Factures pour les externes (initial / contentieux / régie)	Rejets B2	Produits sur exercices antérieurs	Dossiers en anomalies aux consultations externes
H4					
• 2006	21 383 factures	74 127 titres	Entre 10 et 20 %	4 637 754 €	2 000 (novembre 2006)
• Novembre 2007	50 251 factures	168 058 titres	8%	7 107 799 € (inclus rattrapage des non facturés 2006 & contentieux)	591 (octobre 2007)

2.4.3. Perspectives

Actions à poursuivre

- Mise en place de la régie au service des urgences ;
- Montée en compétence des agents administratifs au service des urgences ;
- Mesure en routine des indicateurs des tableaux de bord.

Nouvelles actions à lancer

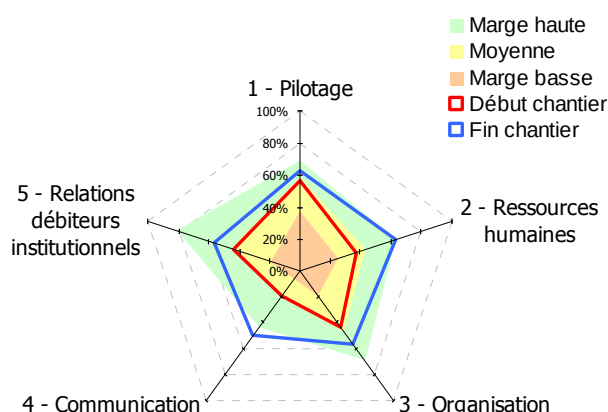
- Installer une PASS dédiée aux ouvertures de droits ;
- Revoir l'organisation du travail pour les externes afin d'éviter une nouvelle accumulation de retards de dans la facturation.

2.5. Etablissement H5

Une réévaluation de la maturité de l'organisation de la chaîne de facturation / recouvrement, en fin de chantier, montre que H5 a progressé de manière significative sur les axes Communication et Ressources Humaines qui constituent avec le Pilotage, les 3 thèmes prioritaires sur lesquels cet établissement s'était centré.

Ainsi, en dépit de quelques difficultés, qui ont fait reposer la démarche MeaH en grande partie sur les épaule du seul chef de projet, des avancées significatives ont pu voir le jour sur H5 caractérisées par des résultats chiffrés probants. Dès lors, à ce stade des travaux, et plus encore pour l'avenir proche, l'ensemble des efforts va se concentrer sur le déménagement vers un nouvel hôpital à horizon mai 2008. En effet, cet événement majeur représente une véritable opportunité de redéfinir avec pertinence les emplacements des régies et bureaux des entrées en cohérence avec la stratégie d'établissement, mais également pour remettre à plat un certain nombre de procédures internes.

Très investi dans le chantier, cet établissement s'est révélé moteur tant par les actions réalisées en interne que par la participation à divers ateliers de travail, y compris dans le cadre de travaux d'autres institutions que la MeaH.



2.5.1. Actions phares

Action 1 : pilotage de la chaîne de facturation

- Définition d'indicateurs partagés avec la TP, mesurés et analysés régulièrement.

Action 2 : communication

- Communication sur les enjeux du recouvrement vers tous les agents et les médecins : présentations en CME, conseil exécutif, atelier de pôle, publication d'articles dans le journal interne ;
- Campagne d'affichage à destination des patients (en plusieurs langues) sur les documents à fournir lors de l'admission ;
- Formation des médecins à la saisie des actes et rédaction d'une brochure « le PMSI en poche ».

Action 3 : décentralisation et polyvalence

- Accueils de pôles : stimulation de la polyvalence entre secrétaires médicales et agents administratifs, mixage des consultations externes et hospitalisations ;
- Régies : élargissement du périmètre et mise en place d'équipements pour favoriser l'encaissement immédiat ;

- Points de contrôles / garde-fous : définition des informations nécessaires, de leurs modalités de vérification et de leur présence avant déclenchement de la facturation pour les hospitalisations.

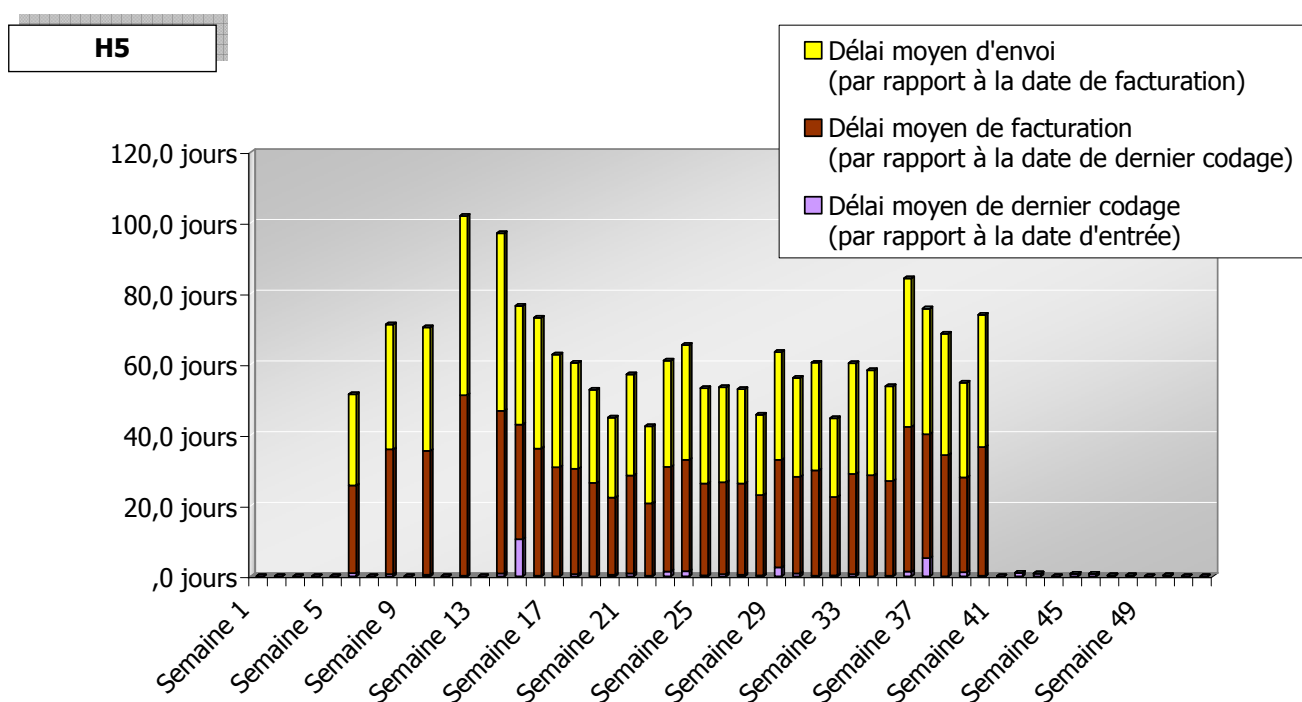
Action 4 : relations avec les partenaires institutionnels

- Trésorerie : définition d'une convention de partenariat et d'indicateurs propres « TP » en place, information des agents régisseurs par le Trésorier lui-même ;
- CPAM : rencontre des référents opérationnels, convention de partenariat prévue au 1^{er} trimestre 2008, organisation de réunions d'informations par la CPAM auprès de tous les agents chargés de la gestion administrative à l'hôpital ;
- Mutuelles : contact pris avec les 5 mutuelles les plus représentatives. Révision des conventions au 1^{er} trimestre 2008.

2.5.2. Comparatif avant / après

	Encaissements en régies	Délais de facturation des consultations externes	Délais de facturation des hospitalisations
H5			
• Moy. 2005-2006	2 000 000 €	30 jours	90 jours
• Projection 2007	2 300 000 €	15 jours	30 jours

2.5.3. Courbes de revues de dossiers



Les délais de facturation et d'envoi, meilleurs en 2007 qu'en 2005-2006 (cf. tableau ci avant), semblent stabilisés. Néanmoins, si d'autres priorités en termes de progression sont aujourd'hui à l'ordre du jour, cette démarche de mesure en routine poursuivie par H5 pourra permettre de contrôler et mieux maîtriser les impacts du déménagement de mai prochain sur la facturation.

2.5.4. Perspectives

Actions à poursuivre

- Revue de dossiers au service des urgences ;
- Montée en compétence et polyvalence des agents d'accueil de pôle ;
- Stimulations de la complémentarité DIM / BE et mise en place des contrôles et garde-fous avant facturation pour les externes ;
- Renforcement des liens avec les débiteurs institutionnels (AMO et AMC) et signature de la convention de partenariat avec la CPAM ;
- Poursuite de la dématérialisation et des flux B2 ;
- Sensibilisation des médecins au codage.

