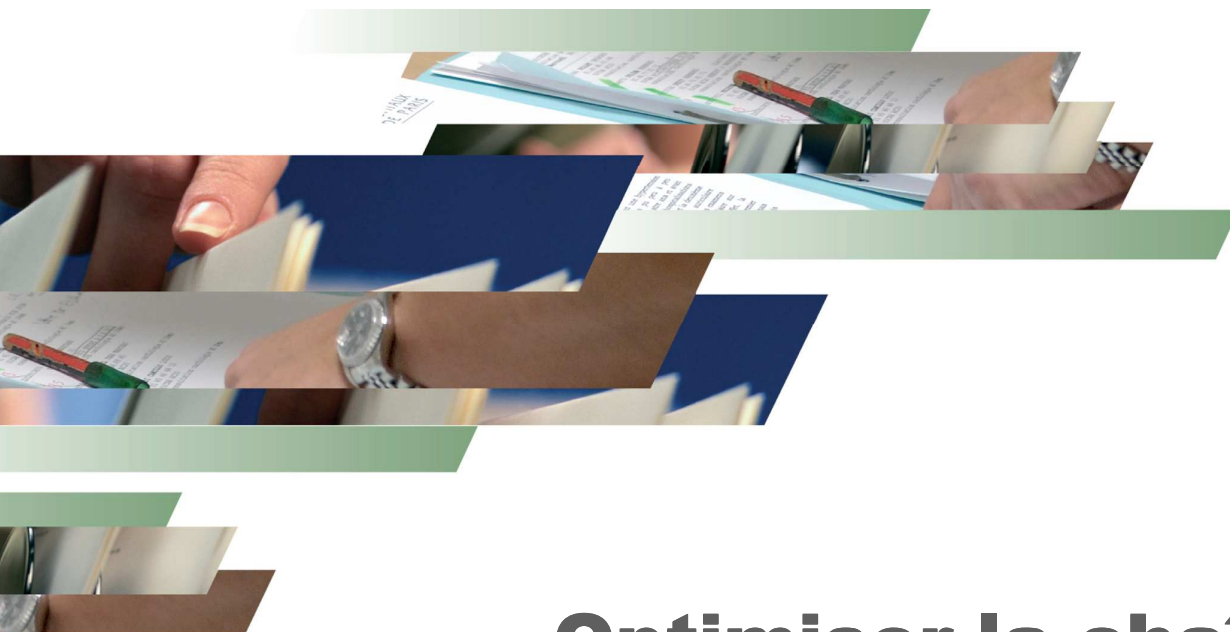




Optimiser la chaîne de facturation / recouvrement hospitalière

Retours d'expérience



Préface

Après plusieurs décennies de dotation globale, la réforme du financement des hôpitaux a replacé sur le devant de la scène des objectifs, jusque là quelque peu délaissés. L'amélioration de la facturation et du recouvrement, ce refrain favori des trésoriers publics, est désormais repris en chœur par les directeurs d'hôpital et leur Tutelle.

Malheureusement, le passé ne s'efface pas d'un revers de main et les comportements qui se sont installés tant dans le monde hospitalier que chez les usagers de ce service public, restent fortement guidés par l'idée que « l'hôpital est gratuit ».

Dans un tel contexte, il est nécessaire d'affirmer institutionnellement la ferme volonté de changement et de l'afficher clairement en direction de tous. Ensuite, il convient de redynamiser la fonction de facturation et accompagner la reconstruction de tout le processus de prise en charge administrative du patient. Cette démarche contribue à l'amélioration de la prise en charge globale du patient et permet d'aboutir à une facturation adéquate.

Tous les domaines sont concernés : communication, gestion des ressources humaines, organisation, management, collaboration avec les institutionnels externes tels que : organismes d'assurance maladie obligatoire, organismes d'assurance maladie complémentaire, trésoreries. Tous les personnels, appelés à intervenir dans le parcours de soins du patient, doivent être responsabilisés. Ils doivent s'approprier les enjeux et les règles et accepter de travailler de manière décloisonnée.

Le succès s'obtient pas à pas et ne peut être au rendez-vous que si une véritable solidarité d'équipe est présente.

Pendant deux ans, huit établissements se sont lancés dans l'aventure, profitant de l'accompagnement proposé par la MeaH. Le chantier était d'envergure et cette aide la bienvenue. Nous étions tous à peu près dans la même situation, et l'état des lieux n'a fait que confirmer ce que tout le monde supposait : existence d'une large marge de progression....

Les plans d'actions qui ont suivi, ont visé à la fois des améliorations rapides et faciles mais également des travaux de fond, qui parfois ont dépassé le seul investissement de l'établissement hospitalier.

S'unir pour réussir. C'est la formule que je propose pour résumer le laborieux cheminement que nous avons parcouru collectivement.

La MeaH a favorisé le renforcement de liens entre les acteurs hospitaliers et leurs interlocuteurs institutionnels tels que : la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, la direction de la sécurité sociale, la direction générale de la comptabilité publique, la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie. Par exemple, le guide de facturation¹, est le fruit de cette collaboration étroite, et il n'aurait sans doute pas connu le jour en dehors de cette démarche.

La MeaH a par ailleurs soutenu les plans d'actions des huit établissements impliqués, à travers notamment l'appui de cabinets de consultants.

L'union au sein de ce groupe, a permis de vaincre l'incertitude qui parfois envahit le porteur de projet. Elle a facilité le partage d'expériences novatrices et l'émergence de solutions concrètes et adaptées. Des travaux en ateliers ont permis notamment la constitution d'un kit de communication, d'un outil d'autoévaluation de la maturité des organisations, d'un outil de revue de dossiers etc.

De retour dans nos établissements, l'union était encore plus indispensable pour garantir tout au long de la prise en charge du patient une collecte d'informations exhaustive et de qualité, nécessaires à une facturation sans faille. Il convenait donc de convaincre les « maillons de la chaîne » de leur nécessaire implication et interdépendance, de faciliter le travail en repensant les métiers autour de la prise en charge administrative, d'identifier et de tracer l'évolution d'indicateurs de pilotage pour une valorisation des actions mises en œuvre. Il est à noter le fort investissement des équipes hospitalières chargées des admissions qui ont accepté de

¹ *Guide de facturation / Procédures d'admission des patients, février 2008*, disponible sur les sites de la MeaH et de la DHOS.

bousculer et de moderniser leurs pratiques, mais aussi le développement des réflexions autour du métier de secrétaire médicale, sans oublier l'implication grandissante des médecins dans l'ensemble de ce processus.

Aujourd'hui, les huit établissements sont fiers d'arborer des résultats positifs, et d'en présenter les éléments constitutifs.

Ce retour d'expériences s'adresse à tous les établissements qui, conscients de leur perfectibilité, souhaitent véritablement agir. Les outils mis à disposition facilitent l'engagement, mais ne suffisent pas. Le chemin est balisé, il reste à vouloir le parcourir.

Christine MARTINELLI

Centre Hospitalier de la Région d'Annecy
Directeur adjoint, chargé des Affaires Financières

Remerciements

Centre Hospitalier de Cannes :

- ALBERT Malik, Directeur adjoint (Finances et SIH) ;
- GIL Cathy, ACH Service des admissions ;
- MINAIRE Vincent, Trésorier.

Centre Hospitalier Intercommunal du Val d'Ariège :

- DRAGNE-EBRARDT Bénédicte, Directeur adjoint (Finances) ;
- CARLIER Didier, AAH.

Centre Hospitalier Universitaire de Caen :

- GARBACCIO Eric, Directeur du contrôle de gestion ;
- DUBOIS Françoise, Trésorier.

Centre Hospitalier de Chartres :

- JARAUD Isabelle, AAH attachée à la direction des usagers et de la communication ;
- LE TILLY Yvon, Directeur adjoint ;
- FAIVRE Claude, Trésorier.

Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse :

- ABBAL Emilien, DAF ;
- GOMES Michèle, AAH ;
- LABIA Jacques, Trésorier Principal CHU Toulouse.

Centre Hospitalier de la région d'Annecy :

- MARTINELLI Christine, Directeur adjoint ;
- GREFF Corinne, ACH ;
- CHROSTEK Annie, adjoint administratif.

Centre Hospitalier de Melun :

- PELJAK Dominique, Directeur adjoint ;
- BRETON Marie-Claude, AAH ;
- MESNIER Emmanuel, Adj. TP.

Centre Hospitalier de Saint-Denis :

- GOLDSZTEJN Aude, Directeur adjoint ;
- LAMATHE Michèle, TP.

Cabinet Atos Consulting

- BOUET Joëlle, Senior Manager ;
- DU BESSET Raphaël, Senior Consultant ;
- EVANS Pascale, Consultante ;
- LAURAND Catherine, Consultante ;
- HAUSSWALT Pierre, stagiaire.



Cabinet CNEH

- MADELMONT François, Directeur pôle stratégie ;
- BOURDET AMELOT Anne, Consultante ;
- PFEIFFER Marielle, Experte ;
- GABET Elisabeth, Experte.



Table des matières

Préface	2
Remerciements	4
Table des matières.....	5
Glossaire	7
Introduction	8
1. Chapitre 1 : communiquer pour convaincre.....	10
FICHE 1.1. Valoriser les professionnels administratifs	11
1. La problématique	11
2. L'objectif	11
3. Les actions possibles.....	11
4. Des réalisations concrètes.....	13
4.1. Mise à niveau des connaissances réglementaires des agents au CH de Saint-Denis.....	13
4.2. Formations « réglementation » au CH de Cannes.....	14
4.3. Formations sur l'utilisation de l'outil informatique au CHU de Toulouse	15
4.4. Sollicitation des agents quant à l'amélioration des procédures au CH de Chartres	16
FICHE 1.2. Responsabiliser les professionnels soignants et médicaux.....	18
1. La problématique	18
2. L'objectif	18
3. Les actions possibles.....	18
4. Des réalisations concrètes.....	19
4.1. Communication auprès du corps médical au CH de la région d'Annecy.....	19
4.2. Communication auprès du corps médical au CHI du Val d'Ariège.....	21
4.3. Contractualisation au CH de Melun.....	24
FICHE 1.3. Informer les patients.....	26
1. La problématique	26
2. L'objectif	26
3. Les actions possibles.....	27
4. Des réalisations concrètes.....	28
4.1. Campagnes d'affichage relatives à la qualité de l'identification au CHU de Toulouse.....	28
4.2. Affiches « techniques » d'explication des factures au CH de Saint-Denis	29
4.3. Kit communication consolidé par le groupe de travail MeaH.....	31
2. Chapitre 2 : décroisonner pour rapprocher	32
FICHE 2.1. Coordonner les activités de nature différente	34
1. La problématique	34
2. L'objectif	34
3. Les actions possibles.....	35
4. Des réalisations concrètes.....	36
4.1. Collaboration DAF + TP au CH de Saint-Denis.....	36
4.2. Collaboration BE + TP sur les relances débiteurs au CH de Chartres	37
4.3. Collaboration DIM / BE au CH de la région d'Annecy	39
4.4. Sollicitation des services sociaux par le BE au CH de Cannes	41
4.5. Collaboration DAF + CPAM au CH de Saint-Denis	42
4.6. Collaboration DAF + Mutuelles au CH de la région d'Annecy	43
FICHE 2.2. Favoriser la polyvalence.....	47
1. La problématique	47
2. L'objectif	47
3. Les actions possibles.....	47
4. Des réalisations concrètes.....	49
4.1. Déconcentration de l'accueil administratif des patients au CH de la région d'Annecy	49
4.2. Groupe de travail et rédaction d'une fiche de poste commune « agents / SM » au CHI du Val d'Ariège ..	51
4.3. Multiplication des régies au CH de Cannes	53
4.4. Mise en place d'une régie aux urgences au CH de Saint-Denis.....	55

3. Chapitre 3 : piloter pour maîtriser	56
FICHE 3.1. Créer un management « transversal ».....	57
1. La problématique	57
2. L'objectif	57
3. Les actions possibles.....	57
4. Des réalisations concrètes.....	59
4.1. Outil d'autoévaluation de la maturité des organisations développé par le groupe de travail MeaH	59
4.2. Contrôle et garde-fous au CH de la région d'Annecy	60
4.3. Pilotage global au CHU de Toulouse.....	63
4.4. Cibler les « points durs » et concentrer ses efforts : les urgences au CHI du Val d'Ariège.....	65
FICHE 3.2. Définir et suivre des indicateurs	69
1. La problématique	69
2. L'objectif	69
3. Les actions possibles.....	69
4. Des réalisations concrètes.....	71
4.1. Grille de recueil et de revue de dossiers développée par le groupe de travail MeaH.....	71
4.2. Revue de dossiers et suivi des délais au CH de Chartres	73
4.3. Revue de dossiers et suivi des délais au CHI du Val d'Ariège	74
4.4. Se comparer pour s'améliorer : la mesure des délais au CHU de Toulouse	75
4.5. Pilotage au CH de la région d'Annecy.....	76
4.6. Indicateurs de process et de performance au CH de Melun	80
Annexes.....	81
L'efficacité du recouvrement par le comptable public.....	81
Les indicateurs possibles de la chaîne de facturation / recouvrement	82
Changer les comportements : illustrations humoristiques	83
Les publications MeaH sur la chaîne de facturation	84

CHARTRE ETHIQUE DES PROJETS D'AMELIORATION DES ORGANISATIONS CONDUITS PAR LA MEAH

- L'objet des interventions MeaH est d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients, de façon directe ou indirecte, et les conditions de travail des professionnels dans le contexte de « vie réelle » ;
- Les établissements sont volontaires et informés des modalités de collaboration ;
- En accord avec la MeaH, les professionnels décident des actions d'amélioration et les conduisent en veillant à leur impact sur la qualité des soins ;
- Les données utiles au projet sont recueillies par les établissements avec le concours des consultants ;
- La diffusion des données est anonyme. Sur accord de l'établissement, cet anonymat peut être levé ;
- Le financement des chantiers est assuré sur fonds publics (Fond de Modernisation des Établissements de Santé Publics et Privés) ;
- La sélection des consultants est réalisée après appel d'offres en application du Code des Marchés Publics ;
- Les agents de la MeaH déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt avec les cabinets de conseil ;
- Les documents produits sont relus par un comité de lecture interne à la MeaH, incluant un médecin si le thème impacte directement la prise en charge des patients ;
- Dans un souci de qualité et d'éthique, chaque chantier fait l'objet d'une évaluation et d'un rapport selon les recommandations de publication sur l'amélioration de la qualité des soins.

Glossaire

Terme	Définition
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
EPS	Etablissements Publics de Santé
GHS	Groupe Homogène de Séjours
IAO	Infirmière d'Accueil et d'Orientation
IPP	Identifiant Permanent Patient
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
NGAP	Nomenclature Générale des Actes Professionnels
NIP	Numéro d'Identification Permanent
NOEMIE	Norme Ouverte d'Echange 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
PEC	Prise En Charge
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
TIM	Technicien d'Information Médicale
TIP	Titre Interbancaire de Paiement
TP	Trésorerie Principale
TUP	Titre Universel de Paiement
UF	Unité Fonctionnelle
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

Introduction

Un chantier pilote adossé aux réformes

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 des recettes liées directement au niveau d'activité revendiqué par l'établissement qui permettront 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 facturation / recouvrement des établissements, jusqu'alors minimisés par les mécanismes de compensation budgétaire, 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 processus de facturation, 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.

Devant l'urgence imposée par le calendrier de montée en puissance progressive de la T2A aux établissements de santé, la direction des hôpitaux et de l'organisation des soins ainsi que la direction générale de la comptabilité publique ont publié en 2006 un recueil mettant en exergue la nécessité d'améliorer les procédures sur l'ensemble de la chaîne, depuis l'admission ou pré admission du patient jusqu'à l'émission du titre de recettes ou du flux B2 et les moyens mis en œuvre pour procéder à son recouvrement.

Pour faire suite à cette démarche, le comité de pilotage¹ de la MeaH a décidé d'inscrire l'organisation de la chaîne de facturation / recouvrement hospitalière à son programme de travail 2006. Soutenus par deux cabinets de conseil, Atos Consulting et le CNEH, huit établissements se sont engagés dans ce chantier :

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

Les principaux éléments de capitalisation du chantier, clôturé en décembre 2007, sont disponibles sur le site Internet de la MeaH² (rapports d'étapes, outils et guides). Au cours des travaux, de nombreuses marges d'amélioration ont été mises en lumière. Si les niveaux d'expertise de chaque activité peuvent toujours être affinés, il apparaît très nettement que la véritable faiblesse 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 au mieux à une véritable méconnaissance, au pire à une incompréhension des nouveaux enjeux de la part de l'ensemble des personnels de l'établissement : des actions de communication à tous les niveaux sont donc indispensables pour s'assurer d'un soutien « collectif » de la démarche.

¹ Composé de la Direction des hôpitaux et de l'organisation des soins, de la Direction de la sécurité sociale, des représentants des Agences régionales d'hospitalisation, de l'Inspection générale des affaires sanitaires et de la direction de la MeaH.

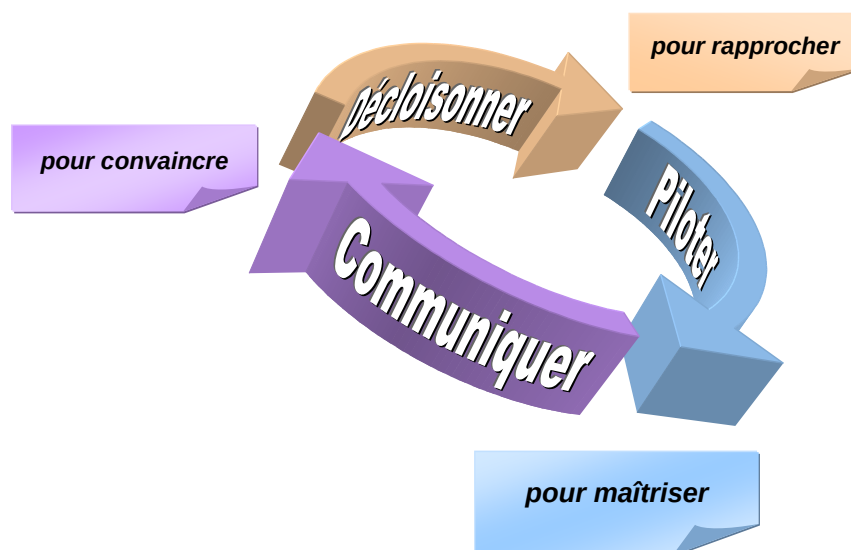
² www.meah.sante.gouv.fr.

Une capitalisation mise à la disposition de l'ensemble de la communauté hospitalière

Plus qu'un recueil de bonnes pratiques, cet ouvrage présente des retours d'expérience dont chaque lecteur peut s'inspirer librement pour les adapter aux spécificités de son établissement. Ce recueil ne prétend pas à l'exhaustivité. En effet, les retours d'expériences proposés ici n'épuisent pas les problématiques qui peuvent se poser à un établissement et ils ne portent que sur les sujets abordés par le groupe de travail.

Ces retours d'expérience sont répartis en trois chapitres :

- **La communication** : quelques fois reléguée 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 ;
☞ *Chapitre 1 : communiquer pour convaincre, page 10*
- **Le décroisonnement** : 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 à elle seule un grand pas vers la solution ;
☞ *Chapitre 2 : décroisonner pour rapprocher, page 32*
- **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.
☞ *Chapitre 3 : piloter pour maîtriser, page 56*



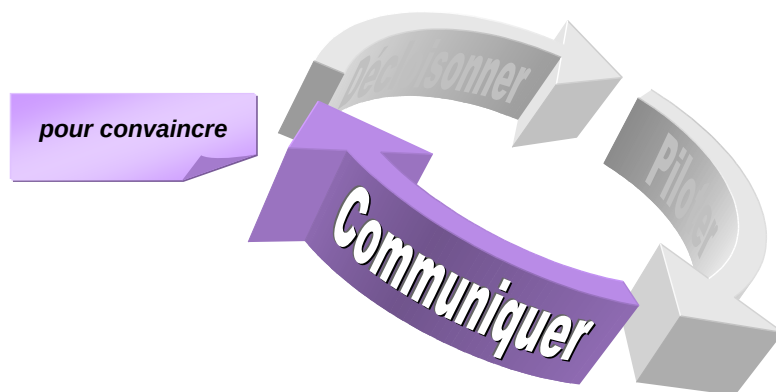
Chacun de ces chapitres est décliné en fiches « bonnes pratiques », illustrées par des exemples concrets tirés des travaux des huit établissements partenaires. Nous espérons que l'expérience de vos collègues et confrères vous sera utile dans la construction de votre projet ou dans la résolution de certains problèmes que vous rencontrerez au quotidien et qu'à votre tour vous ferez bénéficier l'ensemble de la communauté hospitalière des actions d'amélioration que vous avez ou que vous allez mettre en œuvre.

Pour la MeaH :

Pierre-Etienne HAAS (Chargé de projet MeaH)

Dr Sébastien WOYNAR (Chargé de projet et Conseiller médical de la MeaH)

1. Chapitre 1 : communiquer pour convaincre



Caractère récent des réformes du financement des hôpitaux, perceptions idéologiques en décalage avec les orientations actuelles, la problématique de la facturation des soins 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 :

- Les **professionnels administratifs** : à valoriser ;
☞ FICHE 1.1 Valoriser les professionnels administratifs, page 11
- Les **personnels soignants et médicaux** : à responsabiliser ;
☞ FICHE 1.2 Responsabiliser les professionnels soignants et médicaux, page 18
- Les **patients** : à informer.
☞ FICHE 1.3 Informer les patients, page 26

Chacun de ces axes de communication-formation est détaillé ci-après.

FICHE 1.1. Valoriser les professionnels administratifs

1. La problématique

Travaillant directement sur le processus de facturation, un grand nombre d'agents a subi 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 le malaise n'en est que plus palpable.

De surcroît, des compétences inégales et parfois inadéquates aux enjeux de la facturation dégradent bien souvent 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. L'objectif

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. Cette valorisation s'entend à trois niveaux distincts :

- **Renforcer la culture générale** des agents sur le « financement de l'hôpital » : une meilleure appréhension du fonctionnement global du système de santé et des nouveaux modes de financement des structures permet aux personnels administratifs de mieux comprendre leur mission et de véhiculer les bons messages auprès de patients dont ils sont le premier contact ;
- **Affiner l'expertise et augmenter les compétences** des agents : les formations initiales et continues se focalisant sur les évolutions réglementaires et les nouveaux outils (SIH...) permettent aux personnels d'être plus efficaces dans la réalisation des tâches quotidiennes qui leur incombent ;
- **Stimuler l'intérêt** des agents en leur offrant de plus grandes marges de manœuvre : l'opiniâtreté et la qualité du travail fourni vont en général de pair avec des responsabilités bien établies et assumées.

3. Les actions possibles

A chacun de ces trois objectifs peuvent être associés des actions concrètes :

Renforcer la culture générale

- Organiser des rencontres / présentations / échange avec d'autres catégories de personnels : services sociaux, secrétaires médicales, représentants assurance maladie ;
- Organiser des réunions d'information générale « réformes : T2A & facturation directe » ;
- Rendre les agents destinataires d'une « revue de presse » ciblée sur les finances hospitalières.

Affiner l'expertise et augmenter les compétences

- Formation continue « expertise » sur le thème de la réglementation ;
 - ☞ *Mise à niveau des connaissances réglementaires des agents au CH de Saint-Denis, page 13*
 - ☞ *Formations « réglementation » au CH de Cannes, page 14*
- Formation continue « compétences » sur l'utilisation des SIH, les méthodes pour mener un entretien.
 - ☞ *Formations sur l'utilisation de l'outil informatique au CHU de Toulouse, page 15*

Stimuler l'intérêt

- Faire organiser des groupes de travail menés par les agents eux-mêmes, avec définition précise d'un livrable : script de questionnement du patient, proposition de réorganisation spatiale de l'accueil, création d'une affiche à destination des patients ;
 ☞ *Sollicitation des agents quant à l'amélioration des procédures au CH de Chartres, page 16*
- Cadrer et élargir les responsabilités des agents : dossier administratif de tel ou tel patient sous la responsabilité d'un seul agent, depuis l'admission jusqu'à la facturation ;
- Organiser des staffs hebdomadaires, avec à l'ordre du jour un point réglementaire présenté par l'un des agents.

4. Des réalisations concrètes

4.1. Mise à niveau des connaissances réglementaires des agents au CH de Saint-Denis

Les constats de départ

Les agents du bureau des entrées de cet établissement présentaient deux profils principaux :

- Les « anciens », présents depuis des années et connaissant donc bien l'outil informatique et la législation traditionnelle. Ils avaient travaillé sous le système de la dotation globale et ne se tenaient pas forcément au courant des évolutions du type « parcours de soins », « droits des étrangers », etc.
- Les « nouveaux », présents depuis seulement quelques mois en raison d'un fort turnover, travaillant en « saisie automatique », c'est-à-dire sans compréhension globale de l'outil et de la législation en vigueur. Les connaissances de cette population en matière de règles de législation sociale, leurs évolutions et les implications de ces dernières demeuraient très limitées.

Les objectifs fixés

Forts de ce constat, les responsables de l'établissement ont souhaité donner une base de connaissances communes à l'ensemble des agents du bureau des entrées, quel que soit leur secteur d'activité (externes, admissions, maternité, etc.), sur les grands principes de la législation de sécurité sociale, de l'admission et de la réglementation sociale. Au-delà des aspects « techniques », c'était bien entendu, en filigrane, une sensibilisation aux nouveaux enjeux de la facturation (financement, notion de chaîne et de points critiques comme l'identité, l'adresse, les débiteurs) qui était attendue.

La mise en œuvre

Une formation, validée dans le plan de formation et assurée par un organisme extérieur, a été délivrée à 15 personnes réparties de manière homogène entre différents secteurs et différentes anciennetés dans l'établissement. Cette formation sera reconduite chaque année afin que l'ensemble des agents en bénéficie à terme. Seront également prises en considération des demandes lors des entretiens d'évaluation annuelle concernant les besoins en formation d'ordre « réglementaire ».

Par ailleurs, des notes ponctuelles de la direction des recettes sur des points de réglementation (majorations, médecin traitant, etc.) ont été produites et continueront à l'être, régulièrement. Ces notes sont remises par le cadre à chaque agent qui, à cette occasion, les lui fait signer afin d'insister sur l'importance de l'information délivrée. De même, une veille juridique (JO, lettre d'information de l'éditeur du logiciel, etc.) est à présent systématiquement transférée aux cadres et à l'équipe informatique.

Les résultats obtenus

- Les agents évaluent favorablement la formation dispensée et estiment y avoir appris beaucoup d'éléments propres à leur quotidien ainsi que sur la réglementation actuelle ;
- Les taux de rejets relatifs aux télétransmissions et aux infos séjours sont en diminution, mettant ainsi en évidence un meilleur respect de la réglementation ;
- Les agents questionnent plus régulièrement leur hiérarchie sur les procédures, et se réfèrent plus systématiquement aux notes en cas de besoin ;
- Les cadres s'approprient le savoir-faire « réglementaire » en faisant remonter des idées ou bonnes pratiques pour que d'autres puissent s'en inspirer ;
- La culture « l'hôpital n'est pas gratuit » se diffuse : les agents du bureau des entrées trouvent désormais facilement l'argumentaire vis-à-vis des patients pour expliquer le bien fondé des factures.

4.2. Formations « réglementation » au CH de Cannes

Les constats de départ

Une première phase de diagnostic a mis en évidence sur cet établissement les effets parfois indésirables de la trop forte sectorisation des agents du bureau des entrées : ces derniers se déclaraient soit spécialistes de l'hospitalisation, soit spécialistes des consultations et soins externes. Le principal effet de ce cloisonnement était l'incapacité des équipes à s'entraider en cas de surcharge de travail par manque de polyvalence.

Par ailleurs, les factures rejetées par l'assurance maladie ou les mutuelles, voire les contentieux patients, augmentaient en raison notamment du nombre croissant de subtilités de la réglementation. Notons que ce phénomène était aggravé par le volume croissant de dossiers à traiter.

De surcroît, la dernière formation sur le sujet était antérieure à la mise en œuvre des récentes réformes : si ces dernières avaient été bien expliquées en interne, une formation complète appuyée sur des cas concrets devait permettre de mieux maîtriser les différents aspects.

Les objectifs fixés

Trois objectifs ont été identifiés par l'établissement :

- Former l'ensemble des gestionnaires de dossiers, quelles que soient leurs spécialisations initiales (accueil et prise en charge des patients hospitalisés ou d'ambulatoire et soins externes) ;
- Faire de cette formation commune une première étape vers la polyvalence de l'ensemble des agents du BE ;
- Assurer une plus grande autonomie des agents en vue de la déconcentration de l'accueil et des régies.

La mise en œuvre

Un expert issu d'un autre établissement a été mobilisé pour l'occasion : il a permis aux agents de bénéficier d'une expérience complémentaire et de pratiques mises en œuvre dans d'autres établissements. Deux séances de formations ont alors été organisées, au cours desquelles le niveau de connaissance de l'équipe a été tant renforcé qu'homogénéisé.

Les résultats obtenus

Cette formation a été un pas de plus vers la polyvalence du bureau des entrées. Elle a notamment facilité le détachement de l'un des agents pour occuper la première régie déconcentrée. Les agents se disent aujourd'hui plus à l'aise pour la gestion des dossiers et l'application de la réglementation lors de la facturation.

4.3. Formations sur l'utilisation de l'outil informatique au CHU de Toulouse

Les constats de départ

L'analyse du parcours du patient au sein de cet établissement a permis d'établir un premier constat : l'acquisition des informations administratives lors de l'entrée et la sortie du patient est une étape clé indispensable à la réalisation d'une facture fiable. Or cette acquisition se faisait via un module du SIH qui semblait ne pas être maîtrisé par l'ensemble des agents.

Les objectifs fixés

Il a été décidé de mettre l'ensemble des agents, toutes spécialisations et tous secteurs confondus, à niveau sur l'appréhension et l'utilisation de l'applicatif du SIH. Signalons que cette formation ciblée SIH s'est intégrée dans un plan de formation plus large visant à homogénéiser et développer les compétences d'agents qui étaient jusqu'ici spécialisés soit dans le traitement des consultations externes, soit dans le traitement des séjours.

La mise en œuvre

La formation des agents à tous les modules de l'applicatif « métiers » du SIH relatifs à la gestion des malades a eu lieu de mai à août 2007 : une cinquantaine d'agents a été concernée par cette formation.

Les résultats obtenus

Au-delà de l'amélioration des conditions de travail des professionnels par une meilleure connaissance de leur outil de travail, cette formation fut un prétexte pour rapprocher deux populations sectorisées car spécialisées sur les consultations externes ou les séjours. A terme, c'est le décroisement passant notamment par la rédaction de procédures communes à l'ensemble des agents d'accueil, mais aussi le réaménagement des espaces physiques, qui sont envisagés.

4.4. Sollicitation des agents quant à l'amélioration des procédures au CH de Chartres

Les constats de départ

Le déploiement du dossier patient informatisé sur cet établissement, intégrant une logique de déversement des données du planning de rendez-vous dans le logiciel administratif, a mis en lumière la forte hétérogénéité des pratiques de l'ensemble des agents. Ainsi, lorsque certains patients se présentaient à leur consultation sans fiche de circulation, le service médical :

- Soit réorientait aussitôt le patient vers la caisse des soins externes pour création d'un dossier administratif, avec un risque de création d'un doublon ;
- Soit demandait par téléphone la création du dossier administratif, avec un risque lié à la non vérification ou à la mise à jour des données sécurité sociale et organisme complémentaire.

Dès lors, l'homogénéisation de la saisie des données administratives par les secrétaires médicales lors du premier contact téléphonique avec le patient est apparue comme essentielle.

Les objectifs fixés

L'écriture d'un script de rendez-vous en consultation externe a poursuivi deux objectifs : la diminution des commandes téléphoniques des dossiers ainsi que la sécurisation des données recueillies (diminution des doublons). En termes de méthodologie, l'association des agents à tous les niveaux de cette démarche a semblé le meilleur moyen d'en assurer le succès.

La mise en œuvre

- Constitution et animation d'un groupe de travail regroupant des agents administratifs et des secrétaires médicales sous le pilotage de la coordinatrice des secrétariats médicaux ;
- Elaboration d'une fiche réflexe pour homogénéiser les données administratives saisies par les secrétariats médicaux ;
- Définition de trois étapes d'accueil (accueil téléphonique, accueil physique, après consultation) et intégration homogène au module informatique, finalisé à l'été 2007.

Les résultats obtenus

Une diminution, non encore quantifiée, des doublons de Numéros d'Identification Permanents (NIP) par l'interrogation informatique de la date de naissance dans le module de rendez-vous est attendue. Cette diminution sera quantifiable lorsque le dossier patient informatisé sera totalement déployé. L'implication des agents tout au long des phases de réflexion et de conception a été un gage de succès quant à l'appropriation de la nouvelle procédure.

DUC et coordination des secrétariats médicaux

Chartres, le 30 janvier 2007

PROTOCOLE
d'accueil administratif par les secrétariat médicaux

Objectif : une prise en charge globale du patient aux fins de sécurisation des données administratives et de contribution au recouvrement des créances

Rédaction : xxxx

Vérification : xxxx

Approbation : xxxx

3 étapes dans l'accueil :

1°) l'accueil téléphonique du patient = 3 caractéristiques incontournables :

- ⇒ Le contexte : les données téléphoniques recueillies sont :
 - saisies dans DX planning,
 - déversées dans CPAGE,
 - vérifiées par les caisses au moment de la venue physique du patient et à l'aide de la présentation des justificatifs d'identité et d'ouverture des droits.
- ⇒ les **données indispensables** sont donc les suivantes :
 - date de naissance,
 - nom,
 - nom de naissance,
 - prénom,
 - adresse,
 - nom du médecin consultant,
 - heure de la consultation.
- ⇒ les données ci-dessus doivent donc être suscitées par un interview homogène et partagé par l'ensemble des secrétariats :
 - **demande** au patient l'intégralité de son identité, de son adresse,
 - **exiger oralement** que le patient passe à la caisse des consultations externes avant son rendez-vous médical,
 - proposer au patient de **prévoir le temps nécessaire à la file d'attente et à la création de son dossier**,
 - **lister au patient les 3 documents** à présenter à la caisse des soins externes,
 1. une pièce d'identité,
 2. un justificatif AMO (Assurance Maladie Obligatoire) ou CMU/CMUC ou AME,
 3. un justificatif AMC (Assurance Maladie Complémentaire).

2°) l'accueil physique = 1 seule règle : ne pas accueillir un patient non muni de sa fiche de circulation, tant aux consultations du rez-de-chaussée que dans les consultations décentralisées (PFE, examens de cardiologie, hémato-oncologie et médecine B).

- ⇒ s'assurer de la présence de la feuille de circulation, c'est la certitude d'avoir accès au dossier médical informatisé,
- ⇒ dans le cas contraire, renvoyer le patient en caisse (si nécessaire, proposer au médecin le patient suivant),
- ⇒ la consultation des plannings DX planning permet à la caisse des soins externes de préparer à l'avance les fiches de circulation des rendez-vous d'après 18 h (fermeture de la caisse). C'est l'une des tâches du matin. Ces fiches sont donc à la disposition des secrétariats, durant la journée,
- ⇒ aucune demande de dossier CPAGE ne sera acceptée par téléphone (dérogation à ce principe en cas de patient isolé avec des difficultés à se mouvoir, sous réserve d'une antériorité CPAGE de 3 mois).

3°) l'après consultation = 1 seule consigne (si la fiche de circulation est dotée du **cachet « à régler »**) :

- ⇒ diriger le patient vers la caisse des soins externes pour le règlement du ticket modérateur (NGAP ou CCAM/imagerie),
- ⇒ cette consigne nécessite une vigilance particulière de la part de la cardiologie, au regard des sommes à encaisser (actes CCAM), ainsi que les consultations dans les étages (médecine B, NGAP + CCAM et oncologie, nombreux patients à 100%),
- ⇒ évaluer la mise en place du pré encaissement.

FICHE 1.2. Responsabiliser les professionnels soignants et médicaux

1. La problématique

L'activité première des personnels soignant et médical est centrée sur le soin : l'administratif est bien souvent considéré par ces catégories comme secondaire. Faire admettre que le bon fonctionnement de la structure au sein de laquelle ces personnels évoluent dépend aussi de leur faculté à valoriser les soins dont ils sont les producteurs n'est pas chose aisée. Pourtant, les capacités de financement de l'activité courante et 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 professionnels 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.

2. L'objectif

Il convient de différencier deux problématiques distinctes :

- **Informé le personnel toutes catégories confondues** sur les nouveaux modes de financement et de facturation (T2A, facturation directe, etc.) afin qu'un discours homogène et cohérent soit véhiculé au sein de l'établissement ;
- **Sensibiliser et former les médecins** sur les enjeux de l'exhaustivité et de la rapidité de la saisie des actes, pour que ces derniers ne soient pas bloquants dans le déroulement du processus de facturation.

3. Les actions possibles

Ces deux objectifs peuvent être poursuivis en mettant en place des actions simples :

Informé le personnel toutes catégories confondues

- Mettre en place une campagne d'affichage au sein de l'ensemble des services expliquant les nouveaux modes de financement et de facturation ;
- Organiser une réunion plénière ouverte à tous de rencontre / explication avec les personnels ;
- Créer une page sur l'intranet de l'établissement dédiée à la thématique (informations, messages ciblés par catégorie, etc.) ;
- Joindre aux bulletins de paye une note d'information sur les réformes.

Sensibiliser et former les médecins

- Créer une page sur l'intranet de l'établissement réservée aux médecins et dédiée aux problématiques de codage (informations PMSI, foire aux questions anonymes, etc.) ;
- Intervenir et valider un certain nombre de points en CME ;
- Organiser des sessions de (in)formation à destination du corps médical en partenariat avec le DIM.

☞ *Communication auprès du corps médical au CH de la région d'Annecy, page 19*

☞ *Communication auprès du corps médical au CHI du Val d'Ariège, page 21*

☞ *Contractualisation au CH de Melun, page 24*

4. Des réalisations concrètes

4.1. Communication auprès du corps médical au CH de la région d'Annecy

Les constats de départ

Les entretiens individuels et les groupes de travail organisés au sein de cet établissement ont confirmé la nécessité de mener une campagne de communication sur les enjeux de la facturation et ses implications sur le recouvrement. Dans cet esprit, la direction financière a construit un plan de communication avec des objectifs d'adhésion, de partage et d'appropriation des nouvelles règles régissant le financement des hôpitaux.

Au-delà de cette communication générale, les médecins, de par leur contribution à la constitution de la facture mais aussi au regard de l'aura dont ils disposent dans l'établissement, ont été identifiés comme une population « particulière » à mobiliser sur le sujet.

Les objectifs fixés

En accord avec le DIM, un projet de sensibilisation spécifique auprès du corps médical, portant sur le codage des activités externes et d'hospitalisation, a été défini par la direction financière. Ce projet s'est articulé autour d'une formation « technique » des médecins, assurée directement par le DIM, et d'un plan de communication avec pour objectifs :

- De donner du sens au codage : quelles implications et quelles conséquences se cachent derrière le codage ;
- D'expliquer l'intérêt de coder « vite et bien » : pourquoi émettre un titre le plus rapidement possible par rapport à la sortie du patient, avec une valorisation exhaustive des actes réalisés.