Nouvelles actions à lancer

- Exploitation des indicateurs auprès des accueils de pôles en vue d'une contractualisation ;
- Définition des actes constitutifs pour les régies du nouvel hôpital ;
- Rédaction de fiches « réflexes » pour les agents, notamment sur la base du guide d'admission qui sera diffusé par la MeaH en février 2008.

2.6. Etablissement H6

L'établissement H6 est caractérisé par une implication directe et forte du DAF, qui lui-même entretient des relations étroites avec la TP. Ainsi, le plan d'actions, ambitieux mais sous la pression d'un fort leadership, a été décliné entre différents groupes de travail, eux-mêmes devant rendre compte régulièrement de leurs avancés.

Le principal objectif fixé en début de chantier, atteint, était la mise en place de façon pérenne un pilotage global de la chaîne de facturation / recouvrement. Il est également à signaler que la stratégie initiale de cet établissement, qui consistait à regrouper les fonctions d'accueil administratif géographiquement, a été totalement revue dans le cadre du chantier : les nombreux échanges inter établissements et le diagnostic établi localement ont fait pencher les responsables de H6 vers une politique de rapprochement de l'administratif au plus près du soin, tel que cela peut être observé dans de nombreux établissements.

2.6.1. Actions phares

Action 1 : pérennisation de la fonction pilotage

- Organisation de réunions mensuelles entre la direction financière, la TP ainsi que des cadres des bureaux des entrées avec revue et analyse des indicateurs de facturation ;
- Mise en place de rencontres régulières entre la direction générale, la direction financière, le contrôle de gestion, la TP et le DIM.

Action 2 : renforcement des compétences aux guichets d'accueil

- Formation des agents administratifs à l'ensemble des modules applicatifs « métiers » relatifs à la gestion des malades.

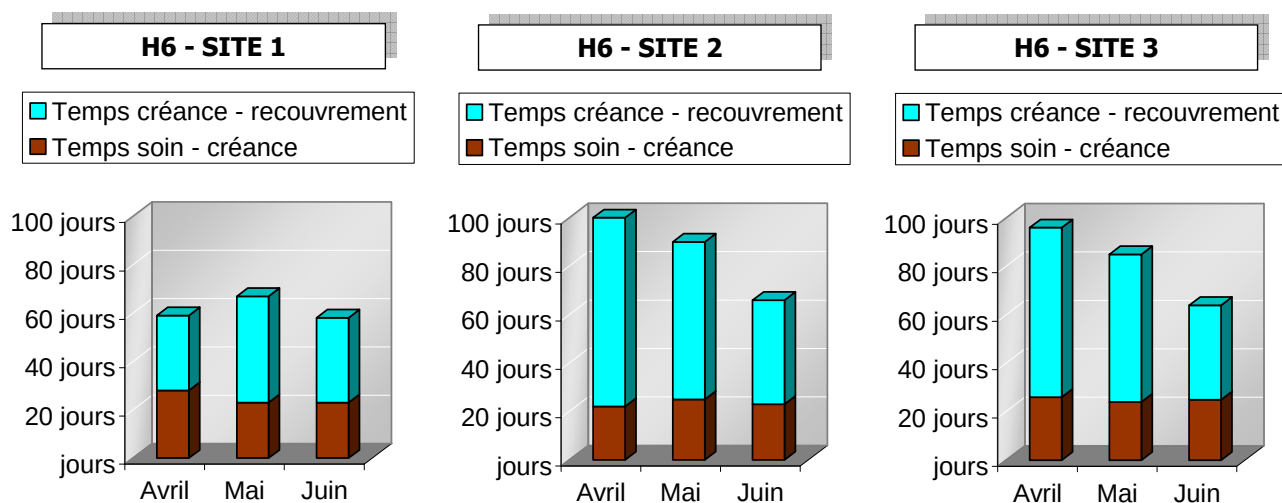
Action 3 : mise en place de procédures communes et homogènes

- Définition et mise en œuvre de procédures communes et homogènes relatives à l'interrogation du patient, au traitement des doublons d'IPP ainsi qu'à la recherche d'ouverture de droits.

2.6.2. Comparatif avant / après

	Taux de recouvrement sur exercice courant				
	Hospitalisat. consultants	Caisses	Mutuelles	Etat & département	Débiteurs divers
H6					
• 31 octobre 2006	51,9 %	80,1 %	68,0%	58,8 %	65,4 %
• 31 octobre 2007	55,6 %	81,6 %	77,1 %	65,4 %	71,5 %

2.6.3. Courbes de revues de dossiers



2.6.4. Perspectives

Actions à poursuivre

- Communication et formation : même si dès aujourd'hui une première campagne d'affichage a été menée avec succès, les actions de communication et de formation devront être poursuivies et massifiées.

Nouvelles actions à lancer

- Traitement des rejets : l'analyse des rejets et des anomalies, mais également l'organisation du recyclage de ces rejets dans des délais et avec une exhaustivité raisonnables, devront faire l'objet d'une attention particulière ;
- Création d'une « commission d'activité » réunissant direction financière, DSI, DIM chargée de mener une réflexion pérenne sur la qualité des codages et le partage de l'information ;
- Renforcement des relations avec les débiteurs institutionnels, assurance maladie obligatoire et complémentaire.

2.7. Etablissement H7

Extrêmement sensibilisé aux problématiques de la facturation et du recouvrement, bien avant sa volonté de rejoindre le chantier MeaH, cet établissement s'est révélé « moteur » au sein du groupe de travail : volontarisme du chef de projet, ampleur du plan d'actions, ambition des objectifs sont autant de caractéristiques de H7. A l'heure de la clôture du chantier, force est de constater que le bilan de la participation de cet établissement est

plus que satisfaisant : actions bien avancées, terminées pour un grand nombre, mise en place d'outils de manière pérenne, et résultats chiffrés.

Il est à souligner qu'une très large part de ces succès est due aux seules volontés des responsables de projet locaux : peu de délégations de tâches, beaucoup d'engagement, il est indéniable qu'une démarche reposant principalement sur quelques acteurs reste plus fragile car plus « personne dépendante ».

2.7.1. Actions phares

Action 1 : pilotage

- Mise en place de plusieurs indicateurs tout au long de la chaîne de facturation de l'entrée à la sortie du patient, de la facturation au recouvrement proprement dit, suivis en routine de manière pérenne ;
- Implication des secrétariats dans la production des indicateurs (revues de dossiers), communication et analyse régulière des indicateurs.

Action 2 : démarche spécifique aux Urgences

- Redéfinition des procédures administratives à appliquer ainsi que les rôles et responsabilités de chaque acteur ;
- Communication ciblée auprès des différents types de personnels ;
- Réaménagement de l'accueil en cours, et mise en place d'une sous régie en cours.

Action 3 : préparation de la déconcentration du BE

- Décloisonnement des fonctions de secrétaires médicales et d'agent du BE ainsi que recentrage du BE sur des fonctions d'expertise (contentieux, procédures, chaîne de facturation...).