La mise en œuvre

La formation des médecins a pris la forme d'ateliers spécifiques accompagnés d'une mise à disposition d'outils :

- Sensibilisation et perfectionnement du codage CCAM, GHS, etc. ;
- Accompagnement individuel lors d'exercices de codage, formalisation et diffusion d'un kit « le PMSI en poche ».

L'aspect « communication », à proprement parler, s'est matérialisé de manière très concrète par les actions suivantes :

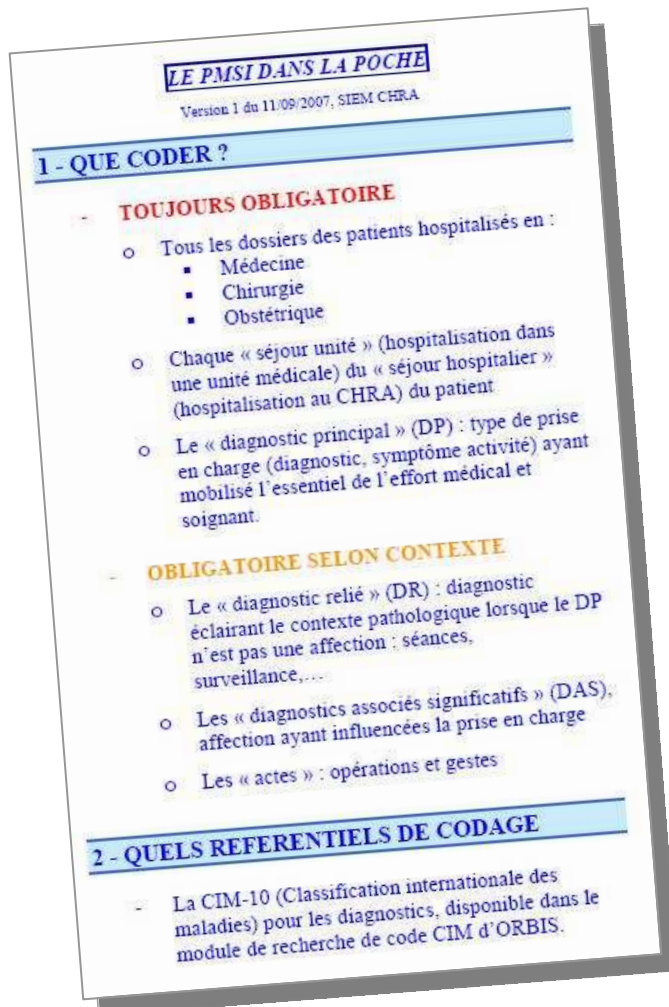
- Interventions en CME et dans toute réunion concernant la gestion de l'établissement : des supports appropriés ont été réalisés à cet effet ;
- Diffusion des messages au niveau des pôles d'activité, par écrit et par oral lors des réunions de pôle ;
- Publication d'un article dans le journal interne décrivant la démarche d'optimisation de la chaîne de facturation menée avec la MeaH, ses enjeux, ses objectifs, et faisant un point sur l'état d'avancement du plan d'actions.

Par ailleurs, notons que d'autres actions de communication, plus générales et ne ciblant pas exclusivement le corps médical, ont été conduites à différentes occasions :

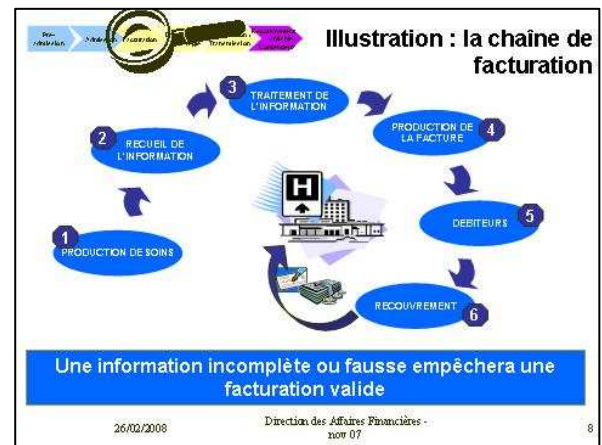
- Avril 2007 : diffusion d'un diaporama réalisé par la CPAM à l'attention des personnels chargés de la gestion administrative des patients ;
- Été 2007 : présentation générale des enjeux de la facturation ainsi que d'un point d'étape du chantier MeaH dans le « bulletin d'information du personnel » ;
- Juin 2007 : point d'étape du chantier MeaH à l'attention des trinômes de pôles ;
- Novembre 2007 : production d'un diaporama « Réforme de financement des EPS – Facturation, recouvrement » à l'occasion d'un comité de pilotage du chantier MeaH.

Des exemples de productions

Extrait du kit « le PMSI en poche » :



Extraits du support réalisé pour le comité de pilotage du chantier MeaH (novembre 2007) :



4.2. Communication auprès du corps médical au CHI du Val d'Ariège

Les constats de départ

Précurseur et expérimentateur de la nouvelle gouvernance, cet établissement est organisé en 6 pôles cliniques et médico-techniques et 4 pôles administratifs. Convaincus que la problématique de la facturation est l'affaire de tous, les responsables du CHI ont eu à cœur de faire en sorte que chacun des pôles se sente impliqué quant à l'amélioration des pratiques et ainsi porte une part de responsabilité dans l'atteinte de l'objectif. La volonté d'associer le corps médical à la démarche en évaluant et optimisant ses pratiques en matière de codage est donc apparue naturellement.

Les objectifs fixés

Dans cet esprit, la communication avec le corps médical a été envisagée non pas en termes de sensibilisation aux grands principes de la facturation mais directement à partir de données chiffrées permettant d'évaluer et de suivre la progression objective des taux d'exhaustivité et délais de codage au sein des différents pôles.

La mise en œuvre

Des développements informatiques ont été engagés et ont permis d'obtenir des indicateurs relativement fins sur les anomalies et les délais de codage, tels que ceux présentés dans le tableau ci-dessous :

Nombre de dossiers en anomalie par pôle et type d'erreur								
Situation au 12/11/2007								
	Acte CCAM sans tarif et aucune consultation saisie		Erreur CCAM		IEP convergence sans acte		Rendez-vous Crossway sans acte	
pôle	Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%
Pôle bloc anesthésie chirurgie	1	11%	188	27%	100	11%		
Pôle femme mère enfant	1	11%			41	5%		
Pôle gériatrie			1	0%	2	0%		
Pôle médecine			360	51%	343	39%	19	86%
Pôle prestations médico-techniques	6	67%	160	23%	381	43%	3	14%
Pôle SAMU SMUR urgences réanimation	1	11%			11	1%		
Total	9		709		878		22	

Cet état des lieux a permis d'identifier les grandes typologies d'anomalies sur chacun des pôles médicaux, de cibler les principales difficultés, pouvant varier d'un pôle à l'autre, et d'apprécier les actions globales les plus utiles à mettre en œuvre.

Après ce premier diagnostic, des indicateurs plus précis ont été définis, permettant d'analyser plus finement l'origine des erreurs, pôle par pôle :

ANNULATIONS PÔLE FEMME MERE ENFANT	UF 5700-5710-5711-5720-5730-5740-5760-5761-5762-5764-5765-5767	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai
ADRESSE NPAI	Adresse incomplète ou mal saisie	0	0	0	0	0
	Erreur d'adresse	0	0	0	0	0
	sous-total 1	0	0	0	0	0
CONTESTATION DEBITEUR	Mutuelle contestée	0	0	0	0	0
	sous-total 2	0	0	0	0	0
INTERPRETATION DROITS OU TAUX DE PRISE EN CHARGE	droit non ouvert	0	3	0	0	1
	Droit non valide en AMC CMU	0	6	1	0	0
	Erreur d'interprétation de couverture	0	0	3	0	1
	Erreur taux de prise en charge	0	2	4	1	2
	Facturé à tort "non en rapport avec ALD"	0	0	0	0	0
	Facture payant alors que CMU	0	0	0	0	0
	Facturé payant alors que mutuelle	0	11	20	7	13
	Facturé payant totalité alors que couverture sociale	0	2	8	0	0
	non adhérent à la mutuelle	0	0	2	2	0
	Parcours de soins	0	9	6	0	21
	Refus de paiement de la franchise de 18€ par la mutuelle	0	0	0	0	0
	Soins > date de fin de garantie	0	8	6	2	0
	sous-total 3	0	41	50	12	38
ERREURS SYSTEME	Programme non adapté	0	0	0	0	0
	sous-total 4	0	0	0	0	0
ERREURS DE SAISIE ACTES	Actes saisis après facturation	0	1	14	7	17
	actes saisis en double (paiement en regie)	0	0	0	0	0
	Codage	0	9	2	1	0
	Code specialite medecin	0	0	1	0	0
	sous-total 5	0	10	17	8	17
ERREURS DE SAISIE DOSSIERS ADMINSTRATIFS	Date de délivrance de produits pharmaceutiques	0	0	0	0	0
	Date de naissance	0	0	0	0	0
	Débiteur AMO AMC	0	5	8	8	11
	Numéro d'immatriculation	0	0	2	1	0
	Risque différent	0	1	5	2	3
	sous-total 6	0	6	15	11	14
MAUVAISE PRATIQUE	Assuré absent au fichier	0	0	0	2	1
	Bénéficiaires des soins inconnus	0	3	2	1	1
	Carte vitale non transférée	0	2	6	4	0
	Pas de tiers payant	0	0	4	3	1
	sous-total 7	0	5	12	10	3
PROBLEME DE COMMUNICATION	demande d'ALD non communiquée	0	0	0	0	0
	sous-total 8	0	0	0	0	0
TELETRANSMISSION	Rejet irisB2	0	2	0	0	2
	Rejet noe	0	23	2	0	0
	sous-total 9	0	25	2	0	2
	Total Général	0	87	96	41	74
	% d'annulation par mois	0%	18%	20%	9%	16%

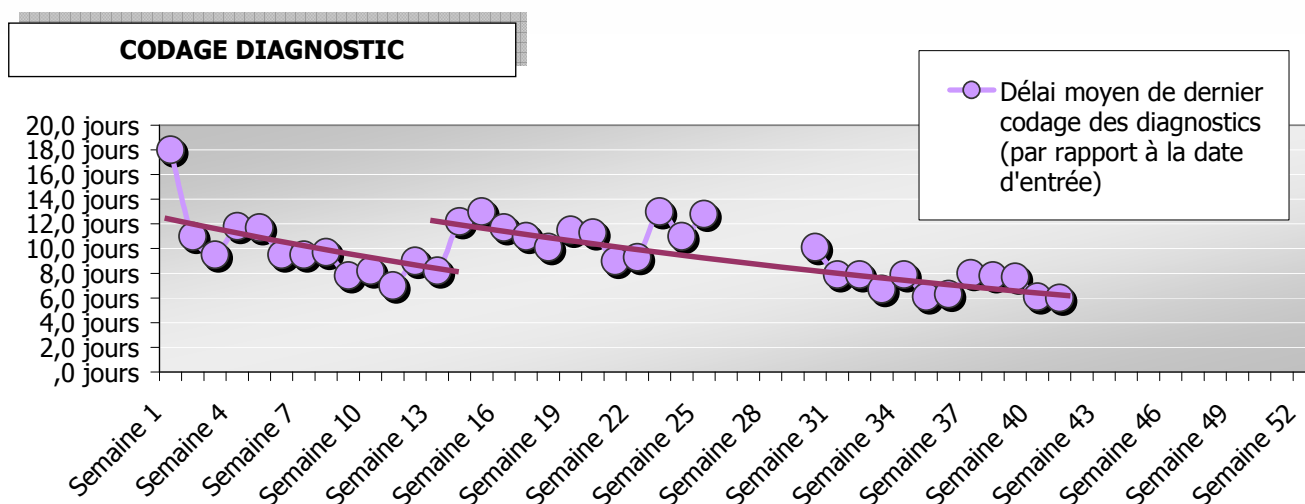
Nb de dossiers créés	2452	2259	2530	2285	2415
% d'annulation par rapport au nb de dossiers créés	0%	4%	4%	2%	3%

Envoyées dans un premier temps à chaque responsable de pôle, ces données ont ensuite représenté une opportunité pour ouvrir le dialogue entre le DAF et chacun des responsables de pôle, rencontrés séparément. Au cours des réunions, les résultats ont donc été partagés et analysés, permettant alors aux uns et aux autres d'envisager les actions correctrices qui s'imposent.

Il a par la suite été prévu de concrétiser cette implication des pôles à travers les contrats de pôles dans lesquels auront été fixés des objectifs de suivi régulier des indicateurs, et par la mise en place des dispositions nécessaires pour les améliorer.

Les résultats obtenus

La communication de ces données a donc été un moyen d'appropriation du sujet par les pôles et par le corps médical. Il a ainsi été possible de déterminer les erreurs et lenteurs de codage suffisamment finement pour que le responsable de pôle puisse intervenir directement auprès du/des médecin(s) concerné(s). Les délais de codage ont pu être analysés, et la communication autour de la qualité a eu un impact naturel sur ces derniers.



A terme, il est envisagé d'obtenir des indicateurs nominatifs pour chaque professionnel, chacun pouvant ainsi s'auto évaluer. Ceci ne pourra être cependant obtenu que par le développement d'une solution informatique spécifique.

Il est à noter que le succès d'une telle démarche ne pourra être assuré que par le caractère progressif de sa mise en œuvre, afin de respecter les étapes de dialogue sur l'identification et la définition des indicateurs, puis de développement, et enfin de présentation pédagogique et d'appropriation des acteurs. En effet, procéder par étape est nécessaire pour éviter un rejet brutal des interlocuteurs (chefs de pôles, médecins, etc.) sur les points durs mis en évidence par les indicateurs.

4.3. Contractualisation au CH de Melun

Les constats de départ

Afin de mettre en pratique l'ensemble des réformes qui ont été définies en 2007, la direction de cet établissement a décidé d'établir à titre expérimental une contractualisation horizontale entre le service des admissions et le pôle « médecine ».

Les objectifs fixés

L'objet de cette contractualisation fut d'améliorer les trois points suivants :

- La prise en charge du patient lors de son arrivée (par les urgences, en hospitalisation programmée, suite à un transfert) ;
- La fiabilité du recueil des informations administratives des malades par l'implication effective des équipes soignantes dans la chaîne de facturation ;
- Le recouvrement des factures adressées à l'Assurance Maladie, aux mutuelles ou, le cas échéant, au malade lui-même.

La mise en œuvre

Afin d'atteindre ces objectifs, depuis le début de l'année 2008, ces deux entités ont travaillé en relation très étroite pour rédiger des procédures qui définiront le cadre des actions de chacun. Une étude est actuellement en cours sur des points comme l'hospitalisation programmée ou l'organisation des transferts.

Le but recherché est d'améliorer le fonctionnement actuel de manière pérenne :

- Informer le cadre de l'unité fonctionnelle concernée de la présence dans son service d'un patient sans couverture sociale, ni mutuelle, en fin de droits, en situation régulière sans assurance ou en situation irrégulière ;
- Informer également le service social ;
- Programmer des réunions de travail pour revoir les dossiers litigieux.

A – Les procédures relatives aux hospitalisations programmées :

- Définition du circuit du patient selon les services de soins ;
- Transmission au service des admissions tous les jours avant 16 h, par fax, des listes de patients pré admis et devant être hospitalisés le lendemain.

B – Les modalités de transferts :

- Information le plus rapidement possible du service des admissions de toute arrivée d'un patient en provenance d'une structure extérieure, publique ou privée, à l'établissement.

L'organisation qui se met en place est la suivante :

- Désignation de référents nominatifs aux admissions et dans les différentes unités fonctionnelles
- Mise à disposition pour le pôle médecine d'un numéro de téléphone spécifique (notion de référents aux admissions pour le pôle concerné).

Les résultats obtenus

Ces objectifs, nouveaux au sein de cet établissement, ainsi que les organisations envisagées prennent corps en ce début d'année 2008, à la suite du contrat interpôles signé en toute fin d'année 2007 entre la direction, les services des admissions et le pôle de médecine. De ce fait, aucune évaluation n'est à ce jour possible mais elle est évidemment programmée dans le cadre des indicateurs de suivi du déroulement du contrat (cf. plans d'action présenté ci-après).

TABLE DES MATIERES DU CONTRAT DE POLE

Préambule

Article 1 - L'objet du contrat	page 3
Article 2 - Objectif n°1- Formation et connaissance réciproque soignants / gestionnaires	page 3
Article 3 - Objectif n°2- Modalités de prise en charge thérapeutique du malade	page 4
Article 3.1 -La programmation des séjours et les pré-admissions	
Article 3.2 -Les transferts	
Article 4 - Objectif n°3 – Organisations et outils	page 4
Article 4.1 -Les organisations	
Article 4.2 -Les outils	
Article 5 - Les évolutions du contrat	page 5
Article 5.1 -La durée du contrat	
Article 5.2 -Les indicateurs de suivi de l'exécution du contrat	
Article 5.3 -Les avenants au contrat	
Article 5.4 -Les conséquences de l'inexécution du contrat	
Article 5.5 -Les modalités de renouvellement du contrat	

PLAN D'ACTIONS ANNEXE AU CONTRAT DE POLE

OBJECTIFS		ACTIONS	INDICATEURS	MOYENS
N°1	Formation et connaissance réciproque soignants / gestionnaires.	Former / informer les services de soins aux enjeux de la gestion des dossiers	1 réunion au moins par trimestre	Compte rendu des réunions
		Rédiger des procédures d'admission des patients	Existence d'au moins deux procédures communes	
N°2	Modalités de prise en charge thérapeutique du malade	Rédiger une procédure relative à la programmation des séjours et aux pré-admissions	Existence d'une procédure	
		Transmettre au service des admissions tous les jours avant 16h la liste des patients pré-admis (engagement du pôle médecine)	Présence de la liste tous les jours avant 16h au sein du service des admissions	Enquête un jour donné une fois par mois
		Rédiger une procédure relative à la gestion des arrivées de patients de l'extérieur de l'établissement (autre établissement de soins ou à vocation médico-sociale)	Existence d'une procédure avant le 01 avril 2008	
N°3	Organisations et outils	Mise en place de référents au sein du service des admissions et des services de soins	Nomination par écrit des référents	
		Réunir une fois par mois les référents des deux pôles	1 rencontre au moins une fois par mois	Compte rendu sommaire des situations évoquées
		Mettre en place d'outils d'alerte	Existence d'outils d'alerte	Enquête un jour donné une fois par trimestre
		Mettre en place des indicateurs de suivi en routine	Existence d'indicateurs de suivi	Enquête un jour donné une fois par trimestre

FICHE 1.3. Informer les patients

1. La problématique

La nature du bassin de population fréquentant l'établissement est un facteur qui peut grandement influencer sur le processus de facturation. Les patients étrangers ou en rupture sociale doivent faire l'objet d'une attention toute particulière, de la part du service social bien entendu, mais également en termes d'identification des moyens de couverture des frais d'hospitalisation ou de consultation. Plus généralement, certaines informations aisément récupérables, peuvent être révélatrices de la nature du bassin de santé, des difficultés associées et donc des messages qu'il convient de faire passer en priorité à la « clientèle » :

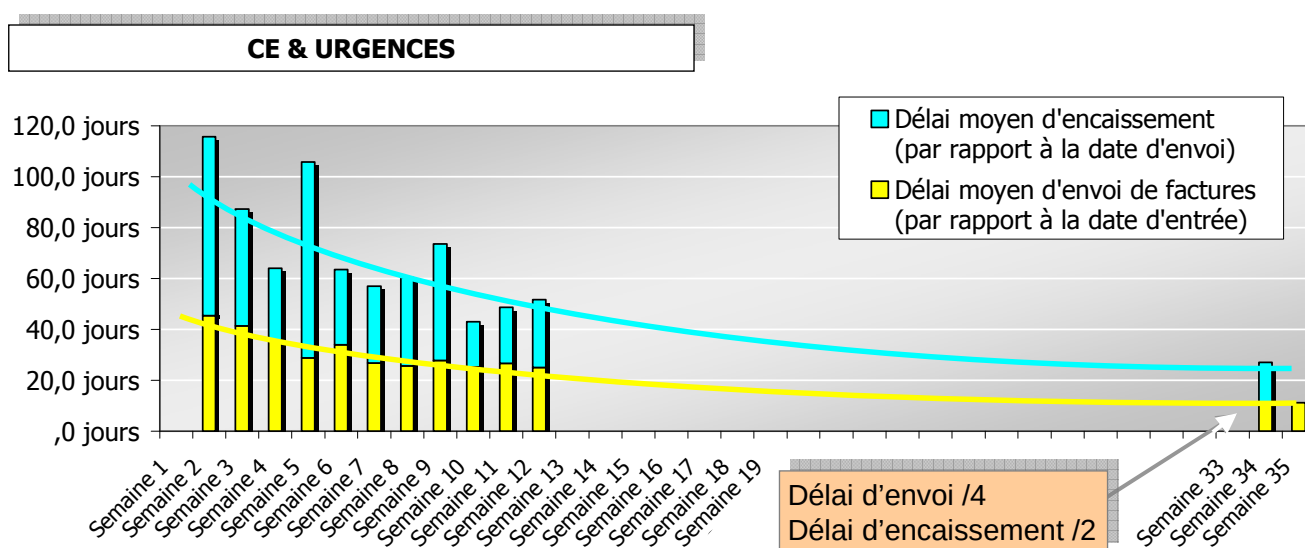
- Le taux de Rmistes ;
- Le taux de chômage, comparé à la moyenne nationale ;
- La rotation touristique, comme phénomène compliquant le recouvrement ;
- Etc.

2. L'objectif

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, au 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.

Par ailleurs, l'expérience prouve, comme ce fut démontré par le centre hospitalier de Melun de janvier à septembre 2007, qu'une facture de qualité reçue à domicile quatre fois plus tôt sera payée en moyenne deux fois plus vite...



3. Les actions possibles

Il convient de choisir les messages et supports de communication appropriés en fonction des problématiques principales qui auront été identifiées. Ci après une liste non exhaustive :

Des messages à faire passer

- Problématique d'identito-vigilance ;
- Aide à la compréhension technique de documents administratifs (factures, etc.) ;
- Culture générale « hôpital ».

Des supports de communication envisageables

- Affichage sur le lieu de l'accueil ;
- Documentation à proximité des guichets ;
- Diaporama en boucle sur des écrans en salles d'attente ;
- Information verbale lors de la présentation physique à l'agent d'accueil.

4. Des réalisations concrètes

4.1. Campagnes d'affichage relatives à la qualité de l'identification au CHU de Toulouse

Les constats de départ

Les responsables de cet établissement ont pris conscience très tôt que recueillir des informations fiables sur l'identité du patient et ses droits à l'assurance maladie obligatoire et complémentaire ou autres était absolument nécessaire pour fiabiliser la facturation. La communication auprès des patients sur cette thématique s'est donc imposée d'elle-même.

Dès lors, les groupes de travail internes à l'établissement, constitués pour l'occasion, ont identifié deux points de vigilance :

- La crainte qu'une communication malhabile auprès du patient soit mal interprétée par celui-ci, et ne crée plus de désagréments que de facilités pour le personnel administratif ;
- Le malaise des agents à devoir désormais systématiquement demander les papiers d'identité à des patients non informés.

Les objectifs fixés

Il a été décidé de mettre en oeuvre une communication qui équilibre explicitement la mise en valeur de l'intérêt du patient et celle de l'établissement. La campagne de communication a par ailleurs été accompagnée d'un changement de comportement des agents des guichets d'accueil, afin de faire coïncider messages écrits et pratiques en matière d'accueil et de collecte de pièces administratives. La campagne de communication s'est articulée autour de trois messages clé :

- Informer les patients de la nécessité de présenter leurs papiers d'identité ;
- Faciliter le travail des agents d'accueil qui doivent demander les pièces justificatives aux patients ;
- Equilibrer les messages entre l'intérêt des patients et celui de l'établissement.

La mise en œuvre

Dès janvier 2007, la CIV (Cellule d'Identito-Vigilance), la DAF, les services de soins et la cellule de communication ont défini les messages et les modalités de communication. La campagne d'affichage, progressive, a été généralisée en mai 2007 :

- Création d'un support d'information pour les patients afin d'obtenir un document officiel d'identité : réalisation d'une affiche (voir exemple ci-contre) ;
- Affichage systématique au point de passage et d'attente des patients y compris à l'accueil des services de soins.

Les résultats obtenus

Le résultat de la campagne d'affichage ne peut être jugé objectivement qu'en le réinsérant dans un ensemble d'actions qui vise à changer les comportements des agents et des patients tout en veillant à la mise en cohérence des uns et des autres. Néanmoins, l'augmentation de la qualité de la facturation, avérée sur cet établissement, y est vraisemblablement en partie due.



4.2. Affiches « techniques » d'explication des factures au CH de Saint-Denis

Les constats de départ

A l'origine de la volonté de cet établissement d'informer ses patients se trouvaient plusieurs constats, développés ci-après :

- La méconnaissance générale de la part des patients de la réglementation liée à l'assurance maladie : ce qui peut être pris en charge, ce qui reste dû, ce qui est exonéré, les démarches à effectuer, les tarifs (par exemple confusions entre forfait journalier et ticket modérateur, méprise sur le prix de journée, ignorance des règles d'exonération des 100% pour l'ALD, etc.) ;
- La « culture de l'hôpital gratuit », côté clientèle. Cette « culture » était également répandue chez le personnel de l'hôpital, voire les équipes de la trésorerie. Un certain nombre de factures n'étaient jamais envoyées et les poursuites jamais lancées ;
- La désorientation liée à l'incompréhension de la séparation ordonnateur/comptable : le manque de distinction entre ce qui relève du contenu de la facture (détermination de la somme due en fonction des soins et de la couverture sociale) et ce qui relève des possibilités de paiement (échelonnement éventuel de la dette) générait des allers et retours de patients entre le bureau des entrées et la trésorerie ;
- L'augmentation sensible des plaintes relatives à la facturation (environ ¼ des plaintes enregistrées à la direction de la clientèle concernaient les factures).

Les objectifs fixés

Plusieurs messages ont donc été identifiés comme essentiels à passer aux patients. Parmi eux :

- Vulgariser les principes de base de la prise en charge financière des soins ;
- Expliquer les principes de base des poursuites du Trésor Public (type, délais) ;
- Rappeler l'ensemble des pièces indispensables et les moyens de paiement mis à disposition par l'établissement ;
- Orienter les patients vers le bon interlocuteur dès le départ ;
- Inciter les patients à se manifester au plus tôt s'ils ne comprennent pas ou contestent une facture.

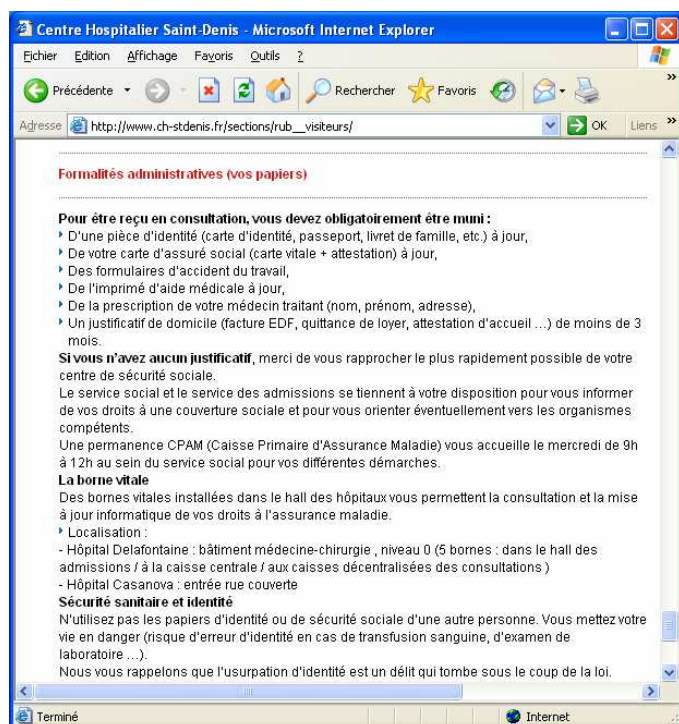
La mise en œuvre

Des groupes de travail ont permis de produire des supports relayant les messages définis et évoqués précédemment. Parmi ceux-ci, citons :

- Campagne d'affichage 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. Ces affiches se retrouvent sur chaque caisse (centrale et décentralisée), sur des kakémonos à l'accueil, ainsi que dans les locaux de la trésorerie. Une information dans le journal interne de l'hôpital a relayé cette campagne ;
- Mise en place de signalétiques relatives aux lieux et horaires d'ouverture des caisses ;
- Révision des cartons de rendez-vous afin de mettre à jour la liste des pièces à fournir et les aides proposées par l'hôpital (service social, borne de mise à jour des cartes Vitale) ;
- Relais sur le site Internet de l'établissement dans les rubriques relatives aux consultations et hospitalisations.

Des exemples de productions

Mise en ligne sur le site Internet de l'établissement :



Affiche placée à l'accueil des patients :



Résultats obtenus

Au-delà de l'appropriation par les personnels administratifs de la culture « facturation », délicate à appréhender et chiffrer, quelques signaux tendent à objectiver un véritable changement culturel de perception de l'hôpital par ses patients :

- Réaction plus rapide aux factures reçues ;
- Nombre de patients beaucoup plus important au guichet de la trésorerie pour régler les dettes.

4.3. Kit communication consolidé par le groupe de travail MeaH

Dans le cadre des travaux MeaH, plusieurs établissements ont identifié la même nécessité de communiquer sur le sujet de la facturation. Un « kit communication », diffusé par la MeaH, a alors été consolidé : il a pour ambition de réunir les productions, issues d'initiatives propres aux établissements ou en ateliers de travail, qui ont vu le jour dans le cadre du chantier, afin de permettre à d'autres établissements de pouvoir librement s'en inspirer. Le kit contient les documents suivants :

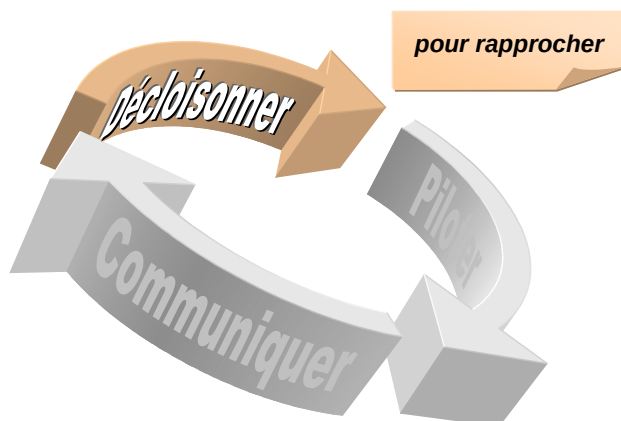
- Affiche Avis Des Sommes A Payer : réalisé par le CH de Saint Denis ;
- Affiche Identification Patient : affiche réalisée par le CHU de Toulouse ;
- Affiche Identité : réalisé par le CH de Saint Denis ;
- Flyers Consultation : réalisé par le CH de Saint Denis ;
- Kit PMSI + CMA : réalisé par le CH de la Région d'Annecy ;
- Communication Institution : diaporama basé sur un travail du CHU de Caen ;
- Communication Patients : document réalisé en atelier de travail ;
- Message Personnel Médical : document réalisé en atelier de travail ;
- Message Personnel Non Médical : document réalisé en atelier de travail ;
- Dessins humoristiques : réalisés par le dessinateur Patrick SEILER.

Les documents sont livrés soit au format EXEMPLE (productions d'établissements, mis en forme et protégés) soit au format TEXTE (documents bruts, pouvant être remaniés à volonté par les utilisateurs). Enfin, des dessins humoristiques, libres de droits, sont mis à disposition au format DESSIN (☞ annexe *Changer les comportements : illustrations humoristiques*, page 83).

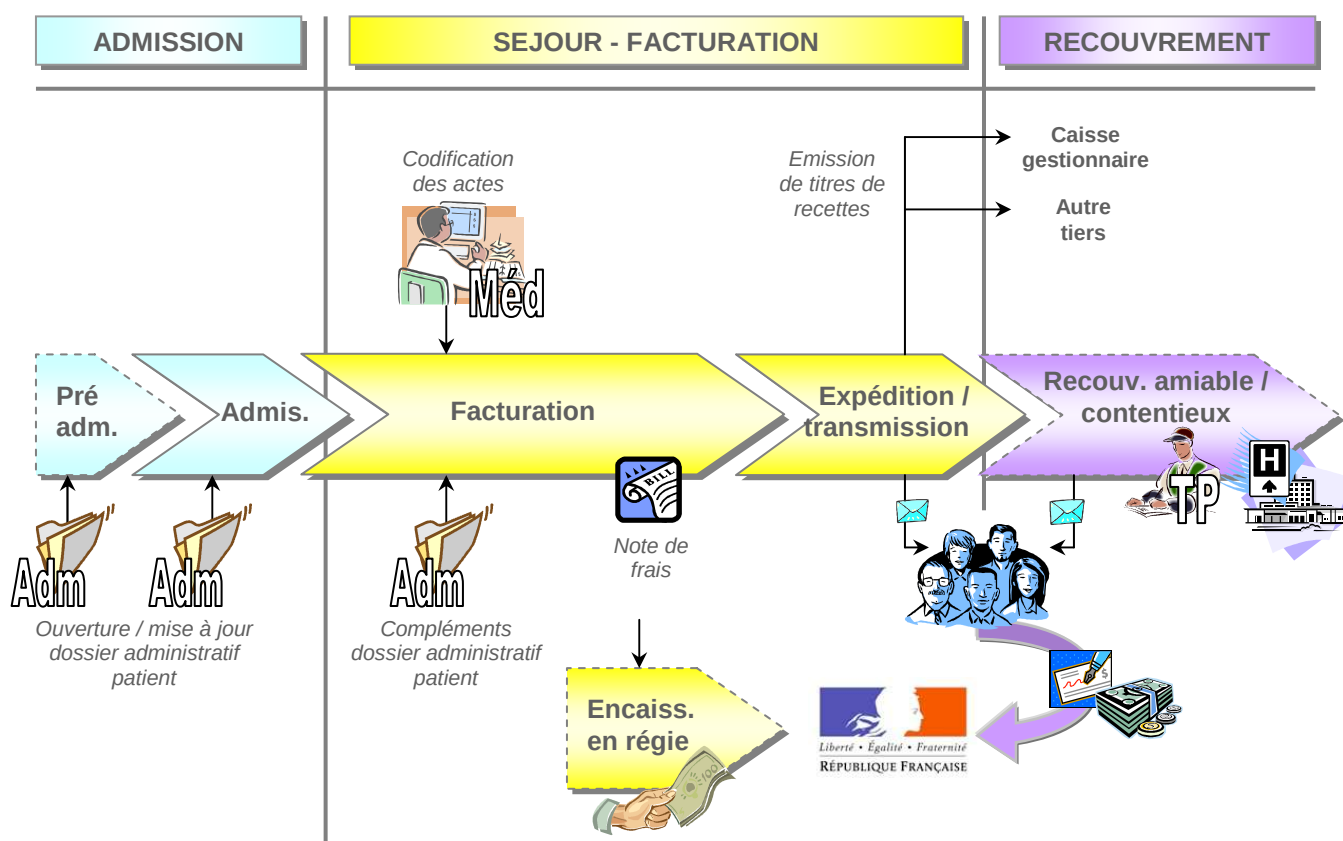


Kit communication v2.0
disponible sur
www.meah.sante.gouv.fr

2. Chapitre 2 : décloisonner pour rapprocher



Totalement 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. Au final la qualité de la facturation sera autant le fruit de la qualité des travaux de chacun que de leur bonne coordination. Il convient alors dans un premier temps d'identifier et mettre à plat ce processus (notons que l'activité « recouvrement » exercée par le comptable public n'est valable que dans le secteur public) :



Si les pratiques et expertises des uns et des autres peuvent toujours être affinées, l'un des enjeux majeurs consiste à fédérer l'ensemble des acteurs autour d'un objectif commun. Dans cette optique, rapprocher l'ensemble de ces intervenants est une pratique qui peut prendre plusieurs formes, non exclusives. Nous pouvons en identifier deux :

- **Fluidifier les interfaces** pluridisciplinaires, afin que les professionnels d'activités différentes puissent enfin échanger sur leurs pratiques respectives ;

☞ FICHE 2.1 Coordonner les activités de nature différente, page 34

- **Favoriser la polyvalence** à tous les niveaux, que ce soit des accueils d'hospitalisation et de consultations externes, des agents administratifs aux secrétaires médicales, etc.

☞ *FICHE 2.2 Favoriser la polyvalence, page 47*

La suite de l'ouvrage s'attache à développer ces deux points.

FICHE 2.1. Coordonner les activités de nature différente

1. La problématique

Comme pour toute activité réunissant autour d'un objectif plusieurs compétences et expertises distinctes, les dysfonctionnements relatifs à de simples défauts de coordination ou de compréhension entre les uns et les autres ne manquent pas. Quelques exemples :

- Le lieu de naissance est pour la TP un élément clé du recouvrement. Cependant, bien que les procédures applicables stipulent qu'il doit être demandé lors de l'admission, les difficultés de recouvrement identifiées par la TP montrent que cette information n'est pas systématiquement recueillie... ;
- Le travail des services sociaux ne se fera pas dans les mêmes conditions si ces derniers sont sollicités en amont dès l'identification de certains problèmes par les agents ou 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.

2. L'objectif

Ainsi, 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.

DAF-BE / TP

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. Par ailleurs, si le processus facturation / recouvrement est linéaire, le principe de séparation ordonnateur / payeur est à l'origine de responsabilités bien distinctes de l'établissement et du trésorier. Ainsi, le rapprochement avec la TP peut s'envisager autour de plusieurs points :

- Articulation des procédures de recouvrement avec l'établissement : définition des délais et seuils de poursuites, traitement des rejets ;
- Production d'indicateurs de pilotage : lesquels (restes à recouvrer, taux de recouvrement, etc.) et quand (dates et période de production) ;
- Etc.

DAF-BE / DIM

La production de l'information médicale est un élément crucial de la facturation, placé sous la responsabilité du DIM. Ce dernier a cependant bien souvent des difficultés à se positionner par rapport à ses collègues médecins et à la direction d'établissement. Définir et structurer conjointement l'action du DIM peut s'envisager autour de plusieurs objectifs :

- Objectiver la qualité, l'exhaustivité et les délais de codage moyens de l'établissement ;
- Définir une politique de sensibilisation et d'action vis-à-vis du corps médical ;
- Etc.

DAF-BE / Services sociaux

La bonne articulation entre les assistantes sociales, les professionnels de la cellule précarité (etc.) et les agents administratifs, pourtant primordiale pour la qualité de prise en charge des patients en situation précaire, n'apparaît pas comme un standard. La sollicitation des services sociaux n'est pas systématique en cas de problème au bureau des entrées :

- Les systèmes d'échanges formalisés d'information avec les services sociaux doivent être mis en place ;
- La cellule de précarité doit être placée au mieux sur le circuit naturel des patients ou à défaut faire l'objet d'un signallement visible.