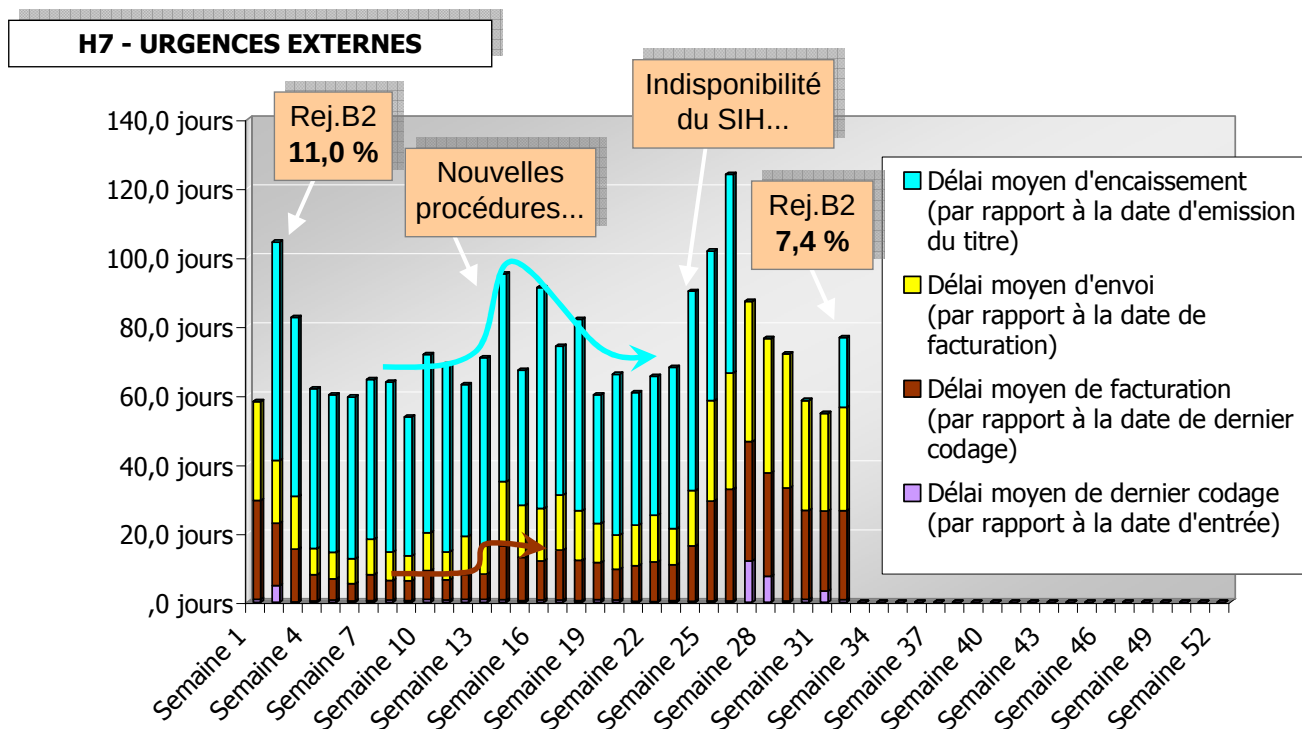
Action 4 : formation des agents

- Mise en place d'une formation de 3 jours pour chacun des agents du BE sur l'ensemble de la réglementation et le suivi de la facturation.

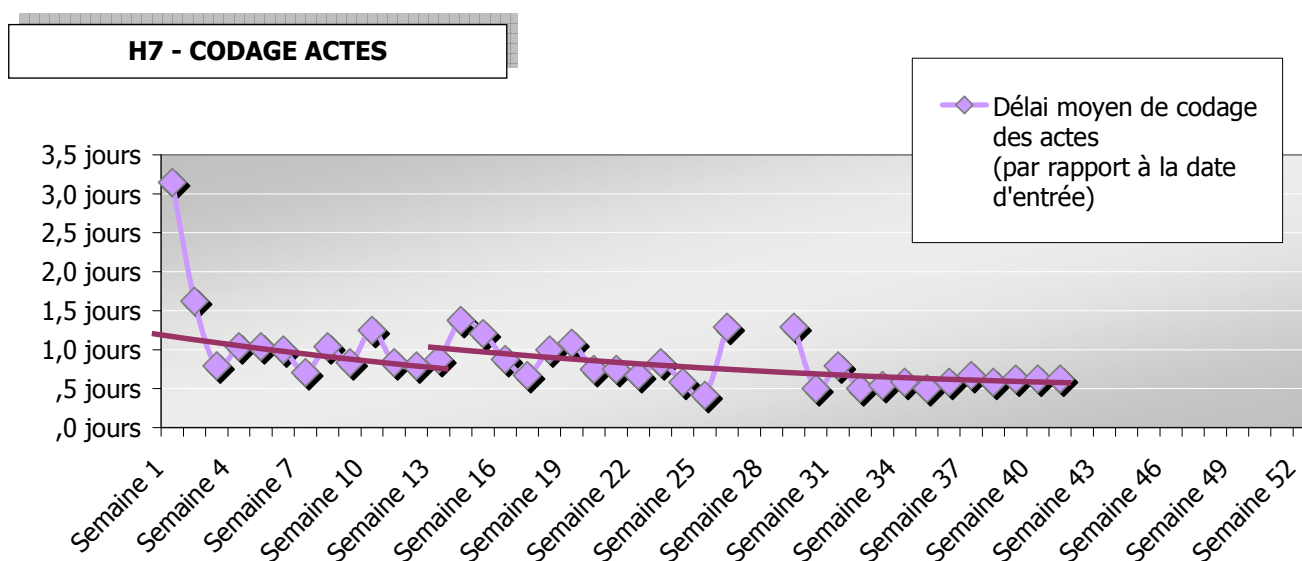
2.7.2. Comparatif avant / après

	Taux de rejet B2	Délais de codage (actes)	Délais de codage (diagnostics)
H7			
• Janvier 2007	11,0 %	26 heures	12 heures
• Novembre 2007	7,4 %	15 heures	7 heures

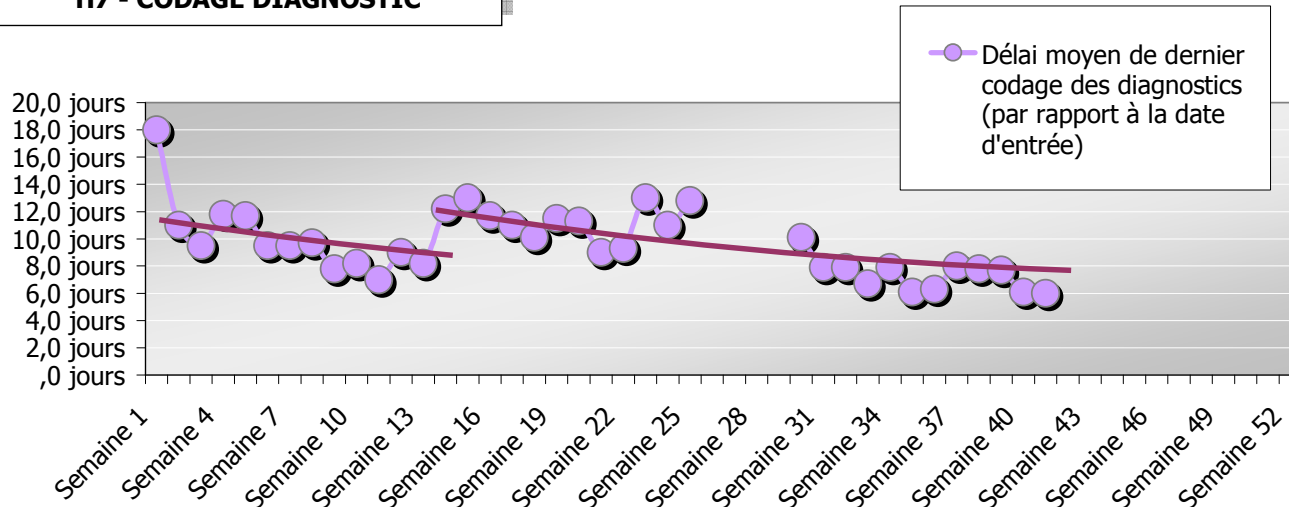
2.7.3. Courbes de revues de dossiers



Jugés satisfaisants, les délais de facturation n'ont pas constitué une véritable préoccupation pour H7, qui a préféré s'améliorer sur d'autres aspects, notamment les taux de rejets B2. Néanmoins, il est apparu essentiel pour cet établissement de continuer quand même à mesurer les délais, afin de contrôler et maîtriser l'impact de nouvelles procédures sur l'ensemble du processus. Ainsi, une batterie de contrôles sur l'exhaustivité du codage médical et sur la qualité des données administratives a été mise en place : logiquement, les délais ont été dégradés le temps que les agents « absorbent » ces nouvelles procédures. Ces dernières ont permis de réduire significativement les taux de rejets B2 (11% en début d'année / 9% en fin de 1er trimestre / 7,4% à fin septembre).



H7 - CODAGE DIAGNOSTIC



Les premières campagnes de communication auprès du personnel médical, mais également l'implication du DIM et l'extension de son périmètre d'intervention et de contrôle sur le suivi des actes (notamment au sujet des consultations externes) portent leurs fruits : cette démarche sera à renforcer et à renouveler.

2.7.4. Perspectives

Actions à poursuivre

- Au-delà du service des urgences, communication sur la problématique de facturation / recouvrement auprès de l'ensemble du personnel de l'établissement ;
- Suivi et exploitation des tableaux de bord.

Nouvelles actions à lancer

- Communication périodique aux responsables de pôles sur les tendances données par les tableaux de bord, dans le cadre d'un projet de contractualisation ;
- Déconcentration du BE à mettre en œuvre.