DAF-BE / CPAM-Mutuelles

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

- Renforcement des liens par la désignation de référents « échanges » de part et d'autre, pouvant être sollicités en amont de la facturation ;
- Stimulation de la dématérialisation des échanges ;
- Large partage d'information sur les assurés, en particulier concernant l'ouverture des droits ;
- Maîtrise du champ d'application des conventions, notamment le tiers payant.

Notons que l'ensemble des réunions pluridisciplinaires, dans une forme plus aboutie, peut être consolidé en une véritable commission « transversale », endossant au-delà des problématiques d'interfaces une dimension de pilotage du processus : cet aspect est développé plus loin dans l'ouvrage.

3. Les actions possibles

Pour chacune de ces interfaces, un certain nombre d'actions est envisageable, chacune illustrée par une ou plusieurs réalisations concrètes d'établissements du chantier MeaH :

DAF-BE / TP

- ☞ *Collaboration DAF + TP au CH de Saint-Denis, page 36*
- ☞ *Collaboration BE + TP sur les relances débiteurs au CH de Chartres, page 37*

DAF-BE / DIM

- ☞ *Collaboration DIM / BE au CH de la région d'Annecy, page 39*

DAF-BE / Services sociaux

- ☞ *Sollicitation des services sociaux par le BE au CH de Cannes, page 41*

DAF-BE / CPAM-Mutuelles

- ☞ *Collaboration DAF + CPAM au CH de Saint-Denis, page 42*
- ☞ *Collaboration DAF + Mutuelles au CH de la région d'Annecy, page 43*

4. Des réalisations concrètes

4.1. Collaboration DAF + TP au CH de Saint-Denis

Les constats de départ

Si les contacts avec la trésorerie existaient au sein de cet établissement, ils demeuraient informels et ne se faisaient pas dans le cadre de rencontres régulières et formalisées. Plusieurs problématiques, relevant de responsabilités conjointes entre DAF, BE et TP, demeuraient alors en suspens :

- Importants RAR, relatifs indifféremment aux débiteurs particuliers et aux débiteurs institutionnels ;
- Nombreux dossiers en « suspension de poursuites », et ce depuis plusieurs années ;
- Absence de procédures et tableaux de bord partagés par les équipes de la TP et de l'établissement.

Les objectifs fixés

L'objectif fut de mettre en place des réunions régulières, dont l'ordre du jour aborderait des sujets précis et suivis dans le temps. Parmi ceux-ci :

- Evaluation et aménagement de la politique de relances (révision des seuils de poursuites) en vue d'une réduction des RAR ;
- Optimisation et régularisation du fonctionnement des régies ;
- Mutualisation des outils informatiques (HTR, HREREC, gestion administrative des patients).

La mise en œuvre

Dans un premier temps, un projet de signature d'une convention de partenariat précisant les responsabilités et les engagements réciproques a permis de mettre à plat les modalités de collaboration entre établissement et TP. L'identification de référents sur chaque secteur (régie, recettes, recouvrement, etc.) a permis également de mieux identifier les rôles de chacun et d'ainsi faciliter les échanges.

Les rencontres avec la TP se sont déroulées au rythme d'une fois par mois, avec systématiquement production de comptes-rendus, relevés de décision et feuille de route pour la prochaine réunion.

Les résultats obtenus

Ces réunions, pérennes, ont renforcé le lien de confiance entre les différentes parties prenantes. Très naturellement, certains des résultats obtenus par l'établissement peuvent être imputés à cette démarche :

- Apurement d'une partie des RAR par une politique sélective et concertée des annulations et des admissions en non valeur ;
- Accélération du déploiement de la dématérialisation des titres de recettes ;
- Traitement au fil de l'eau du contentieux ;
- Travail sur les NPAI avec exploitation systématique des changements d'adresses ;
- Contrôle et aménagement de l'ensemble des régies de recettes (révision des arrêtés, des indemnités, des fréquences) ;
- Suivi des rejets trésorerie et recadrage en conséquence des pratiques (par exemple, procédures particulières de saisie des prénoms, pour les patients majeurs ayant-droit, pour les domiciliations).

4.2. Collaboration BE + TP sur les relances débiteurs au CH de Chartres

Les constats de départ

Un certain nombre de dossiers générés par cet établissement, gérés et facturés sans erreur de débiteur, faisaient pourtant l'objet de délais de paiement très importants malgré les nombreuses relances effectuées par la Trésorerie. Dans le cadre de la Convention de Service Financier et Comptable signée en novembre 2007 entre l'établissement et la Trésorerie, il a été décidé de renforcer les procédures de recouvrement.

Les objectifs fixés

L'objectif que s'est fixé l'établissement était d'améliorer très nettement le recouvrement des factures « valables », c'est-à-dire non honorées uniquement du fait du débiteur. Pour ce faire, il s'est agi de relancer les débiteurs avec les montants dus les plus importants, ou récurrents, afin de stimuler l'encaissement.

La mise en œuvre

Dès décembre 2006, des travaux en étroite collaboration avec la trésorerie ont été entrepris. Dans un premier temps, une copie des courriers de relance émis par la Trésorerie a été adressée au CH. Deux cibles ont ensuite été déterminées, les mutuelles et assurances et les particuliers :

- Consolidation de la liste des mutuelles et assurances ayant une créance supérieure à 2 000 euros au 31/12/2006 ;
- Consolidation de la liste des débiteurs devant au moins 3 titres sur les exercices 2004/2005 (soit une période après épuisement de la procédure de recouvrement menée par la Trésorerie), en novembre 2006.

Par la suite, des courriers de relance ont été rédigés et envoyés. Ces derniers émanent de l'hôpital et non de la Trésorerie. Rédigés sous son contrôle, les courriers veillent bien à ce que l'ordonnateur ne se substitue pas au comptable, à qui incombe la procédure de recouvrement à proprement parler (cf. exemple figurant ci-après) :

- Envoi d'un courrier commun et cosigné par la Direction des finances et celle des usagers le 15/05/2007 ;
- Envoi d'un courrier commun et cosigné par la Direction des finances et celle des usagers aux 340 débiteurs identifiés.

Les résultats obtenus

Un suivi régulier des encaissements a été mis en place, permettant de mesurer régulièrement l'impact des relances sur le recouvrement.

	Apurement	
	RAR mutuelles et créances > 2 000 € arrêtés au 31/12/2006	RAR patients retardataires et récidivistes arrêtés au 21/12/2005
Chartres		
Janvier 2007	139 225 €	140 424 €
Novembre 2007	28 657 € (79% des RAR initiaux encaissés)	57 896 € (59% des RAR initiaux encaissés)

**Monsieur le Directeur
Mutuelle xxxx**

Chartres, le xxxx

N/Réf : xxxx
Objet : Recouvrement de créances

Monsieur le Directeur,

Des informations reçues de notre Comptable, Trésorier Principal de Chartres, il s'avère que votre organisme demeure redevable envers le Centre Hospitalier de Chartres des sommes détaillées dans le bordereau de situation ci-joint.

Il s'agit des dettes arrêtées au 31 décembre 2006 et qui font l'objet d'une procédure contentieuse en cours de la part du Trésorier. Or, notre cadre conventionnel de facturation suggère des délais de paiement raisonnables et équilibrés pour les trésoreries respectives.

Afin d'éviter les poursuites résultant de ces impayés, nous vous invitons à bien vouloir vous acquitter, sous trente jours, de leur montant auprès de la :

Trésorerie de Chartres Municipale

52 rue des comtesses
28 000 CHARTRES
02.37.30.xx.xx

En cas de contestation de votre part, merci de bien vouloir contacter la Direction des Usagers
soit :

Service des soins externes (pour des consultations)
4 rue Claude Bernard – 28630 Le Coudray – 02.37.30.xx.xx

Service contentieux (pour des hospitalisations)
34 rue du Docteur Maunoury – 28000 Chartres – 02.37.30.xx.xx

Si votre organisme s'est acquitté de cette dette récemment, nous vous en remercions et vous prions de ne pas tenir compte de la présente lettre.

Dans l'attente de votre règlement et restant à votre disposition, nous vous prions d'agréer,
Monsieur le Directeur, nos salutations distinguées.

Le Directeur
Des Usagers et
De la Communication

Le Directeur
Des Services Financiers et
Du Contrôle de Gestion

PJ : bordereau de situation des impayés
Copie : Monsieur le Trésorier Principal de Chartres, Comptable du Centre Hospitalier

4.3. Collaboration DIM / BE au CH de la région d'Annecy

Les constats de départ

La perspective de la facturation directe pousse au découplage des modalités d'appariement des données administratives et des données médicales. La DAF de cet établissement a anticipé le mouvement et a proposé au DIM de travailler plus étroitement avec le BE.

Les objectifs fixés

La méthode proposée fut la suivante : utiliser les données transitant par le PMSI et les retours signifiés par l'ATIH pour analyser, à des fins d'amélioration, les données transmises par l'établissement. A travers cette collaboration, la DAF avait en tête un double objectif :

- Améliorer la qualité de la facturation ;
- Améliorer la cohérence entre le système de facturation et le PMSI.

C'est donc au travers de l'exploitation des fichiers retours de l'ATIH et de l'analyse des typologies d'erreurs que cet établissement a initialisé sa démarche d'appariement des données et de fiabilisation des informations, démarche qui, à terme, servira de base à la facturation directe à l'assurance maladie.

La mise en œuvre

Une analyse fut faite sur la base des retours mensuels de l'ATIH. Elle a permis de détecter l'origine des discordances et des erreurs parmi :

- La collecte des données administratives ou médicales ;
- L'interprétation et le paramétrage d'une règle de facturation ;
- Le système d'information de l'établissement lui-même ;
- Les incohérences entre le système PMSI et certaines autres exigences (règles de facturation, interprétation erronée réglementaire de la CPAM, etc.).

La base de travail fut la suivante :

- Fichiers retours ATIH ;
- Fichier VID-HOSP ;
- Tableaux de bord MAT2A ;
- Dossiers patients.

Tous les mois, dès réception du fichier retours PMSI :

- Constitution d'un fichier de travail par fusion entre le fichier VID-HOSP et le fichier RSS => cette fusion permet l'intégration d'informations complémentaires pour éclairer l'analyse des retours ATIH. A titre d'exemple :
 - o La durée du séjour permet de comprendre le forfait journalier non applicable, ou forfait journalier non numérique... ;
 - o La saisie du GHM permet d'identifier dans le fichier de facturation les spécificités comme les nouveaux nés, radiothérapie, etc.
- Analyse comparée des fichiers ;
- Correction des dossiers ;
- Identification d'actions d'amélioration si nécessaire (procédure, mise à niveau des connaissances, action de formation ciblée, etc.) ;
- Utilisation essentiellement des tableaux MAT2A ayant pour racine 02_XXX :
 - o Tableaux 02_2 : Répartition des variables supplémentaires fichier ANO ;
 - o Tableaux 02_3 : Détermination et répartition des taux de remboursement ;
 - o Tableaux 02_3 A : Calcul du taux de remboursement et du remboursement FJ ;
 - o Tableaux 02_4 : Synthèse de l'analyse des variables supplémentaires fichier ANO ;
 - o Tableaux 02_6 : Analyse des données déjà envoyées.

Les résultats obtenus

Il n'est pas encore possible de quantifier des gains chiffrés en termes de recouvrement du fait de cette organisation de travail. Néanmoins, l'analyse a d'ores et déjà permis de procéder mensuellement à :

- Des rectifications de paramétrage corrigeant et fiabilisant les règles de facturation ;
- Des rectifications de dossiers ;
- Des transferts de dossier en contentieux pour refacturation.

4.4. Sollicitation des services sociaux par le BE au CH de Cannes

Les constats de départ

La qualité de la prise en charge du patient dépend de la qualité et de la quantité des informations disponibles avant puis pendant son séjour dans l'établissement. En effet, si la couverture (AMO, AMC) du patient est insuffisante, il est impératif de solliciter au plus tôt les services sociaux afin qu'ils disposent de suffisamment de temps pour compléter le dossier du patient et le cas échéant le faire bénéficier d'une meilleure couverture.

Les relations entre le bureau des entrées et les services sociaux de cet établissement étaient relativement bonnes : les échanges réguliers étaient concrétisés au moyen d'une « fiche de transmission » permettant aux services sociaux de prendre connaissance des éléments principaux du dossier d'un patient à prendre en charge ou dont le dossier paraissait incomplet.

Cependant, les agents ont décidé d'améliorer encore la procédure.

Les objectifs fixés

Les axes d'amélioration identifiés furent les suivants :

- Compléter les documents déjà échangés pour élargir le partage d'information ;
- Améliorer le circuit d'échange pour que chaque acteur (soignants, personnels du service social et agents du bureau des entrées) contribue au complément du dossier du patient, chacun dans son périmètre d'activité.

Les résultats obtenus

Sur la base du document existant qui avait pour vocation de permettre aux services sociaux de mener des recherches sur un dossier patient, un travail conjoint a été mené, concluant à la nécessité d'identifier au plus tôt les dossiers sensibles et de partager le plus rapidement possible une information sur les recherches déjà menées et les résultats obtenus, afin d'éviter que des actions soient entreprises en doublon par les services sociaux alors qu'elles ont déjà été menées par le BE.

La fiche de transmission a été modifiée de manière à améliorer encore le circuit d'information : ce dernier a été bouclé pour informer chacun des acteurs des périmètres d'investigation, recherches entreprises et résultats obtenus par les uns et les autres (les sources d'informations des services sociaux restant confidentielles).

Tout dossier identifié comme sensible est dorénavant pris en charge au plus tôt après l'arrivée du patient, et tout est mis en œuvre pour compléter ces dossiers avec l'aide de tous les acteurs mobilisables (service de soins, proches du patient, services sociaux, etc.).

4.5. Collaboration DAF + CPAM au CH de Saint-Denis

Les constats de départ

En dépit d'un démarrage rapide de la télétransmission, dès 2004, les taux de rejets de flux B2 de cet établissement ne semblaient pas diminuer avec le temps, preuve que « l'apprentissage » de la dématérialisation ne fonctionnait pas. De surcroît, les nombreux rejets n'étaient ni traités, ni recyclés.

A l'origine de ce phénomène, entre autres, a été identifié un manque flagrant de communication entre l'émetteur (l'établissement...) et le récepteur (la CPAM...). L'absence de rencontres régulières avec la CPAM, afin de discuter du planning de déploiement et des modalités de corrections des erreurs, était préjudiciable : les quelques réunions « de crise » qui pouvaient avoir lieu n'arrangeaient en rien le climat de défiance entre les deux entités.

Les objectifs fixés

Il a été décidé de renforcer les liens avec l'assurance maladie, en prônant une relation plus « collaborative » et constructive. Plusieurs sujets précis ont motivé ces rencontres, notamment :

- Diminuer les RAR de la CPAM ;
- Diminuer les taux de rejets B2 et le redressement ;
- Préparer le passage en télétransmission sécurisée et la facturation directe.

Les résultats obtenus

Des rencontres avec la CPAM ont désormais lieu tous les deux mois pour analyser les rejets : ces rencontres font l'objet d'un compte-rendu et d'un suivi formalisé. Des référents au sein de chacune des structures (CPAM et établissement) ont été désignés selon les thématiques (réglementation, paiement, etc.) : ces derniers constituent des interlocuteurs privilégiés pouvant être joints aisément. Enfin, la CPAM s'est engagée à envoyer tous les 2 mois un tableau récapitulatif des taux de rejet et principaux motifs associés.

Les premiers résultats, découlant en grande partie de la dynamique interinstitutionnelle ainsi créée, sont les suivants :

- Suivi et traitement des rejets au fil de l'eau, plus de stock accumulé non traité ;
- Apurement d'une grande partie des rejets 2005 et 2006 pour les hospitalisations en se mettant d'accord sur une procédure par type de rejet (recyclage manuel ou non, quel type de pièce justificative, nombre de dossiers, etc.) ;
- Diminution du nombre de rejets alors même que le volume de factures télétransmises a plus que doublé.

	Factures télétrans.	Rejets B2
Saint Denis		
2006 (sur 12 mois)	21 383 factures	Moyenne de 15%
Novembre 2007 (sur 11 mois)	50 251 factures	Moyenne de 9,5%

4.6. Collaboration DAF + Mutuelles au CH de la région d'Annecy

Les constats de départ

Plusieurs dysfonctionnements relatifs aux Mutuelles, et notamment celles pour lesquelles une convention de tiers payant avait été passée, ont été identifiés par le responsable du BE de cet établissement. Parmi ceux-ci :

- Nombreux contentieux (retours après émission des titres) ;
- Difficulté à joindre les mutuelles pour les agents administratifs du BE ;
- Délais de prise en charge souvent trop longs.

Sans qu'il soit possible d'identifier précisément l'origine et la nature des contentieux, les indicateurs n'ayant pas encore été mis en place au moment du constat, l'analyse des conventions de tiers payant passées avec la dizaine de mutuelles les plus représentatives a montré que :

- La plupart des conventions, quand elles existaient, soit dataient de plus de 10 ans et/ou avaient fait l'objet d'une formalisation partielle, soit n'avaient pas fait l'objet de formalisation particulière ;
- Les termes étaient imprécis et les conditions d'application du tiers payant n'étaient pas claires (existence ou non, nature et périmètre définis, etc.).

Devant cet état des lieux, la direction financière a décidé de réactualiser les conventions passées avec les mutuelles.

Les objectifs fixés

Afin de pallier au mieux les dysfonctionnements mis en lumière par l'établissement, le projet de mise en œuvre de nouvelles conventions devait répondre aux objectifs de :

- Diminution des contentieux avec les mutuelles ;
- Identification de points d'entrée (référents) par mutuelle ;
- Accélération et facilitation de la délivrance des prises en charge ;
- Identification des possibilités et conditions de télétransmission des factures.

Le volet relatif au tiers payant, quant à lui, devait intégrer notamment la problématique des conditions de paiement en cas de cotisations non réglées par le patient mais avec une carte à jour.

La mise en œuvre

Compte tenu des contraintes et des priorités de l'établissement (départ de la responsable du BE, déménagement au 1^{er} trimestre 2008 dans un nouveau site), il a été décidé de procéder en deux temps :

- Une première prise de contact, directement par téléphone, permettant de renouer le dialogue avec les mutuelles : l'établissement acte avec la personne habilitée le principe de révision de la convention et clarifie un ensemble d'éléments décisifs dans la qualité du recouvrement ;
- La formalisation des nouvelles conventions, réalisée une fois le déménagement effectif.

L'entretien s'est appuyé sur un questionnaire permettant de recenser l'ensemble des questions à poser, définies en fonction du niveau de formalisation des conventions (des clauses). Parmi celles-ci :

- Quels sont l'objet et le champ d'application de la convention : hospitalisations et/ou consultations externes ?
- Quelles sont les conditions et les modalités d'application (présentation de pièces justificatives, demande de prise en charge) ?
- Quelles sont les conditions et les modalités de délivrance des prises en charge ?
- Quelles sont les conditions de règlement des soins notamment dans le cas de cotisations non payées (si la carte de mutuelle est valide) ?
- Au sujet de la télétransmission des factures :
 - o Est-elle mise en place ?
 - o Si oui, quelle norme est utilisée ?

- o Si non, le projet est-il planifié, et à quelle échéance ?
- Est-il possible d'avoir un contact opérationnel identifié ?