2.8. Etablissement H8

L'implication du chef de projet et la mobilisation croissante de son équipe (agents des bureaux des entrées des consultations externes cadres supérieurs de santé, contrôle de gestion, etc.) auront permis de donner l'impulsion nécessaire à une véritable dynamique institutionnelle relayée par quelques actions concrètes qui se poursuivront durant toute l'année 2008. Ainsi, plusieurs points augurent les futurs succès de l'établissement :

- Caractère fort et structurant des liens entre la Trésorerie et la direction financière ;
- Intérêt croissant des assistantes sociales et de l'encadrement soignant quant à la problématique de la facturation ;
- Soutien explicite et durable du directeur de l'établissement.

La poursuite des travaux, hors chantier MeaH en 2008, se caractérisera par de véritables opportunités telles que peuvent l'être la refonte des urgences (travaux de réaménagement de l'accueil) ainsi que le projet en cours de construction d'un nouvel établissement.

2.8.1. Actions phares

Action 1 : stimulation de l'encaissement en régies

- Ouverture d'une régie pour les flux ORL / Ophtalmo dès décembre 2006 ;
- Ouverture d'une régie à la Maternité en janvier 2007 ;
- Ouverture d'une régie au sein d'un bâtiment regroupant médecine / stomatologie / odontologie en décembre 2007.

Action 2 : amélioration de la prise d'information lors de l'accueil des patients

- Redéfinition des procédures d'accueil au bureau des entrées des consultations externes et mise en place d'un système de provisions ;
- Accompagnement spécifique des urgences (refonte du dossier d'accueil, remise d'un document au patient dès la sortie des urgences précisant les pièces manquantes) ;
- Renforcement des relations entre personnels administratif, soignant, et du service social.

Action 3 : renforcement des liens avec la Trésorerie

- Redéfinition des pratiques en termes de seuils de poursuites et stimulation de l'OTD ;
- Institutionnalisation de réunions tripartites CPAM / Trésorerie / Hôpital ;
- Élaboration d'une convention Hôpital / Trésorerie.

2.8.2. Comparatif avant / après

	Délai entre sortie et facturation	Encaissement des consultations en régies
H8		
• Novembre 2006	30 jours	624 061 € (5/12/2006)
• Novembre 2007	24 jours	701 792 € (5/12/2007)

2.8.3. Perspectives

Actions à poursuivre

- Ouverture d'une régie et travaux de réorganisation du circuit patient au sein des urgences ;
- Informatisation du dossier des urgences ;
- Mise en œuvre d'une procédure au bureau des entrées des consultations externes visant à conserver systématiquement la carte vitale afin d'inviter les consultants à se représenter ;
- Signature officielle de la convention avec la Trésorerie et mise en place d'un comité de suivi de la convention.

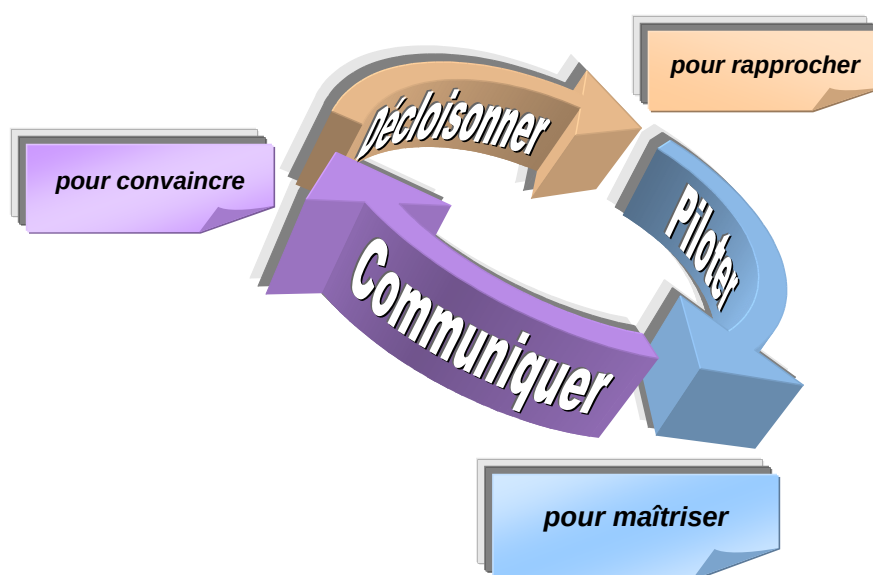
Nouvelles actions à lancer

- Organisation de la polyvalence au bureau des entrées pour permettre l'accueil tant des hospitalisés que des consultants ;
- Campagne de communication en plusieurs langues sur les documents à fournir par le patient pour être correctement pris en charge.

3. Grands enseignements

Le bilan qui peut être fait de l'avancement des plans d'actions confronté aux résultats obtenus par les établissements nous permet d'identifier 3 grands facteurs clés de succès, s'étant révélés essentiels quant à la réussite du projet de réorganisation :

- La communication : quelques fois cantonnée à tort à la marge des plans d'actions, la communication est d'autant plus importante sur les problématiques liées à la facturation que tout changement dans ce domaine se heurte inévitablement à de fortes résistances et idées reçues ;
- Le découisonnement : plus qu'au sein de chaque activité particulière, la chaîne de facturation / recouvrement voit très souvent ses dysfonctionnements prendre naissance aux interfaces entre activités de natures différentes. La simple identification mutuelle des problèmes est en général le premier pas vers la solution ;
- Le pilotage : parce qu'on ne peut améliorer que ce que l'on mesure, la mise en place d'un pilotage éclairé et consensuel, se référant à des indicateurs partagés, est incontournable.



3.1. Communiquer pour convaincre

Caractère récent des réformes quant au financement des hôpitaux, perceptions idéologiques en décalage avec les orientations actuelles, toujours est-il que la problématique de la facturation demeure aujourd'hui polémique auprès d'un grand nombre de concitoyens, qu'ils soient professionnels hospitaliers ou non. Ainsi, les changements et réorganisations imposés par le calendrier contraint des réformes ne peuvent qu'être au mieux mal vécus, au pire dénoncés, s'ils ne sont pas expliqués et compris par chacun. Dans cette optique, 3 grandes catégories de publics cibles peuvent être définies, pour lesquelles il convient de formuler des objectifs clairs de communication.

3.1.1. Les professionnels administratifs : à valoriser

Travaillant directement sur le processus de facturation, un grand nombre d'agents a subi de plein fouet le désintérêt de l'ensemble de l'institution pour cette activité, ne représentant naturellement qu'un enjeu mineur d'un établissement sous dotation globale. Aujourd'hui, montée en puissance de la T2A, mise en œuvre de la facturation au fil de l'eau sont autant de sujets aussi nouveaux que prioritaires, reposant en partie sur ces mêmes individus : le décalage est flagrant et la malaise n'en est que plus palpable.

Ainsi, il est essentiel de ne pas stigmatiser ces agents mais au contraire de leur donner les moyens d'assumer pleinement les responsabilités qui sont aujourd'hui les leurs à l'hôpital :

- Mise à niveau en termes de connaissances réglementaires (H4) ;
- Formations sur l'utilisation de l'outil informatique (H6) ;
- Sollicitations quant à l'amélioration des procédures (H1) ;
- Etc.

3.1.2. Les professionnels soignants et médicaux : à responsabiliser

L'activité première des personnels soignant et médical est centrée autour du soin : l'administratif est bien souvent considéré par ces catégories comme secondaire. Là encore, faire admettre que le bon fonctionnement de la structure au sein de laquelle ils évoluent dépend aussi de leur faculté à valoriser les soins dont ils sont les producteurs n'est pas chose aisée : pourtant, les capacités tant de financement de l'activité courante que d'investissement en sont tributaires, et il en va à terme des conditions de travail des professionnels comme de la qualité du soin délivré au patient. Effets pervers de la dotation globale, mais également avouons-le un certain désintérêt naturel de ces catégories envers les préoccupations administratives font de la communication institutionnelle sur les nouveaux enjeux de la facturation une démarche incontournable, préalable à toute réorganisation d'envergure.

Plus particulièrement, le codage peut être un élément pénalisant ou bloquant dans le processus de facturation : le médecin DIM, relativement récent au sein des hôpitaux, a bien souvent des difficultés à motiver et à contrôler ses pairs. Si certains établissements (H2) optent pour une régulation par la contractualisation, il ne paraît pas raisonnable de faire l'économie de préalables campagnes d'informations auprès de la communauté médicale. Plusieurs options sont alors envisageables : campagnes d'affichages dans les services, interventions en CME (H5), etc.