Chaque entretien a donné lieu à un compte-rendu formalisant les coordonnées du ou des contacts ainsi que les réponses aux questions posées. Ci-après deux exemples de compte-rendu :

Mutuelle de France	
Nature convention	Externes + Hospitalisations
Avenant	Non
Date convention	29 Mars 1991
Contact	Standard 0 820 802 801 Direction : Mme [] pour toute négociation concernant la convention
Délivrance PEC	Hospitalisations : une demande de PEC doit être faite par l'établissement Cette demande peut être faite directement par téléphone au 0 820 802 801. (actuellement le BE fait des demandes écrites et attend au mieux 2 ou 3 jours la réponse quand ce n'est pas la semaine comme actuellement) La réponse est immédiate, la mutuelle faxe ensuite la PEC Toutes les personnes qui répondent sont habilitées à donner en direct l'autorisation ou pas de PEC
Périodicité de la carte mutualiste	Annuelle
Prise en charge du TM externes	Sur présentation de la carte à jour Si les droits ne sont pas à jour, la mutuelle rejette la facture Elle envoie suite à ce rejet un courrier à l'établissement. Paiement si l'établissement joint à la facture la photocopie de la carte prouvant qu'elle est à jour. Ouverture possible pour négocier avec la direction un paiement systématique du moment que le patient présente sa carte en cours
Prise en charge Hospitalisations	Dès le 1^{er} jour hospitalisation -> 120 eme inclus
Obligations financières de la Mutuelle	Liquider les montants dans les 8 jours de leur réception
CR entretien téléphonique	La mutuelle renvoie une convention à signer ce qui permettra d'avoir des clauses à jour Coordonnées données : Mme [] Il est possible de négocier dans le cadre de la convention, le paiement systématique des factures quand un patient présente une carte même si ses droits ne sont pas à jour ; actuellement la mutuelle rejette la facture dans ce cas. Pratique la télétransmission sous condition de signature d'une convention

Existence	
Nature convention	Externes seulement
Date convention	16 Avril 1991
Avenant / Objet	Oui / Fusions
Date avenant	01 Août 1991 => Fusion mutuelles MACHS et Mutualité Haute-Savoie 19 Septembre 1991 => Fusion mutuelles SIMIC et Mutualité Haute-Savoie 07/01/2004 => Fusion mutuelle CAMEC et MSM 28/11/2006 => changement de nom = Mutuelle Existence
Contact	Standard : 04 50 23 [] Si problème sur un dossier demander Mme [] : Régime obligatoire et complémentaire pour les travailleurs indépendants Mme [] : pour le régime complémentaire des salariés M [] : pour les relations avec les Tiers 04 72 71 [] => le rappeler pour une nouvelle convention
Délivrance PEC Périodicité de la carte mutualiste	Annuelle
Prise en charge du TM externes	Sur présentation de la carte à jour Modification des termes de la convention => par téléphone : Tiers Payant réalisé du moment que la carte est à jour Nécessité de mettre à jour la convention Pas de paiement de la Mutuelle si le patient présente une carte non valide
Prise en charge Hospitalisations Caractéristiques Obligations financières de la Mutuelle	Non
CR de l'entretien téléphonique	Contact avec Mme [] Elle demande à sa direction la possibilité de payer sur présentation de la carte mutuelle, dans tous les cas même si le patient n'est pas à jour de ses cotisations et/ou radié Si pas de possibilité => autre solution à trouver => possibilité de réunion avec M. [] Concernant la réforme de l'AM, s'en tient aux textes de loi et donc : • Obligation de ne pas rembourser la participation forfaitaire de 1 € • Obligation de ne pas rembourser la majoration du TM si pas de médecin traitant • Obligation de ne pas rembourser la majoration sanctionnant le refus de donner accès à son dossier médical ou sa mise à jour • Obligation de ne pas rembourser les dépassements d'honoraires des spé lors de consultations hors parcours de soins coordonnés

Les résultats obtenus

Globalement l'accueil a été bon et les mutuelles ont été favorables à la démarche. Dans tous les cas il est nécessaire d'identifier un contact à même de traiter avec le responsable du BE ou la DAF de l'établissement.

Toutes les Mutuelles se sont accordées sur les points suivants :

- L'établissement s'engage à vérifier systématiquement les droits aux prestations mutualistes de l'assuré, sur présentation de pièces justificatives précisées dans les termes de la convention ;
- Pour pouvoir bénéficier de la convention, l'assuré social doit présenter la carte de tiers payant en cours de validité.

Par conséquent :

- L'établissement est en droit de refuser le tiers payant si l'assuré ne présente pas sa carte de mutuelle. Il peut donc émettre une facture, charge à l'assuré de se faire rembourser ultérieurement ;
- Au sujet des cotisations non réglées par l'assuré, la mutuelle s'engage à régler l'établissement dans la mesure où ce dernier est capable de prouver qu'à la date des soins, la carte mutuelle était en cours de validité.

L'avis du consultant

La très large majorité des mutuelles est prête à réviser et à compléter les termes des conventions de tiers payant. De ce fait, l'établissement ne doit pas hésiter à clarifier avec elles les points porteurs de litiges et de contentieux afin de trouver conjointement des solutions appropriées. Dans tous les cas de figure, l'établissement doit chercher à simplifier et à uniformiser les modes de fonctionnement et les relations avec les mutuelles sous convention.

Plus particulièrement, parmi les mutuelles contactées par l'établissement, certaines délivrent immédiatement sur simple appel les prises en charge pour les hospitalisations : il est donc nécessaire d'établir les conditions de délivrance des prises en charge et de chercher à simplifier le processus de délivrance quand c'est possible.

FICHE 2.2. Favoriser la polyvalence

1. La problématique

Les bureaux d'accueil des patients et des consultants sont souvent distincts, pour des raisons historiques ou empiriques. Une analyse rapide des missions à remplir en termes de collecte de données administratives et d'information générale montre que la sectorisation est finalement souvent peu justifiée et source de complexité. D'autre part, les procédures de recueil de l'information administrative ne sont pas appliquées de la même manière entre le bureau des entrées et les services de soins : on constate donc naturellement une hétérogénéité des niveaux de qualité de l'information, et parfois au sein même d'un bureau des entrées. 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.

2. L'objectif

Mixage des accueils d'hospitalisation et de consultations externes

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 peuvent être bénéfiques. Ainsi, un objectif, pour peu que la configuration et l'organisation des bâtiments s'y prêtent, peut être de traiter de manière indifférenciée les consultations et hospitalisations. Cet objectif peut être abordé à deux niveaux :

- Guichets hospitalisations et consultations externes séparés, mais agents polyvalents et non dédiés ;
- Guichets hospitalisations et consultations externes fusionnés.

Polyvalence des agents administratifs et secrétaires médicales

Peu d'établissements peuvent garantir une application rigoureuse et homogène des procédures par l'ensemble des agents administratifs et des secrétaires médicales. Par ailleurs, certaines activités sont communes dans les missions des professionnels « accueillants ». 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.

L'objectif est double :

- Stimulation et contrôle de la cohérence entre le dossier du bureau des entrées et celui du service de soins (quel recueil fait référence en cas de conflit ou doublon ? Y a-t-il possibilité de partager automatiquement un certain nombre d'informations de base ? Etc.) ;
- Définition claire et précise des activités et périmètres de compétences des uns et des autres (qui demande quels papiers ? Qui centralise l'ensemble des informations ? Quelles procédures dégradées met-on en place pour assurer la nuit un niveau de qualité satisfaisant du recueil administratif ? Etc.).

Développement des régies

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. De surcroît, il convient dans la mesure du possible de positionner les régies en cohérence avec le parcours naturel du patient, et d'adapter les horaires d'ouverture à la courbe d'activité de l'établissement.

3. Les actions possibles

Chacune de ces problématiques peut être illustrée par une ou plusieurs actions, certaines ayant été mises en place dans les établissements du chantier MeaH :

Mixage des accueils d'hospitalisation et de consultations externes

- Définir des procédures communes et organiser la polyvalence des agents des bureaux d'accueil ;

- Fusionner les guichets d'hospitalisations et de consultations externes.

☞ *Déconcentration de l'accueil administratif des patients au CH de la région d'Annecy, page 49*

Polyvalence des agents administratifs et secrétaires médicales

- Définir procédures et référentiels communs pour la prise d'information administrative entre agents et secrétaires médicales ;
- Désigner des binômes « agents / secrétaires médicales » ayant sous leur responsabilité l'activité d'un service particulier ;
- Organiser des opérations « vis ma vie » : agents administratifs et secrétaires médicales échangent leurs postes sur ½ journée.

☞ *Groupe de travail et rédaction d'une fiche de poste commune « agents / SM » au CHI du Val d'Ariège, page 51*

Développement des régies

- Mettre en place des régies aux endroits « stratégiques » : urgences, consultations externes ;
- Adapter les régies aux besoins des patients et non l'inverse : placer les régies sur le parcours naturel des patients, à défaut user d'une signalétique appropriée, adapter les horaires d'ouverture aux courbes d'activité des différents secteurs ;
- Définir une « stratégie » d'encaissement en régie : quels types d'encaissements, existence d'au moins une régie prolongée 24h/24h pour l'activité de nuit, etc.

☞ *Multiplication des régies au CH de Cannes, page 53*

☞ *Mise en place d'une régie aux urgences au CH de Saint-Denis, page 55*

4. Des réalisations concrètes

4.1. Déconcentration de l'accueil administratif des patients au CH de la région d'Annecy

Les constats de départ

L'organisation décentralisée des accueils et de la prise en charge administrative des patients au sein de cet établissement, comme la mise en place de régies dans la quasi totalité des unités de soins, s'expliquait par la volonté de la direction de favoriser la qualité de l'accueil et de la prise en charge des patients. Plusieurs points étaient venus appuyer cette démarche :

- Prise en charge administrative par les secrétaires médicales : les consultations étant organisées au sein des unités de soins, les secrétaires médicales se chargeaient non seulement de l'accueil des patients mais également de leur prise en charge administrative ;
- Polyvalence entre consultations et hospitalisations : la nécessité d'un dispositif de renfort au sein de 2 unités de soins (orthopédie - traumatologie et pôle mère enfant) a permis de tester la mixité d'une équipe composée d'une secrétaire médicale et d'un agent administratif du BE.

Deux éléments ont amené à reconsidérer ce dispositif :

- La création du nouvel hôpital, et donc la nécessité de repenser l'aménagement et l'organisation des accueils patients en général, et les rôles et missions de la secrétaire médicale en particulier : à ce titre un audit de l'organisation des secrétariats médicaux a été conduit au terme duquel une organisation cible a été définie ;
- Les nouveaux enjeux liés au recouvrement, qui ont montré les limites de ce mode d'organisation, les secrétaires médicales ne faisant pas porter nécessairement leurs efforts sur la prise en charge administrative.

De surcroît, l'absence de pilotage global et de management transversal a généré un certain nombre de dysfonctionnements qui ont impacté la qualité de la chaîne de facturation. Pour ne citer que quelques exemples, ont été relevés :

- Des difficultés quant au relais de l'information réglementaire ou des consignes portées par la DAF entre la coordinatrice des Secrétaires médicales et le bureau des entrées ;
- Un clivage persistant entre tâches administratives et paramédicales ;
- Un effet tunnel quant au traitement des rejets de facturation des dossiers externes par les secrétariats médicaux.

Les conclusions de l'audit des secrétariats médicaux ont amené à proposer un accueil et une prise en charge administrative du patient dans chaque pôle, au sein d'un guichet unique. A l'issue de cette étude, la préconisation déterminante a été de mixer les équipes au sein des accueils de chaque pôle : les agents administratifs et les secrétaires médicales, sous la responsabilité fonctionnelle d'un responsable du pôle en question (dit « référent » de pôle, lui-même dépendant d'un coordinateur), assureront l'accueil des hospitalisations et des consultations externes, ainsi que la gestion du dossier jusqu'à sa mise en facturation.

Les objectifs fixés

Trois objectifs majeurs ont motivé la démarche de cet établissement :

- Responsabiliser les agents, de la création du dossier jusqu'à sa facturation effective ;
- Harmoniser les pratiques afin de créer une fonction « accueil administratif patients » ;
- Manager et piloter de manière transversale l'accueil administratif des patients.

La mise en œuvre

Afin de rendre polyvalents secrétaires médicales et agents administratifs, une montée en compétence générale a semblé nécessaire. Deux types de formation ont été mises en place :

- Des formations relatives aux outils de saisie des dossiers (hospitalisations et consultations externes) et à l'apprentissage des concepts spécifiques aux hospitalisations (pré admission par exemple), à la gestion d'une caisse et des encaissements pour les agents du BE
- Une formation pratique *in situ* au bureau des entrées pour les secrétaires médicales et au sein des secrétariats pour les agents du BE, afin d'apprendre la saisie des données de facturation.

La mise en œuvre des sessions de formations et des « stages pratiques » a nécessité une très forte collaboration du bureau des entrées et de la coordinatrice des secrétaires médicales, afin d'organiser sur l'ensemble des personnels un plan de formation qui tienne compte des contraintes de l'activité. Cette collaboration est également un gage de succès pour garantir que les messages diffusés soient cohérents, entendus, acceptés et mis en application sans remise en cause par tous les participants.

Formation des secrétaires médicales :

- Création du dossier d'hospitalisation ;
- Gestion des pré admissions ;
- Encaissement et gestion d'une caisse ;
- Gestion du contentieux lié au changement de débiteur.

Montée en compétence des agents administratifs :

- Création du dossier patient dans le SIH ;
- Gestion des demandes de prise en charge des mutuelles ;
- Gestion des dossiers jusqu'à la facturation : saisie des actes, parcours de soins, majorations, etc.
- Encaissement et gestion d'une caisse ;
- Gestion du contentieux lié au changement de débiteur.

Non effective à ce jour, la mise en œuvre de cette organisation portera ses fruits lors de l'emménagement dans le nouvel hôpital, à horizon 1^{er} semestre 2008.

4.2. Groupe de travail et rédaction d'une fiche de poste commune « agents / SM » au CHI du Val d'Ariège

Les constats de départ

L'accueil du patient nécessite de recueillir des informations administratives, mais également de plus en plus un certain nombre d'informations médicales. Ce premier recueil d'informations médicales pourrait avoir lieu dès le premier entretien de la phase d'admission : néanmoins, la problématique du secret médical ne doit pas être bradée.

Les objectifs fixés

Cet établissement a décidé de s'orienter vers une décentralisation de l'admission directement dans les services, et d'y placer des agents d'accueil habilités à recueillir ces deux types d'information. Dans cette perspective, il a été décidé de tester la mise en place d'un binôme alliant les profils administratifs et médicaux ; les urgences ont semblé le service le plus approprié pour réaliser ce test.

La mise en œuvre

Un groupe de travail relatif au fonctionnement des urgences s'est vu confier la rédaction d'une fiche de poste commune « agents administratifs / secrétaires médicales ». Concrètement, la démarche ne s'est pas cantonnée aux simples travaux de rédaction. Outre l'adaptation et la fusion des fiches de poste des secrétaires médicales et des admissionnistes, il s'est agi de :

- Evaluer pour chaque secrétaire médicale l'adéquation de ses compétences et motivations avec la nouvelle fiche de poste établie ;
- Former les personnels, quelles que soient leurs compétences initiales, pour combler les écarts observés ;
- En tirer un bilan, notamment dans l'optique d'un déploiement au reste de l'établissement.

Il est à noter que les risques de réticence au changement et à la modification des habitudes de travail avaient été identifiés en amont et ont donc été pris en compte afin de sinon les éviter, au moins les atténuer.

Les résultats obtenus

La fiche de poste a été rédigée (cf. ci-après), en mettant particulièrement l'accent sur la polyvalence médico-administrative. Dans la même optique, la fiche de l'infirmière d'accueil et d'orientation a été revue afin d'intégrer cet objectif de complétude du dossier administratif, et de travail en binôme avec la secrétaire médicale. Il a été prévu que les nouvelles dispositions des fiches de poste seraient intégrées dans les formations.

FONCTION D'ACCUEIL MEDICO-ADMINISTRATIF SAU – UHCD – REANIMATION

→ MISSION PRINCIPALE

Effectuer l'ensemble des tâches médico-administratives (Bureau des Entrées et secrétariat médical) relatives au séjour du patient, de l'entrée jusqu'à la sortie. Collaborer avec l'ensemble des personnels présents au SAU (Urgences et UHCD) (médecins, soignants) pour obtenir des informations fiables sur le patient.

→ ACTIVITES

↳ Accueil / gestion du dossier PATIENT

- accueil physique des patients : enregistrement administratif et gestion du dossier médico-administratif
- accueil et gestion des familles / des accompagnants
- accueil téléphonique ; réception, identification et traitement de l'appel (demandes de nouvelles, de certificats, divers documents...)
- sauvegarde hebdomadaire du scanner pour les observations médicales et transmission hebdomadaire au DIM
- réception et envoi de fax
- triage des attestations des ouvertures de droits (carte vitale) des photocopies des cartes de mutuelle > transmission des pièces au Bureau des Entrées pour les hospitalisés
- distribution du courrier interne

↳ Courrier

- courrier des médecins (UHCD, Réanimation)
- courriers divers (certificats...)
- courrier urgent pour les transferts de patients hors CHIVA
- édition de documents à la demande du patient (édition d'étiquettes, bulletin de situation ...)

↳ Complétude médico-administrative du dossier PATIENT

- orientation des patients
- enregistrements des débiteurs et envoi des courriers nécessaires pour les pièces manquantes
- enregistrements des consultations et des majorations
- tri des clichés radio et des comptes rendus de biologie ; classement de ces documents dans les dossiers respectifs
- commande de dossiers au SGDP
- gestion de la circulation des dossiers des patients entre les services de l'hôpital
- encaissement des sommes dues (dès la mise en place d'une régie)
- gestion de la régie prolongée (dès la mise en place d'une régie)

→ SAVOIRS & COMPETENCES

- terminologie médico psycho sociale
- législation relative au secret professionnel
- législation sociale et conditions de prise en charge (assurance maladie, régime général, régimes spéciaux, mutuelles, tiers payant, AT, aide sociale...)
- connaissance du fonctionnement de l'hôpital en général et du pôle en particulier
- connaissance des techniques de secrétariat médical, des outils bureautiques et informatiques utilisés au sein du pôle
- connaissance des techniques d'accueil et de gestion de l'agressivité / violence des patients
- connaissance des dispositifs locaux de prise en charge

→ SAVOIR-FAIRE

- mise en œuvre des outils bureautiques et de communication
- utilisation des logiciels applicatifs (Convergence, Crossway)
- rédaction de tout type de document
- mise en œuvre des techniques d'accueil physique et téléphonique des patients
- gestion de la formation et de l'encadrement des stagiaires

→ SAVOIR-ETRE

- discrétion, précision, rigueur, rapidité
- esprit d'équipe
- disponibilité
- rôle de conseil auprès des patients et des familles
- écouter et définir les besoins des patients et familles
- rôle de coordination dans la chaîne d'accueil du patient

4.3. Multiplication des régies au CH de Cannes

Les constats de départ

De fortes tensions existaient au sein de cet établissement entre les bureaux de consultation des praticiens situés à l'intérieur de l'établissement et l'accueil des patients attendus en consultation, pour de l'ambulatoire ou des soins externes. De surcroît, dans certains cas et à certains horaires, de longues files d'attente devant les points d'accueil généraient stress et énervement général, à tel point que des praticiens venaient chercher leurs patients dans la file avant leur entrée, générant des perturbations supplémentaires.

Cette situation se présentait également à l'accueil des urgences : en effet, la difficulté de ce service provenait du fait que la finalisation du dossier était souvent réalisée à la sortie, et qu'en l'absence de bureau de sortie dédié, la sortie était faite par l'accueil de l'établissement (pas toujours à proximité immédiate). Ce constat d'un taux de fuite important a ainsi mis en évidence la nécessité d'agir.

Les objectifs fixés

L'objectif principal a été d'augmenter les encaissements immédiats en créant de nouvelles régies et en les plaçant de manière opportune sur certains des parcours privilégiés des patients, afin d'alléger la régie centrale.

La mise en œuvre

Etude de la charge

Un audit de l'existant a été mené par un élève directeur stagiaire pour collecter des informations sur la base desquelles la majeure partie des réflexions sera menée. Il s'est agi essentiellement de mesurer par tranche horaire, en commençant 30 minutes avant l'horaire de la première consultation (ou du premier horaire d'accueil en ambulatoire), le nombre de patients attendant dans l'espace d'accueil, le temps d'attente moyen avant prise en charge, etc., activité par activité. Le périmètre englobait également l'horaire de la dernière consultation, et des journées distinctes (lundi, mardi et mercredi sont souvent chargées, avec un délestage jeudi et vendredi).

Etude des flux

- Etude des flux de patients dans l'établissement, sur le périmètre : consultations, soins externe et ambulatoire. L'objectif de cette action fut de comprendre combien de patients allaient à quel endroit à quel moment, et de mettre les réponses à cette question en regard des lieux de passage, des lieux d'accueil et des capacités d'accueil (horaires d'accueil et nombre moyen de patients pris en charge par chaque responsable d'accueil).
- En parallèle, étude, avec le contrôle de gestion, sur les volumes d'activité et les montants collectés au moment de l'audit.
- Evaluation à grande maille du taux de fuite (le nombre de patients qui échappaient complètement à l'accueil).

Pistes d'amélioration identifiées

- Créer des régies décentralisées ;
- Adapter les horaires d'ouverture des régies aux horaires d'entrée et sortie des consultations, c'est-à-dire ouvrir les régies ½ heure avant la première consultation et la fermer ½ heure après l'horaire de la dernière consultation ;
- Adapter les horaires de convocation des consultants à la capacité d'accueil des régies et de l'accueil central (pourquoi convoquer tout le monde à 8 heures alors que les consultations s'étalent de 8 heures à 12 heures ? Une convocation par tranche horaire est plus adaptée) ;
- Former du personnel à l'accueil et à la régie pour augmenter la polyvalence globale de l'accueil et permettre de disposer de personnel autonome pour la gestion d'un accueil et d'une régie déconcentrés, mais également pouvoir soulager l'équipe d'accueil des consultants.

Méthodologie de déploiement

En raison d'un déménagement des activités d'ophtalmologie et d'ORL et de leur installation dans un bâtiment à l'écart de l'entrée principale de l'établissement, il a été décidé d'en faire le premier emplacement d'une nouvelle régie. Pour un investissement maîtrisé (quelques travaux d'aménagement pour créer un bureau), identifier des volontaires pour prendre en main cette nouvelle régie et les former aux subtilités de la régie s'est révélé être une entreprise réaliste et pragmatique.

Après ce premier succès, il a été presque facile de réitérer/décliner des démarches similaires sur d'autres emplacements.

Les résultats obtenus

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

	Encaissement des consultations en régies
Cannes	
5/12/2006	624 061 €
5/12/2007	701 792 € (+ 12% par rapport à 2006)

4.4. Mise en place d'une régie aux urgences au CH de Saint-Denis

Les constats de départ

Le service des urgences est un lieu où se concentre généralement l'ensemble des difficultés liées à la facturation / recouvrement : personnes se présentant sans justificatif, amenées par les pompiers et/ou désorientées, attente et stress du non programmé, horaires décalés, etc.

De surcroît, de manière très significative sur cet établissement, les problématiques de sécurité étaient importantes et la culture de la gratuité hospitalière par opposition aux consultations du médecin de ville, dans l'esprit des patients (mais aussi parfois dans l'esprit des équipes hospitalières), pouvait générer des tensions.

Venant appuyer le ressenti des professionnels à ce sujet, quelques constats ont été faits :

- De nombreux dossiers en RAR sur le secteur, souvent non traités car relatifs à des sommes pouvant être minimales (une seule consultation) ;
- De nombreux dossiers en NPAI sur le secteur.

Les objectifs fixés

Les objectifs suivants, clairement affichés dès le début du projet, ont guidé l'action des responsables :

- Recours à terme systématique à la régie pour encaisser avant la sortie les actes et consultations des patients qui font l'objet d'un passage non suivi d'hospitalisation ;
- Diminution des erreurs à corriger avant la facturation ;
- Augmentation notable des recettes encaissées aux urgences adultes et pédiatriques.

La mise en œuvre

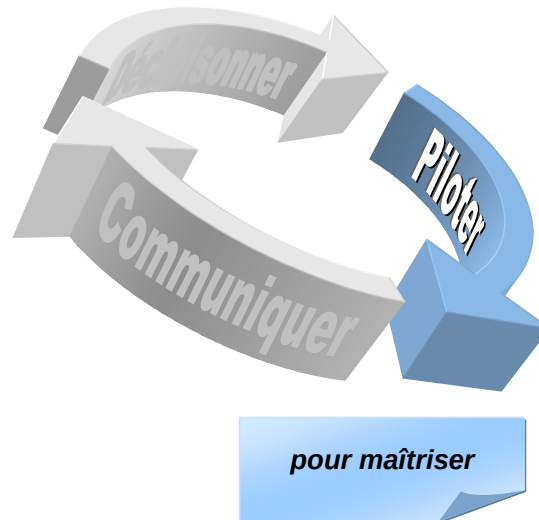
Plusieurs actions, de tous ordres, ont été nécessaires pour mener à bien le projet :

- En termes d'équipements :
 - o Mise en place physique d'une caisse équipée (lecteur de carte bleue, lecteur de carte Vitale, imprimante, coffre, configuration informatique) et sécurisée ;
 - o Réalisation d'une interface informatique entre le logiciel de saisie des actes et le logiciel de facturation (s'assurer de la remontée en temps réel afin de pouvoir encaisser à la sortie).
- En termes de gestion des ressources :
 - o Formation des agents à l'encaissement (nomination de régisseurs, manipulation d'argent) ;
 - o Aménagement des horaires d'ouverture de la régie en fonction des pics d'affluence.
- En termes d'accompagnement du changement :
 - o Concertation avec les cadres et le chef de service afin de s'assurer de leur soutien et bien prendre en compte leurs remarques sur l'optimisation du circuit et des flux (patients entrants, patients sortants) ;
 - o Communication vis-à-vis des patients : affichages et informations orales systématiques dès l'accueil.

Les résultats obtenus

Si la montée en charge de l'activité de la régie n'en est qu'à ses débuts, une évolution perceptible des mentalités a d'ores et déjà eu lieu auprès des agents administratifs qui considèrent maintenant la caisse décentralisée des urgences comme une caisse « comme les autres ». En outre, les cadres et soignants n'hésitent plus aujourd'hui à relayer l'information sur la nécessité de passer en caisse après les soins, ce qui en soi est une véritable révolution culturelle pour cet établissement. Ainsi, des résultats chiffrés et tangibles concernant la progression des encaissements en régie devraient émerger dans le courant de l'année 2008.

3. Chapitre 3 : piloter pour maîtriser



Activité à part entière, le processus de facturation / recouvrement est victime d'un phénomène relativement courant à l'hôpital, et *a fortiori* concernant les activités « transversales » : l'absence de pilotage global. Devant ce constat, les travaux des huit établissements du chantier MeaH se sont articulés autour de deux axes majeurs, développés ci-après :

- **Créer un management transversal ;**
- **Définir et suivre des indicateurs.**

☞ FICHE 3.1 Créer un management « transversal », page 57

☞ FICHE 3.2 Définir et suivre des indicateurs, page 69

FICHE 3.1. Créer un management « transversal »

1. La problématique

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 imputées au bureau des entrées, l'information médicale est, elle, dans le meilleur des cas, garantie 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.

2. L'objectif

Au-delà de la définition claire et précise des rôles et responsabilités de chacun, il apparaît primordial de « créer » un management global d'activité, qui, s'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 de plus au sein de l'hôpital : elle doit avoir pour vocation un management opérationnel, traitant de problématiques pertinentes telles qu'évoquées au point suivant. Elle doit donc se réunir régulièrement et intégrer des professionnels « de terrain ».

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 MeaH montre que la plupart des trésoriers se sont montrés actifs et même moteurs au cours des travaux, conscients qu'une facturation de qualité facilite leur travail et améliore la situation financière de l'établissement. Les meilleurs résultats n'ont pu être obtenus sans leur concours. Soulignons également qu'au sein des plus hautes instances, la Direction Générale de la Comptabilité Publique, au Ministère des finances s'en fait l'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 de facturation / recouvrement, en bout de chaîne : le rapprochement avec ces débiteurs institutionnels, tant par le biais de réunions d'information générale que de rencontres pour faire un point régulier sur divers dossiers communs (ouvertures de droits, dématérialisation, conventions de tiers payant, etc.) doit être mis en œuvre.

3. Les actions possibles

La commission trouve sa pertinence dans le recul et la vision globale dont elle peut se prévaloir concernant l'ensemble du processus « facturation / recouvrement ». Cette position singulière peut lui permettre par exemple d'aborder de manière périodique les points suivants :

- **Contrôles** : des contrôles de qualité et de vérification de l'exhaustivité des données doivent être réalisés tout au long de la vie du dossier administratif et médical. C'est ce type de commission qui peut choisir les points stratégiques à contrôler, les garde-fous à poser, mais également les modalités de traitement des dossiers s'avérant « non-conformes » à tous les niveaux (de l'état civil incomplet à l'admission jusqu'au rejet de la facture par le débiteur) ;
☞ Contrôle et garde-fous au CH de la région d'Annecy, page 60
- **Harmonisation des pratiques** : l'homogénéisation des procédures ainsi que la cohérence des pratiques des agents, quels que soient leurs qualifications, horaires et lieux de travail, est un gage de qualité pour le processus de facturation. La vision d'ensemble dont dispose la commission peut lui permettre d'endosser cette responsabilité ;
☞ Pilotage global au CHU de Toulouse, page 63

- **Identification des priorités** : le processus de facturation / recouvrement est suffisamment vaste pour que l'on puisse considérer comme opportun de concentrer ses efforts sur telle ou telle activité jugée comme stratégique ou sensible. Là encore, le choix éclairé des priorités et du calendrier de progression et de déploiement à d'autres secteurs ne peut être fait que par un organe disposant d'une grande visibilité de l'ensemble de l'activité.
 - ☞ *Cibler les « points durs » et concentrer ses efforts : les urgences au CHI du Val d'Ariège, page 65*

4. Des réalisations concrètes

4.1. Outil d'autoévaluation de la maturité des organisations développé par le groupe de travail MeaH

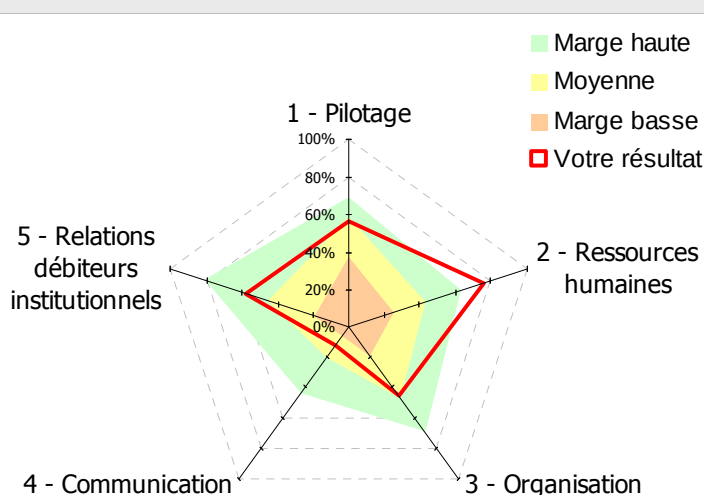
L'urgence à laquelle sont confrontés les établissements a incité la MeaH à développer un outil pragmatique et rapide d'évaluation de l'organisation de la chaîne de facturation. Cet outil, fruit d'un groupe de travail réunissant les établissements du chantier, peut être utilisé de manière autonome par des établissements souhaitant nourrir leur démarche locale de l'expérience du chantier MeaH. Il est disponible en téléchargement sur le site Internet de la MeaH.

L'outil permet aux établissements d'évaluer par une série de questions simples (20 questions pour chacun des 5 axes d'amélioration, réponses oui/non) le degré de maturité de leur organisation, et d'ainsi pouvoir objectiver dans l'absolu mais également de manière relative (par rapport à la moyenne du panel des 8 établissements du chantier pilote) tant les points forts que les leviers d'amélioration possibles.

Très modeste, cet outil n'a pour autre objectif que de susciter le dialogue au sein des équipes, d'aider à identifier les éventuelles marges de progression et éventuellement de donner quelques premières pistes de réflexions aux établissements souhaitant s'engager dans une démarche d'optimisation du processus lié à la chaîne de facturation.

1 - PILOTAGE		Oui / Non	REMARQUES
a Tableaux de bord			
a.1	Il existe des tableaux de bord périodiques et systématiques (selon un planning pré-défini) portant sur les résultats de la facturation et du recouvrement.	Oui	Les ES font svr des tableaux de bord uniquement de la facturation. Les indicateurs du recouvrement sont ceux du TP. Ils sont rarement rapprochés des autres indicateurs dont ils dépendent pourtant comme ceux de la facturation ou du codage des actes. Le processus est transverse. Il suit le parcours du patient de son entrée à sa sortie puis le flux des documents de facturation jusqu'au "payeur". Le schéma présenté dans le document joint rappelle les trois fonctions majeures du processus : admission ; séjour-facturation ; recouvrement.
a.2	Ces tableaux de bord comportent les indicateurs fournis par la TP.	Oui	
a.3	Les tableaux de bord comprennent aussi des indicateurs propres à l'établissement : délai, taux de facturation patient à fin de mois.	Oui	Point de départ : sortie du patient. Par exemple : délai réel de facturation ou taux de facturation / patient à fin de mois. Tous les systèmes disposent de cette information.
a.4	Les tableaux de bord sont examinés périodiquement dans une réunion avec le TP, le DAF, le DIM et communiqués au directeur.	Non	Les DIM sont aujourd'hui rarement impliqués. Néanmoins, c'est une bonne pratique. Par cette question, on induit que l'implication des DIM évite qu'ils aient une vision trop "spécialisée" sur la qualité de la donnée médicale ou qu'ils s'enferment dans le rôle strict de "statisticiens" de l'information médicale.
b Management des bureaux des entrées			
b.1	L'activité du ou des bureaux d'entrée est placée sous une responsabilité unique.	Oui	
b.2	Le DAF supervise l'activité de facturation des bureaux des entrées.	Non	
b.3	Un suivi quantitatif de l'activité du bureau des entrées est fait systématiquement (selon un planning pré-défini).	Oui	
b.4	Une évaluation qualitative de l'activité du bureau des entrées est systématiquement effectuée.	Oui	
c Homogénéité des procédures et Coordination inter-services			
c.1	Le recouvrement est un processus transverse placé sous une responsabilité/ ou une coordination unique.	Oui	
c.2	Tous les services chargés de la prise en charge administrative du patient s'appuient sur les mêmes procédures pour ouvrir les droits.	Oui	
c.3	Tous les services chargés de la prise en charge administrative du patient ont reçu les mêmes formations pour leurs agents.	Non	
c.4	Le même contenu de communication a été utilisé pour tous les services chargés de l'entrée du patient.	Non	
d Mobilisation de l'organisation			
d.1	La problématique de la facturation et du recouvrement est un sujet qui a été abordé en conseil exécutif.	Oui	
d.2	Un membre de la direction a été chargé de mener des actions d'optimisation du processus de facturation pour l'année en cours.	Non	
d.3	Des actions spécifiques ont été lancées pour optimiser l'une des fonctions au moins du processus de facturation et recouvrement.	Non	
d.4	Des réunions spécifiques ont eu lieu sur ce thème au niveau des services ou des pôles.	Non	

Outil QUICKSCAN v1.1
disponible au format
Excel sur
www.meah.sante.gouv.fr



4.2. Contrôle et garde-fous au CH de la région d'Annecy

Les constats de départ

Cet établissement était confronté à une double problématique au moment de la facturation des dossiers d'hospitalisation :

- Non complétude des dossiers ;
- Manque de fiabilité des données.

La plupart du temps, ce constat était fait une fois que le patient n'était plus dans l'établissement, ce qui compliquait l'obtention des données et rallongeait considérablement le temps passé pour arriver à un dossier complet, et *de facto* les délais de facturation.

La DAF a alors pris position sans ambiguïté :

- Il s'avérait indispensable de mettre en place des contrôles qualité afin de garantir la fiabilité des données et la complétude du dossier ;
- Le dispositif de contrôle devait être organisé au plus près de la sortie du patient et en tout état de cause, avant que l'établissement déclare son activité sur la plate forme PMSI.

Compte tenu de la multiplicité des intervenants entre la création d'un dossier et sa mise en facturation, il était essentiel d'intervenir et d'opérer les contrôles aux différents stades de traitement du dossier. Pour disposer rapidement d'un système de contrôle, cet établissement a procédé en 2 temps :

- Identification des points de contrôle à mettre en place sans attendre et de leurs modalités de réalisation ;
- Identification du système « définitif » de contrôle dans la perspective d'un nouvel hôpital : un groupe de travail DAF/DIM s'est constitué afin d'identifier pour les différents types de séjours, les contrôles à réaliser avant facturation et leurs modalités de réalisation.

La priorisation des contrôles et de leur positionnement s'est faite pour partie grâce aux constats réalisés lors d'une première phase de diagnostic mais également en fonction des activités pour lesquelles une absence ou une erreur de valorisation constituait un important manque à gagner pour l'établissement. A terme, le contrôle qualité s'étendra à tous les séjours et aux consultations.

Les objectifs fixés

- Garantir la fiabilité et l'exhaustivité des données administratives et médicales d'un dossier à des fins de facturation et de valorisation de l'activité ;
- Suivre et s'assurer de la qualité et de la bonne compréhension des procédures mises en place, des règles de codage, des règles de facturation ;
- Identifier les anomalies et mettre en œuvre les actions correctives adaptées.

La mise en œuvre

Dans un premier temps, les contrôles ont porté sur les séjours suivants :

- Les dialyses ;
- Les suppléments Réa ;
- Les forfaits Sécurité environnement ;
- Les longs séjours.

A ce jour, les contrôles effectifs se sont largement renforcés. A titre d'exemple, l'activité de contrôle occupe environ 50% du DIM (l'activité SSR est comprise dans cette estimation). Chaque pôle est pris en charge par un référent désigné au sein de l'équipe du DIM (4 TIM et 2 médecins). Si l'objectif du contrôle porte généralement sur la qualité des données, les modalités de contrôle varient en fonction de l'activité et de ses caractéristiques, ce qui a nécessité de définir en amont les éléments et les champs à contrôler.

Ainsi, chaque mois, une méthode précise de travail est appliquée :

- Tirage au sort des lots pour chaque service identifié ;
- Sur la base d'une liste préétablie des contrôles à effectuer, réalisation des contrôles ;
- En cas d'erreur et avant de retourner le dossier au médecin, analyse de l'origine pour identifier si l'anomalie n'est pas issue d'un problème de SI et donc potentiellement modifiable par l'équipe du DIM ;
- Une fois cette hypothèse écartée, retour du dossier au médecin pour correction.

Dans tous les cas, la cohérence entre le diagnostic et l'UF d'hébergement est vérifiée. Ci-après quelques exemples d'éléments spécifiques contrôlés dans les différentes unités :

- En chirurgie, identifier les séjours qui n'ont pas d'acte ;
- En réanimation, rechercher les actes marqueurs ;
- En dialyse, en partant du principe qu'un patient suivi comptabilise en moyenne entre 13 et 15 dialyses par mois, s'assurer de la concordance du volume de dialyses d'une période à l'autre. Approfondir le cas de patients qui ont un nombre de dialyse inférieur à la moyenne établie.