3.1.3. Les patients : à informer

Peu sensibilisés aux modalités de financement de l'hôpital, les patients, dans leur large majorité, sont bien souvent compréhensifs et conciliants pour peu qu'ils reçoivent une information claire, précise et homogène de la part de l'institution hospitalière. Ainsi, les idées reçues, récurrentes et bien connues, doivent faire l'objet d'une argumentation simple et honnête, le mieux oralement de la part de l'agent d'accueil, à défaut par le biais d'affiches ou tracts astucieusement disposés dans les salles d'attentes :

- « *Pourquoi me demande-t-on mes papiers d'identité ?* » : pour assurer la sécurité et pour faire valoir les droits ;
- « *Pourquoi me demande-t-on de payer alors que les soins sont gratuits ?* » : parce que les soins ont un coût en majeure partie assumée par la collectivité mais dont une part, si faible soit-elle, doit être assumée par le patient ;
- Etc.

Ainsi, des campagnes d'affichages relatives à la qualité de l'identification (H6) aux affiches plus « techniques » concernant les factures (H4), l'expérience montre que lorsque l'hôpital fait l'effort de vulgariser son discours et de faciliter la vie de sa « clientèle », celle-ci se montre en retour plus respectueuse de l'institution : meilleur climat depuis la mise en place des signalétiques et affichages des horaires d'ouverture des caisses sur H4, factures payées 2 plus vite car factures reçues à domicile 4 fois plus tôt pour H2, etc.

3.2. Décloisonner pour rapprocher

Intrinsèquement transversal à l'hôpital, le processus de facturation repose sur divers acteurs, qui trop souvent travaillent de manière isolée : ainsi, les priorités des uns ne sont pas forcément celles des autres, et au final la qualité de la facturation sera autant le fruit de la qualité des travaux de chacun que de leur bonne coordination. Dans cette optique, rapprocher l'ensemble de ces intervenants est une pratique qui peut prendre plusieurs formes, non exclusives.

3.2.1. Les réunions pluridisciplinaires

- Une grande partie des informations collectées au moment de l'admission du patient par le bureau des entrées sera utilisée par le trésorier dans le cadre de l'émission du titre de recettes correspondant... ;
- Le travail des services sociaux ne se fera pas dans les mêmes conditions s'ils sont sollicités en amont dès l'identification de certains problèmes par les agents ou secrétaires médicales ou très en aval après un retour de la part d'une caisse pour cause de résiliation de droits... ;
- Les codages non effectués, lorsque signalés par les agents administratifs lors de la consolidation du dossier, ne se feront pas avec la même précision s'ils sont relatifs à des patients sortis depuis plusieurs mois... ;
- Etc.

Les exemples d'interactions ou d'impacts du travail des uns sur l'activité des autres sont multiples : il convient alors de favoriser les échanges entre les différents acteurs afin que chacun puisse exprimer clairement ses attentes vis-à-vis de ses collègues. Dans cette optique, la plupart des établissements (H2, H4, H5, H6 et H7) a mis en place des réunions pluridisciplinaires, occasions d'échanges constructifs entre agents administratifs et agents du Trésor, responsables financiers et médecins du DIM, etc.

Notons que ces réunions pluridisciplinaires, dans une forme plus aboutie, peuvent devenir de véritables commissions « transversales », endossant au-delà des problématiques d'interfaces une dimension de pilotage du processus : cet aspect est développé plus loin dans le rapport.

3.2.2. Le mixage des accueils des hospitalisations et des consultations externes

Les bureaux d'accueil sont souvent dissociés de manière empirique, ou pour des raisons historiques, selon qu'ils s'adressent à des patients ou à des consultants. Une analyse rapide des missions à remplir en termes de collecte de données administratives et d'information générale montre que la sectorisation est finalement peu justifiée. Ainsi, les facilités en termes de gestion des effectifs, la souplesse occasionnée mais également la synergie créée par la réunion de ces 2 activités relativement similaires sont bénéfiques : c'est l'option qu'a retenu et que mettra en œuvre H5 à l'occasion de l'emménagement dans le nouvel hôpital.

3.2.3. La polyvalence des agents administratifs et des secrétaires médicales

De la même manière, un certain nombre d'activités s'avèrent être communes dans les missions des agents administratifs et secrétaires médicales. Les effets pervers couramment induits lorsque 2 postes se chevauchent en termes de compétences peuvent être soit la redondance de certaines tâches (combien de fois demande-t-on à un patient ses nom et prénom au cours d'un séjour ?...), soit au contraire l'omission de certaines autres. Ainsi, les fonctions d'agents administratifs et secrétaires médicales ont fait l'objet de réflexions de la part de plusieurs établissements du chantier MeaH. Ces réflexions ont toutes mené à des actions de rapprochement systématique, il est vrai à des degrés différents : stimulation de la polyvalence en vue d'une déconcentration du BE sur H5, groupe de travail et rédaction d'une fiche de poste commune « agents / SM » sur H7.

3.2.4. Le développement des régies

Enfin, le paiement en régie, lorsqu'il est possible, présente un certain nombre d'avantages : pas d'envoi par courrier (traitement, affranchissement, NPAI, etc.), encaissement immédiat et surtout encaissement probant. La nomination de régisseurs et de sous régisseurs est la marque d'un rapprochement de l'établissement et de la trésorerie : l'hôpital met à disposition partielle des personnels qui agissent par délégation de pouvoir du trésorier. La multiplication des régies est ainsi l'une des actions phare de H8, elle constitue également une volonté forte sur H4, notamment aux urgences.

3.3. Piloter pour maîtriser

3.3.1. La création d'un management « transversal »

Le premier écueil significatif concernant le processus de facturation / recouvrement est qu'il n'est dans sa globalité placé sous la responsabilité de personne : en effet, si la constitution du dossier administratif et sa qualité peuvent être imputés aux bureaux des entrées, le renseignement médical est lui, dans le meilleur des cas, garanti par le DIM, l'action de recouvrement, selon le principe de séparation ordonnateur / payeur, est de la responsabilité du trésorier, en revanche, l'autorisation d'engagement des poursuites doit émaner de l'établissement, etc., etc. Ainsi, au-delà d'une définition claire et précise des rôles et responsabilités de chacun, il apparaît primordial de « créer » ce management global d'activité, qui, si il peut prendre des formes variables selon les particularités de chaque établissement, doit regrouper a minima les domaines de compétence suivants :

- Les finances (DAF, contrôle de gestion, ...) ;
- La gestion administrative des patients (bureau des entrées, services sociaux, ...) ;
- L'information médicale (DIM, représentant CME, ...) ;
- La comptabilité publique (trésorier, ...).

Cette commission ne doit pas être un organe *ad hoc* de plus au sein de l'hôpital : elle doit avoir pour vocation un management opérationnel, le contrôle et la cohérence des procédures internes ainsi que l'harmonisation des pratiques. Celle-ci doit donc se réunir régulièrement et intégrer des professionnels « de terrain ». Ce type de commission a vu le jour par exemple sur H5, H6 et H7.

Il est à noter que, même s'il est présent physiquement au sein de l'établissement lorsque sa taille le justifie, le trésorier agit en toute indépendance hiérarchique vis-à-vis de l'ordonnateur, et donc rien sinon sa bonne volonté ne peut le contraindre à s'inscrire dans une telle démarche. Néanmoins, l'expérience du chantier pilote montre que la plupart des trésoriers se sont montrés actifs et même moteurs au cours des travaux, conscients qu'une facturation de qualité facilite tant leur travail que la situation financière de l'établissement. Les meilleurs résultats n'ont pu être obtenus sans leur concours (présence régulière du trésorier en CTN pour H1, H2, H3, H8...). Soulignons également qu'au sein des plus hautes instances, la Direction Générale de la Comptabilité Publique s'en fait écho et soutient la démarche MeaH.

Par ailleurs, les organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire font d'un point de vue fonctionnel également partie du processus facturation / recouvrement, en bout de chaîne : le rapprochement avec ces débiteurs institutionnels, tant par le biais de réunions d'information générale que pour faire un point régulier sur divers dossiers communs (ouvertures de droits, dématérialisation, conventions de tiers payant, etc.) doit être mis en œuvre. Pour ce faire, et face à l'ampleur de la tâche, il convient d'être méthodique :

- Privilégier les plus gros régimes (CNAMTS, MSA, RSI) ;
- Privilégier les mutuelles les plus représentatives (contact avec les mutuelles représentant les plus importants RAR sur H1, contact avec 5 plus grosses mutuelles en termes de volume pour H5).

3.3.2. La définition et le suivi d'indicateurs

Si la première phase du chantier MeaH a permis aux établissements de poser un diagnostic objectif sur leur organisation, elle a également mis en lumière leurs lacunes en termes de capacité de mesure de leurs performances, parfois même l'absence totale de tout indicateur. Trop souvent, un système d'information défaillant fait figure de coupable idéal. Plusieurs options, non exclusives, peuvent pourtant être envisagées par un responsable désireux de pouvoir objectiver sa performance :

- Les outils à disposition du comptable, tels que HTR, OREGHON, CCI-RAR, qui permettent respectivement d'obtenir notamment la liste des états de restes à recouvrer sur exercices précédent et antérieurs, les taux de recouvrement spontanés relatif aux émissions de titres, les taux de recouvrement relatifs aux produits payables par les hospitalisés et consultants, etc. ;
- Les taux de rejets B2, qui peuvent être fournis sur demande de l'établissement par les caisses concernées (signalons à ce propos la diffusion d'un mini guide de lecture des rejets B2, disponible dans sa version électronique sur le site de la MeaH) ;

- La revue et l'analyse de dossiers, en staffs, qui, en reconstituant la vie de quelques dossiers tirés au hasard, permet d'objectiver la performance réelle en termes de délais mais également les tendances (mis en place avec succès sur H1, H2, H5 et H7) ;
- Le nombre de doublons, qui peuvent être identifiés par le bureau des entrées ;
- Le nombre de retours NPAI ;
- Etc.

Ainsi, il existe de multiples solutions permettant d'objectiver la performance et la qualité du processus de facturation / recouvrement : le management par l'analyse d'indicateurs et la définition d'objectifs chiffrés n'est donc en réalité que le fruit de la volonté des managers.

Dès lors, au-delà de la photographie de ce qu'est l'état du processus à un moment donné, le suivi d'indicateurs de pilotage peut et doit permettre de rendre certains arbitrages :

- Sur H7, la mise en place de procédures de contrôle administratifs et sur l'exhaustivité du codage a naturellement engendré un allongement des délais. Cette dégradation, quantifiée et contrôlée au jour le jour, a été accompagnée d'une réduction des rejets B2 de près de 4% ;
- La réduction des délais sur H2 est aujourd'hui plus que satisfaisante : l'établissement oriente donc maintenant ses efforts sur d'autres problématiques, tels que les taux de recouvrement.

4. Evaluation de la démarche

4.1. Bilan méthodologique

Au cours de la préparation en amont d'un chantier, la MeaH est contrainte d'arbitrer un certain nombre de points. Ceux-ci peuvent être par exemple :

- Le calibrage des prestations en termes de journées d'appui conseil ;
- Le phasage précis de la démarche et les livrables attendus ;
- Le choix et la répartition des cabinets de conseil ;
- Etc.

Afin de pouvoir à chaque nouveau chantier affiner ses méthodes, mieux appréhender les attentes des professionnels, mais aussi ne pas reproduire d'éventuelles maladresses, la MeaH se soumet à une évaluation sans complaisance de la part des professionnels. Les résultats du sondage auprès de 6 des 8 établissements, articulés autour de 3 axes (pilotage, prestation consultants et bilan général) sont présentés ci-après.

A Objectifs, phasage et pilotage de la mission		Oui	Non	NSPP
1	Votre candidature à ce chantier a été portée conjointement par la direction et le corps médical ?	50%	50%	0%
2	Le démarrage des actions a fait l'objet d'une communication à l'ensemble des acteurs ?	83%	17%	0%
3	La mission qui vous a été délivrée est-elle conforme à vos objectifs de départ ?	100%	0%	0%
4	La durée de la mission vous paraît adaptée ?	83%	17%	0%
5	Le nombre de jours d'intervention prévu est suffisant ?	100%	0%	0%
6	Le nombre de CTN est suffisant ?	100%	0%	0%
7	Le contenu et l'ordre du jour des CTN sont pertinents ?	100%	0%	0%
8	Les documents présentés en CTN sont de bonne qualité ?	100%	0%	0%
9	Les CTN ont favorisé le partage d'expériences ?	100%	0%	0%
10	Le degré d'accompagnement de la MeaH vous paraît suffisamment étroit (interface chargés de projet MeaH avec les établissements) ?	100%	0%	0%
11	Avez-vous fréquemment utilisé le site internet ?	33%	67%	0%
12	Si oui, il est facile à utiliser ?	33%	17%	50%
B L'assistance délivrée par les consultants		Oui	Non	NSPP
13	Le consultant a apporté une méthodologie adaptée et conforme à vos attentes ?	83%	17%	0%
14	Son accompagnement sur site est suffisant (nombre de jours dans le service/établissement) ?	83%	17%	0%
Son intervention a su mobiliser :				
15	- les chefs de service ?	67%	17%	17%
16	- les représentants du corps médical (COPS, CME) ?	67%	0%	33%
17	- les représentants de la direction ?	83%	17%	0%
Son intervention :				
18	- a permis de mettre sur la table une ou plusieurs questions sensibles ?	100%	0%	0%
19	- a favorisé la prise de conscience et/ou à objectiver des marges d'amélioration ?	100%	0%	0%
20	- a permis de lever certains blocages ?	67%	17%	17%
21	Le diagnostic porté sur votre organisation (service pilote ou site) est pertinent ?	100%	0%	0%
22	C'est également le cas pour les recommandations proposées ?	100%	0%	0%
23	Les actions d'amélioration proposées sont concrètes et détaillées ?	100%	0%	0%
24	Son assistance a contribué à la mise en œuvre de changements tangibles ?	100%	0%	0%

C Bilan	Oui	Non	NSPP
Vous estimez aujourd'hui que ce chantier a été utile pour :			
28 - clarifier les dispositions du cadre réglementaire ?	67%	17%	17%
29 - améliorer l'organisation dans certains de vos services ?	83%	17%	0%
30 - maîtriser les aspects budgétaires ?	33%	67%	0%
31 - acquérir des outils et des méthodes pour aborder les organisations des services ?	67%	17%	17%
32 - partager des expériences ?	100%	0%	0%
33 Les résultats obtenus sont-ils significatifs pour vous ?	100%	0%	0%
34 Si oui, ils auraient pu être obtenus sans bénéficier du dispositif MeaH ?	33%	50%	17%
35 Avez-vous été en mesure de dégager suffisamment de temps pour conduire ce chantier ?	50%	50%	0%
36 Vous allez poursuivre et/ou étendre l'application des actions engagées ?	100%	0%	0%
37 Un prolongement de l'assistance est-il utile ? (Si oui, quel périmètre, quels objectifs..)	67%	17%	17%
38 Les enseignements de cette mission s'avèrent utiles aux autres établissements de santé ?	100%	0%	0%
39 Ils méritent d'être davantage communiqués (publications, colloques...) ?	67%	17%	17%
40 Vous recommanderiez à un collègue ou confrère de participer à une mission de cette nature ?	100%	0%	0%
41 Quelles sont vos recommandations pour améliorer le dispositif MeaH ?	17%	17%	67%
42 Pensez-vous que le thème du chantier constitue toujours une préoccupation majeure des établissements de santé ?	100%	0%	0%

4.2. Analyse de la valeur

Démarche commune et homogène sur l'ensemble des chantiers MeaH, l'analyse de la valeur a pour objectif d'évaluer la valeur ajoutée, tant quantitative que qualitative, apportée par le chantier MeaH aux établissements, et passe donc par la définition d'un certain nombre d'indicateurs qui font l'objet d'une évaluation avant/après. Ainsi, au-delà de l'amélioration factuelle relative au volume et aux délais de créances recouvrées, les équipes ont pu dans le cadre du chantier MeaH appréhender les difficultés mais aussi les avantages du travail en mode projet ; l'ambition de la démarche MeaH est aussi de promouvoir au sein des établissements un certain nombre de méthodes de travail relatives à la conduite du changement, reproductibles.

Voici comment les professionnels s'auto-évaluent dans ce domaine à l'issue du chantier :

- ① Pratique non identifiée ou Utilité non perçue
- ② Nous avons identifié l'importance de cette pratique pour notre service
- ③ Nous avons mise au point cette pratique et réalisé un outil
- ④ Nous l'avons diffusée auprès des équipes. Nous avons formé les agents concernés
- ⑤ Chacun a intégré cette pratique pour décider et agir au quotidien
- ⑥ Notre pratique est une référence reconnue à l'extérieur de l'établissement

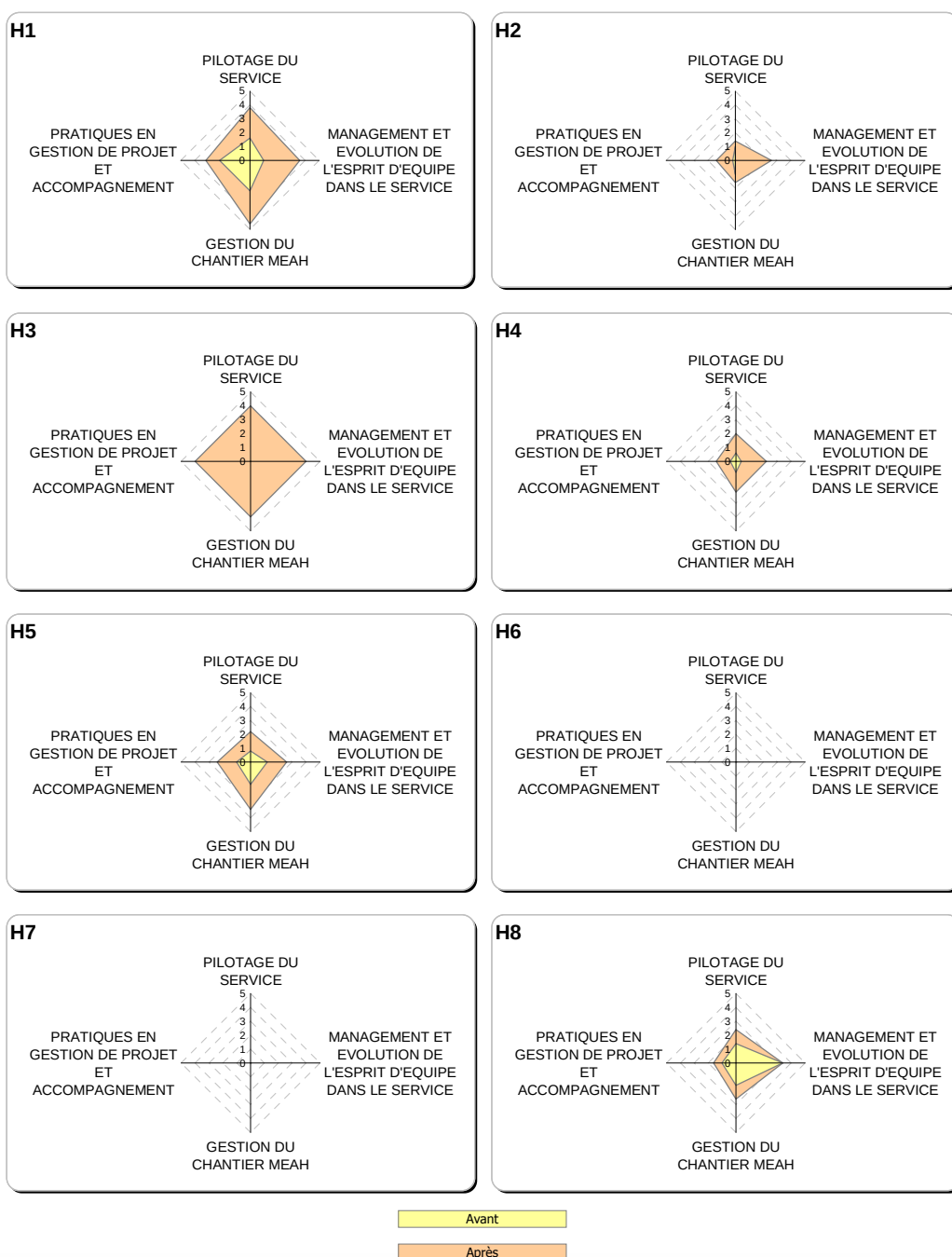
Avant - Après

PILOTAGE DU SERVICE	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
Le tableau de bord de l'activité du service	1-3	1-3	0-4	0-2	1-2			1-2
Le tableau de bord des ressources du service	4-4	3-3	0-4	1-3				1-2
Le tableau de bord du service rendu	1-4	1-1	0-4		1-1			1-2
La planification : adéquation ressources et activité	1-4	0-0	0-4	1-2	1-4			2-3
Les prévisions d'évolution : activité, RH et équipements	1-4	0-0	0-4	1-3	1-4			2-3
MANAGEMENT ET EVOLUTION DE L'ESPRIT D'EQUIPE DANS LE SERVICE	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
Le partage des informations dans le service	1-4	0-3	0-4	1-3	1-3			3-3
La pratique de l'écoute et du dialogue social	1-4	0-3	0-4	0-1	1-2			3-3
L'appui à la montée en compétences individuelles	1-2	0-2	0-4	0-3	2-3			4-4
L'entraide au sein des équipes	1-4	0-3	0-4	0-1	1-3			4-4
La coopération avec les autres services ... (parcours patient)	1-4	0-2	0-4	1-3	1-2			3-3

GESTION DU CHANTIER MEAH	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
La note de cadrage	1-5	1-1	0-4	1-2	2-4			1-2
Le rapport de diagnostic	3-5	1-1	0-4	1-2	1-3			2-2
Le plan d'action	2-4	1-2	0-4	1-3	2-4			2-4
Le rapport d'évaluation des résultats du service	2-5	1-2	0-4	1-3	2-4			2-2
Retour d'expériences et bonnes pratiques	3-4	1-2	0-4	0-1	1-2			1-3

PRATIQUES EN GESTION DE PROJET ET ACCOMPAGNEMENT DU CHANGEMENT	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
La gestion du planning du projet	1-1	0-2	0-4	0-1	1-3			1-2
La gestion des risques liés au projet	4-4	0-0	0-4		1-2			1-1
La répartition des rôles sur le projet	4-4	0-1	0-4	1-2	1-4			1-1
La communication réalisée dans le cadre du projet	1-3	1-3	0-4	1-3	1-2			1-3
La gestion des difficultés / éventuels moments de « blocage »	1-4	0-1	0-4	0-1	1-1			1-1

La consolidation de l'ensemble de ces évaluations nous permet, pour chaque établissement, d'appréhender son « apprentissage » tout au long du chantier MeaH (cf. représentations ci-après).



5. Conclusion

5.1. Synthèse des travaux

Lancés début 2006, les travaux des 8 établissements encadrés par la MeaH et les 2 cabinets de conseil touchent en partie à leur fin. En partie car, tel que cela est maintes fois évoqué dans le rapport, la démarche engagée par les 8 structures est une action de long terme qui ne saurait s'arrêter à l'heure de la clôture de leur collaboration avec la MeaH. Néanmoins, les 18 mois sur lesquels se sont déroulées les 4 phases du chantier MeaH appellent les conclusions suivantes :

Le TGV des réformes

Faiblement bousculé durant plusieurs décennies, le système hospitalier est soumis depuis quelques années à un train de réformes dont le rythme et le volume ne cessent de s'accroître. Ainsi, la disparition progressive de la dotation globale constitue un véritable et profond changement dans les modes de financement de l'hôpital, la dématérialisation représente un enjeu d'avenir en termes d'accélération des flux d'informations, etc. Face à ces bouleversements, 2 attitudes sont possibles : rester passif et donc subir les réformes, ou alors s'adapter et en saisir l'opportunité pour améliorer ses pratiques et sa performance. Dans le cadre du recrutement d'établissements début 2006, ce sont des établissements ayant résolument opté pour la seconde alternative qui se sont portés candidats.

La voie organisationnelle : voyager en 1^{ère} classe

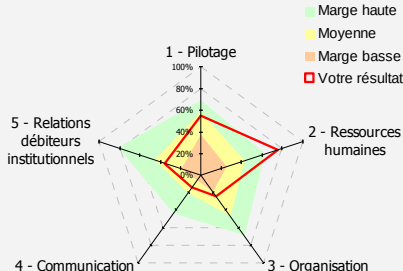
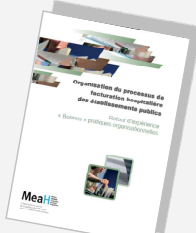
Dès lors, la phase de diagnostic a mis en lumière de nombreuses marges d'améliorations possibles relevant de la simple problématique organisationnelle. En effet, si les niveaux d'expertise au niveau de chaque secteur peuvent toujours être affinés, il apparaît très nettement que la véritable lacune de l'activité facturation / recouvrement réside en sa sectorisation historique mais excessive, à l'origine d'un cloisonnement quasi étanche des professionnels les uns avec les autres. De surcroît, plus que pour toute autre activité transverse à l'hôpital, les réflexions et la refonte des procédures et méthodes de travail se heurtent à une véritable au mieux méconnaissance, au pire incompréhension, des nouveaux enjeux de la part de l'ensemble de l'établissement : des actions de communication à tous les niveaux se révéleront indispensables pour s'assurer d'un soutien « collectif » de la démarche.

Difficultés, succès : l'hôpital avance

Mises en œuvre parfois avec difficulté, des actions souvent ambitieuses ont été entreprises par les 8 établissements. Ces actions de réorganisation, qui soulignons-le se superposent à la gestion quotidienne de l'activité, ont porté leurs fruits et commencent à donner des résultats, éclatants pour les uns, plus modestes pour les autres, mais visibles. En effet, si délicate soit-elle, la valorisation dans des délais courts des travaux de chaque équipe projet est un profond stimulant pour les professionnels : les résultats dans la durée, qui eux pourront être constatés exercice après exercice, en seront la récompense.



Afin de rendre compte à l'ensemble de la communauté hospitalière de l'avancée de ses travaux, mais également dans l'espoir d'apporter une aide concrète et pragmatique aux professionnels de terrain, la MeaH a diffusé et publié un certain nombre de documents. L'ensemble de ses documents, présenté ci-après, est disponible sur le portail de la MeaH (www.meah.sante.gouv.fr).

		Parution	
Les rapports d'étapes du chantier :			
Rapport de phase 1 – Diagnostic	✓		
Rapport de phase 2 – Plans d'actions	✓		
Rapport de phase 3 – Mise en œuvre des plans d'actions	✓		
Rapport de phase 4 – Bilan et résultats	✓		
Les outils :			
QuickScan : autodiagnostic de la maturité des organisations	✓		
Kit communication : documents types	Fév. 08		
Les ouvrages :			
Mini guide de lecture des rejets B2	✓		
Guide d'admission	Fév. 08		
Recueil de « bonnes » pratiques organisationnelles	Mars 08		

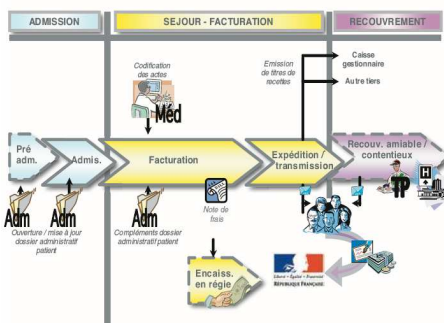
5.3. Prochaine étape : le déploiement

Faisant suite au chantier pilote mené sur la thématique facturation / recouvrement, et devant le besoin exprimé par les établissements, un nouveau chantier dit de déploiement est proposé par la MeaH dès avril 2008. Ce déploiement, qui s'adresse à 40 établissements volontaires, s'appuiera sur la méthodologie développée avec les 8 établissements du chantier pilote. Soulignons qu'à cette occasion, des formations « métiers » seront délivrées aux professionnels en début de chantier : ces dernières seront élaborées avec certains des principaux partenaires institutionnels concernés par la problématique (DHOS, DGCP, CNAMTS, MSA, GMSIH).



Depuis 2006, 8 établissements volontaires ont travaillé dans le cadre d'un chantier « pilote » à l'optimisation de l'ensemble de la chaîne de facturation / recouvrement, depuis l'admission du patient jusqu'aux relations avec la comptabilité publique et les organismes payeurs. De la mise à plat du processus administratif à l'implication des différentes parties prenantes, des procédures de contrôle de la qualité des données administratives et de codage à la sensibilisation institutionnelle aux nouvelles problématiques financières des hôpitaux, ces travaux ont permis d'identifier un certain nombre de bonnes pratiques organisationnelles méritant d'être transférées aux établissements souhaitant réduire leurs taux de rejets, diminuer leurs délais de facturation et améliorer le recouvrement des créances.

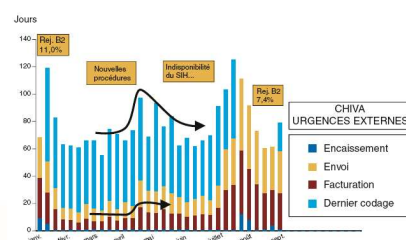
Dispositif d'appui à l'optimisation de la chaîne de facturation / recouvrement des hôpitaux et cliniques



Si vous souhaitez rejoindre ces établissements en 2008, la MeaH vous propose un dispositif d'accompagnement qu'elle finance intégralement s'appuyant sur...

... les expériences des 8 établissements « pilotes »

Le CHI du Val d'Ariège (09)

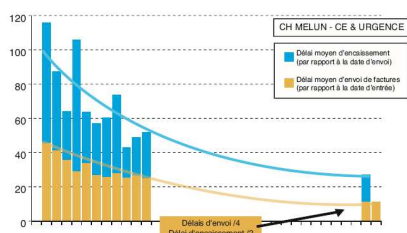


Partant d'un délai de facturation jugé satisfaisant, le CHI du Val d'Ariège a souhaité améliorer la qualité de l'ensemble de sa facturation. Une batterie de contrôles sur l'exhaustivité du codage médical et sur la qualité des données administratives a été mise en place et a permis de réduire significativement les taux de rejets B2 (11 % en début d'année, 9 % en fin de 1^{er} trimestre, 7,4 % à fin septembre), tout en contrôlant et maîtrisant l'impact de ces nouvelles procédures sur les délais de facturation avec l'appui d'une méthode de revue de dossiers.

Contacts : Madame Bénédicte Dragne-Ebrardt, directeur adjoint des finances et Monsieur Didier Carlier, attaché au contrôle de gestion.

Le CH de Melun (77)

Souhaitant réduire des délais d'envoi de factures trop longs, le CH de Melun a mis en place un certain nombre d'actions



simples : organisation de staffs réguliers avec les agents du bureau des entrées, formations à l'outil informatique, rédaction d'un script commun de questionnement du patient, rapprochements avec l'assurance maladie, etc. Une méthodologie de mesure en routine du délai moyen par tirage aléatoire de dossiers a permis d'objectiver une forte baisse des délais d'envoi, mais également, résultat collatéral non négligeable, une réduction des délais d'encaissement.

Contacts : Monsieur Dominique Peljak, directeur adjoint chargé du pôle « Finances, SIH et logistique » et Madame Marie-Claude Breton, attachée chargée des admissions et des consultations externes.

...une offre de formation pour s'approprier les méthodes et outils mis en œuvre dans le chantier pilote...

Destinées aux responsables de bureaux des entrées, directeurs financiers, responsables de DIM, ces sessions visent à outiller les professionnels (élaboration des indicateurs de pilotage, cartographie des processus, sensibilisation institutionnelle à la problématique du recouvrement...) et à renforcer leurs capacités à mettre en œuvre et à piloter le changement.



...et un appui conseil sur le terrain...

Des consultants expérimentés sont sélectionnés pour intervenir dans votre établissement. En étroite liaison avec les professionnels, leur mission consiste à identifier les actions d'amélioration prioritaires et à en accompagner la mise en œuvre. Ces actions peuvent porter sur la qualité des processus organisationnels, la sensibilisation des médecins au codage, la stimulation de l'encaissement en régie, l'anticipation des problèmes d'ouverture de droits des patients en difficulté, etc. Elles pourront également se focaliser sur le renforcement des relations avec les partenaires externes (comptabilité publique, assurance maladie obligatoire, organismes complémentaires).

Les consultants sélectionnés disposent d'une forte expertise technique et de solides compétences en matière d'accompagnement du changement pour mener à bien les actions d'amélioration que vous retiendrez.

...pour obtenir des résultats dans un délai de 12 mois.

L'accompagnement proposé comporte 3 phases :

- ☐ Lancer et présenter l'intervention aux équipes, à la direction et aux partenaires institutionnels, définir une « feuille de route » et planifier le chantier ;
- ☐ Obtenir une vision commune des problèmes et définir un plan d'actions partagé ;
- ☐ Mettre en œuvre le plan d'actions pour obtenir des résultats concrets et les évaluer.

POUR BÉNÉFICIER DE CE DISPOSITIF

L'accompagnement proposé concernera 40 établissements (publics, privés ou PSPH) en 2008, avec un démarrage des travaux prévu pour avril 2008.

Les candidatures seront traitées par ordre d'arrivée à la MeaH. Aussi reportez-vous dès à présent à la page 15 pour découvrir les modalités de candidature.

Un engagement conjoint des professionnels hospitaliers et du comptable public associé est fortement recommandé et constituera un atout certain de la candidature de l'établissement.



Pour de plus amples informations sur ce chantier, n'hésitez pas à contacter Emmanuel DUCHAMP - chargé de projet - emmanuel.duchamp@fr.oleane.com - 01 53 33 81 69