Ci dessous la liste de base des éléments systématiquement vérifiés lors de chaque contrôle :

Contrôles quantitatifs :

Nombre de séjours UF vérification d'une période sur l'autre

Nombre de séances de dialyses de radiothérapie ; vérification d'une période sur l'autre

Vérification des séjours longs

Vérification des suppléments :

- Soins intensifs
- Réanimation
- Nouveaux nés

Vérification « extrêmes hauts », « extrêmes bas »

Vérification du nombre d'IVG

Vérification PMO

Nombre de séjours en erreur

- Code DP manquants
- Incompatibilité Diag actes

Vérification codage IGS des séjours de réanimation

Contrôles qualitatifs :

Codes en T en DP interdits

Diags reliés absents

Vérification séjours avec ventilation mécanique

Vérification des démences Alzheimer codes F et G

Codes Z et durée de séjours longues

Durées de séjours longues sans CMA.

Sortie DCD sans CMA

Chimiothérapie :

Code <> de z511 et uf 5104 alors erreur

Code = z511 et Uf 5101 et séjour sup à 1 voir si OK (valorisation 590 au lieu de 422)

Code = Z511 et UF 5103 voir pourquoi pas 5104

Code = tumeur et UF = 5110

Actes :

Si UF de chirurgie et actes = 0 alors contrôle en fonction du diagnostic

Contrôles spécifiques :

23C02Z Interventions chirurgicales avec autres motifs

Les résultats obtenus

A titre d'exemple, la démarche a permis de dégager un gain de 83 687 € pour les suppléments Réa en 2007.

E - PMSI	M11 avant correction	M11 après correction	ECART
<i>Nombre de suppléments de réanimation fichier RSA</i>	2 218	2 417	199
Valorisation suppléments de réanimation	1 857 198,88 €	2 023 932,72 €	166 734 €
<i>Nombre de suppléments de soins intensifs valorisés</i>	2 829	2 631	-198
Valorisation suppléments de soins intensifs validés	1 185 679,32 €	1 102 632,48 €	-83 047 €
GAIN			83 687 €

4.3. Pilotage global au CHU de Toulouse

Les constats de départ

Jusque-là éclatées sous différentes responsabilités et sans recherche de cohérence d'ensemble, il était vite apparu que les activités de facturation recouvrement nécessitaient la mise en place d'une véritable fonction de pilotage forte et homogène sur cet établissement. Le DAF du CHU, très impliqué dans le projet, est apparu progressivement comme le candidat le plus légitime, compte tenu de sa responsabilité, pour devenir de façon permanente le « pilote » de la chaîne de facturation recouvrement. De surcroît, le recouvrement, qui relève de la responsabilité du comptable public, devait également être intégré à ce pilotage.

Les objectifs fixés

- Développer la fonction « pilotage » de façon pérenne ;
- Mettre en place des tableaux de bord, outils de la fonction « pilotage », afin de :
 - o Créer des supports de dialogue entre l'ordonnateur et le comptable ;
 - o Evaluer la situation financière actuelle et simuler les évolutions futures.
- Coordonner les activités des différents services de l'établissement et contrôler le processus ;
- Piloter l'ensemble des actions correctrices qui sont entreprises par les unités.

Les résultats obtenus

Des réunions mensuelles entre la direction financière et la TP, avec revue et analyse des indicateurs de facturation, sont désormais en place. Ces réunions sont relayées par des échanges réguliers entre les agents de chaque entité (DAF et TP) pour étudier les retours de dossiers et anomalies sur la facturation. Outre ces réunions de pilotage, certaines thématiques sont désormais traitées par des commissions particulières :

- Création et animation de la réunion interservices examinant les dysfonctionnements quant au recueil et au traitement de l'activité. Cette réunion à géométrie variable selon les thèmes abordés, dite « commission activité » comprend :
 - o Le DAF ;
 - o Le DSI - directeur du contrôle de gestion et les agents de la DSI responsable des applications ;
 - o L'équipe du DIM ;
 - o La direction de la clientèle ;
 - o Les médecins responsables de pôle si besoin ;
 - o La cellule de redressement des anomalies de facturation (rattachée au DAF).
- Création d'une « commission technique » pour prendre en charge les problèmes techniques et les solutions concernant le traitement informatique et son adéquation avec la législation sociale. Sa forme a évolué dans le temps afin de réduire la charge due aux réunions. Désormais, de nombreux échanges ont lieu par e-mail. Cette commission s'attaque à tous les problèmes au fur et à mesure qu'ils se présentent et fait appel aux experts idoines si besoin ; l'objectif est de désigner un responsable pour chaque action. Cette commission comprend :
 - o Le DAF ;
 - o Le DSI ;
 - o Les experts concernés par les thèmes abordés.

A partir de mars 2007, et progressivement sur l'année 2007, ces dispositions ont été mises en place et se poursuivent aujourd'hui. L'une des toutes premières actions, fruit de la volonté du comité de pilotage, est par exemple la définition et la 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.

Indicateurs délégation aux affaires financières et aux systèmes d'information

(Version initiale : 27 02 2007- re-validé le 18 09 2007 – M. LABIA- TP et M. ABBAL-DAF du CHU)

Mensuel (TP) à faire aussi en Annuel :

- taux de recouvrement par catégories de débiteurs agrégés :
 - Particuliers
 - Caisses
 - Mutuelles
 - Etat, collectivités
- taux de recouvrement par catégories de produits :
 - Consultations
 - Hospitalisations
 - Hébergés
 - Produits divers :
 - » Produits divers, hors rétrocessions (cpt 46721)
 - » Rétrocessions de médicaments (cpt 411311)
- recouvrement spontané par catégorie de débiteurs (Oreghon) :
 - Hospitalisés et consultants
 - Caisses
 - Mutuelles et autres tiers payants
 - Départements
 - Débiteurs divers

Les premiers résultats obtenus par le CHU sont significatifs :

	Taux de recouvrement sur exercice courant				
	Hospitalisat. consultants	Caisses	Mutuelles	Etat & département	Débiteurs divers
Toulouse					
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 %

4.4. Cibler les « points durs » et concentrer ses efforts : les urgences au CHI du Val d'Ariège

Les constats de départ

L'étude globale de l'ensemble du processus sur cet établissement a rapidement mis en lumière les difficultés récurrentes rencontrées sur les dossiers émanant du service des urgences.

Les objectifs fixés

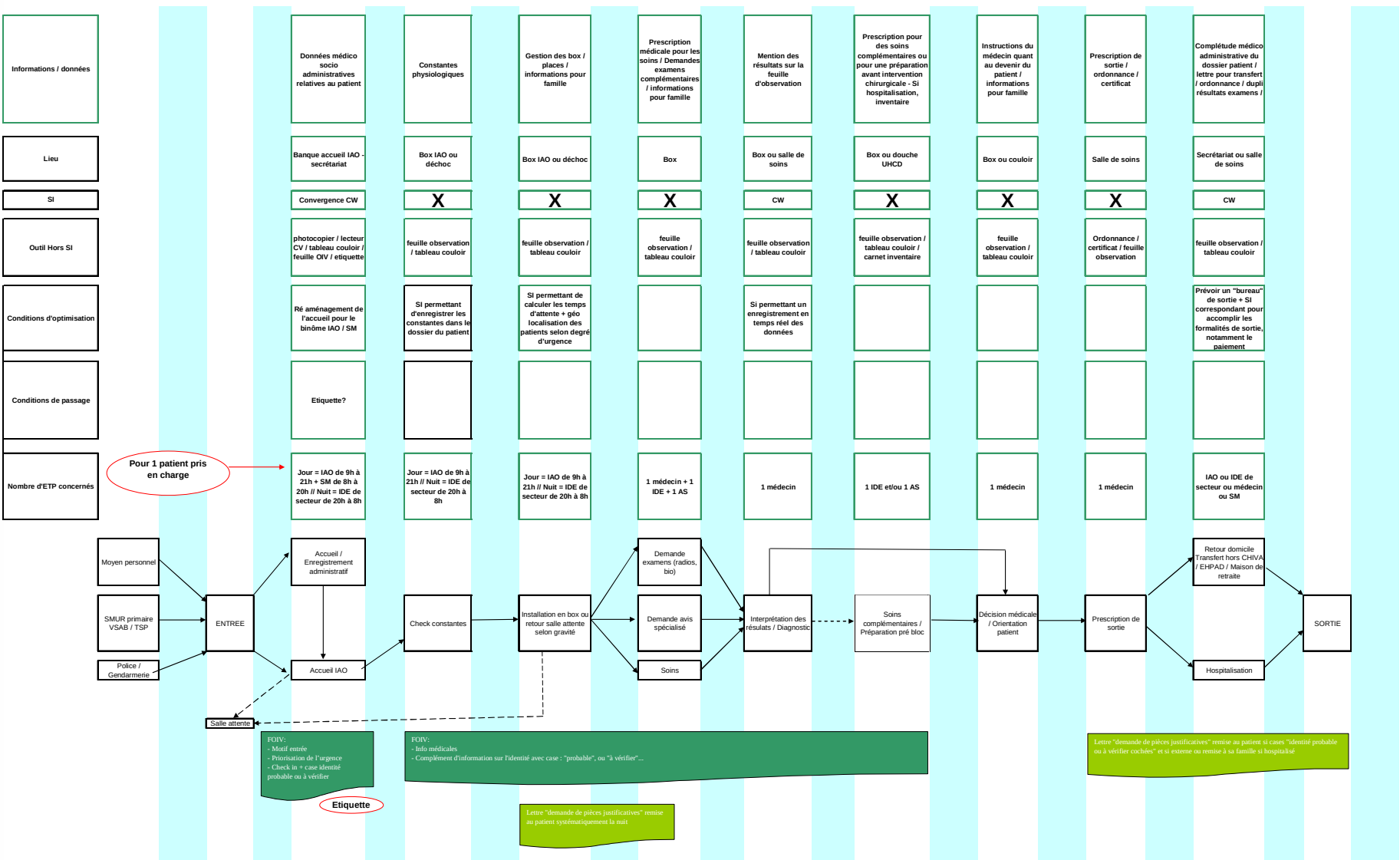
- Redéfinition des procédures administratives à appliquer ainsi que des rôles et responsabilités de chaque acteur ;
- Communication ciblée auprès des différents types de personnels ;
- Réaménagement de l'accueil et mise en place d'une sous régie.

La mise en œuvre

Le plan d'actions a été défini à partir des trois principaux objectifs évoqués ci avant, et mis en œuvre. Une forte dynamique a été lancée : un groupe de travail pluridisciplinaire (responsable du pôle, cadre administratif, cadre de santé, médecins, infirmières, secrétaires médicales, et bureau des entrées) a été mis en place, et les réflexions se sont montrées très constructives.

Redéfinition des procédures administratives à appliquer ainsi que des rôles et responsabilités de chaque acteur

La mise à plat des procédures a permis de détecter les points de difficulté et de réfléchir aux moyens pour y faire face. Chaque activité réalisée de l'entrée à la sortie du patient a été recensée dans le schéma ci-dessous, en précisant l'action réalisée, l'acteur qui en est chargé, l'outil (éventuellement informatique) permettant de tracer cette action, l'information recueillie, le lieu et les conditions de passage, c'est-à-dire les conditions nécessaires à la bonne réalisation de l'action et permettant de passer à la suivante. Les principales difficultés se sont révélées dans le manque de suivi et de fiabilité de l'information.



Pour pallier les pertes d'informations tout au long de la chaîne et le manque de suivi et de vérification des données, il a été décidé d'ajouter des « *check-lists* » d'informations nécessaires à recueillir à l'entrée et à la sortie du patient. Pour éviter de multiplier les supports qui risquent de se perdre, et pour favoriser l'appropriation des différents acteurs, cette feuille a été ajoutée à la feuille de suivi du patient déjà utilisée. Cette liste intègre notamment la notion de fiabilité de l'information administrative recueillie, et implique une nouvelle procédure de vérification des données.

CHECK IN	
Identité vérifiée ☐ Identité probable ☐ Identité à vérifier ☐	Patient accompagné par : Père ☐ Mère ☐ Fils/Fille ☐ Autre : Nom : Prénom :
Source d'info complémentaires : ☐ Gendarmerie ☐ SAMU ☐ Dossier psy (CHAC)	
Engagement de la PASS : OUI ☐ NON ☐ Nom du médecin traitant :	
COMPLÉMENTS INFORMATIONS PATIENT	
NOM	→
NOM de Jeune Femme	→
PRENOM	→
ADRESSE	→
DATE DE NAISSANCE	↓
LIEU DE NAISSANCE	↓
	• Adresse n°1 • Adresse n°2 • Adresse n°3 • Adresse n°4
CHECK OUT	
ADMINISTRATIF : - Remise lettre « pièces à fournir » ☐ MEDICAL : - RDV post-urgence ☐ - Certificat(s) ☐ - Suivi / surveillance ☐ - Ordonnance ☐	Je soussigné, reconnais avoir reçu les documents ou instructions précisés ici, Le Signature :
Vérification faite par : Nom : Prénom :	

Il a été décidé de favoriser le travail en binôme entre l'administratif et le médical. Ainsi, deux fiches de poste ont été revues : celle de l'infirmière d'accueil et d'orientation et celle de la secrétaire médicale afin de favoriser la polyvalence, et le travail en commun de ces deux profils.

Les actions concernant la remise à plat des procédures et des rôles seront notamment utiles à la redéfinition à venir d'une nouvelle organisation dans le cadre des nouvelles urgences prévues pour 2010.

Communication ciblée auprès des différents types de personnels

Un plan de communication a été défini, différenciant les supports et les messages à diffuser selon les types de personnels. Un dépliant a été réalisé afin de sensibiliser l'ensemble du pôle aux réformes de financement et de donner les éléments clés nécessaires à prendre en compte concrètement en fonction de son rôle. Dans un premier temps, il avait été décidé de réaliser deux dépliantes : l'un pour le personnel médical, l'autre pour le personnel paramédical. Cependant, la nécessité de décloisonner ces deux profils a conduit le groupe à réunir ces deux documents en un seul, tout en différenciant le message pour chacune des équipes.

T2A AUX URGENCES : LES CLES DU SUCCES

*La T2A est une réforme financière qui s'applique à l'ensemble des établissements de santé publics ou privés.
Elle s'applique à 100% dès le 1^{er} janvier 2008 à tous.*

La financement des urgences c'est :

- Forfait
- Tarification au passage
- Actes externes
- Codage des actes

**Plus de recettes,
c'est plus de moyens.**

Nous sommes tous concernés.

HIER : DOTATION GLOBALE DE FINANCEMENT

Avant l'application de la réforme, le financement global, versé à l'avance.

→ Passerelle aux fluctuations d'activité

→ Présenter à la commission de la tarification, l'impact des innovations

→ Financer les innovations et modes de soins

AUJOURD'HUI : TARIFICATION A L'ACTIVITE

- Suppression du budget global, plus de recettes assurées
- Nos activités déterminent directement nos ressources :
 - Pièces de données administratives optimisées
 - Codes médicaux de facturation (actes, soins, consultations)
 - Procédure des médicaments et dispositifs médicaux
 - Etc...
 - Examen, qualification, temps réel

→ Un mode de financement public optimal harmonisé

→ La mesure de l'activité est faite sur la base de critères médicaux

→ Un financement fondé sur l'activité réellement réalisée

→ La nécessité de facturer pour obtenir de nouvelles ressources

PRISE EN CHARGE DU PATIENT ET CODAGE DES ACTIVITES

EQUIPE PARAMEDICALE

1. Pourquoi vient-il ? → Forfaitisation médicale (collecte d'actes de soins médicaux, protocoles médicaux d'orientation)
2. Qui vient-il ? → son identité (protocole de prise d'information, enregistrement à l'accueil du patient)
3. Les éléments d'identité, supports de la qualité de soins :
 - Sexe, âge
 - Nom (prénoms et nom de famille), prénom, adresse

Travaux cliniques (MO / Secrétaire médicale) adaptés

3. Quelle couverture sociale ? : employeur (AT, cotisations sociales, mutuelle, assurance)
4. Les cas particuliers :
 - Sans papiers : protocoles spécifiques
 - Cas d'urgence vitale
 - Pour les équipes de nuit : Le patient doit partir avec la lettre type de demande de prise en charge

REMPLIR LA FEUILLE D'IDENTITE-VIGILANCE (au dos de la feuille d'observation)

EQUIPE MEDICALE

CONCRETEMENT :

- Coder en temps réel
- Dès que l'ordonnance est remise au patient, demander à ce dernier de passer au secrétariat
- Si le patient est hospitalisé, remplir la fiche de liaison et demander à la famille de passer au secrétariat
- Le relais d'information dans les services passe par la fiche de liaison (au dos de la feuille d'observation, remplir la feuille d'identité-vigilance)

Il a été décidé de remettre ce document de façon individuelle à chacun des soignants et médecins par le cadre de santé qui explique brièvement l'importance de la réforme. Cette diffusion en mains propres permet de s'assurer que chacun a bien pris connaissance du document et permet d'éviter d'éventuelles protestations de groupe.

Une réunion d'information a également été prévue pour le service, ainsi qu'une communication au sein du conseil de pôle.

Réaménagement de l'accueil et mise en place d'une sous régie, en cours

Le réaménagement de l'accueil a été repensé afin de rendre le parcours du patient plus simple, tout en s'assurant que le recueil de ses données administratives sera bien effectif. Un « guichet administratif » a dans ce but été déplacé au sein de la salle d'attente. Un projet de refonte complète des urgences permettra de mieux intégrer un accueil et une sous régie au nouveau flux patient ainsi généré. En attendant, il est nécessaire de trouver une solution intermédiaire qui permette de placer la sous régie au plus près du flux des patients.

Les résultats obtenus

Les travaux du groupe ont permis de placer l'accueil et l'administratif au cœur de la prise en charge des patients. En effet, la prise en charge médicale des patients est une très forte priorité des équipes d'urgences, et un tel projet porté par les administratifs aurait pu laisser croire qu'il était nécessaire de déporter l'effort médical au profit du complément du dossier « administratif » du patient. Un effort de pédagogie a été nécessaire pour qu'il soit communément admis que la meilleure prise en charge, le meilleur service rendu au patient est bien une prise en charge globale (au sens soignant, social et administratifs), et que ces trois aspects doivent trouver un mode de fonctionnement qui s'insère correctement dans le service d'urgences. De fait, la mise en place des pôles et l'autonomie de gestion du pôle « urgences » ont également facilité le cheminement intellectuel menant à la constitution d'un accueil administratif et à la gestion d'une sous régie.

Finalement, ce groupe de travail qui s'est réuni de façon régulière afin de réfléchir sur des points précis (nouvelles procédures à mettre en place, communication, réaménagement de l'accueil...) a permis de mettre régulièrement autour d'une table des profils tant médicaux qu'administratifs, et ayant un rôle propre au sein de la chaîne de facturation. Ce groupe de réflexion animé par une personne extérieure, sur laquelle aucun membre n'avait d'*a priori*, a poussé chacun à participer, et a été très porteur. En effet, chacun des personnels impliqués a pu porter les messages de ses collègues et a pu les inciter à mettre ensuite en œuvre les nouvelles procédures. C'est une véritable réflexion, mais aussi toute une dynamique qui a émergé de ce groupe.

Forts de ce succès aux urgences, les responsables de cet établissement s'attellent dorénavant à déployer ces méthodes et « bonnes » pratiques au reste de l'établissement.

FICHE 3.2. Définir et suivre des indicateurs

1. La problématique

La « culture de l'indicateur » est d'une manière générale peu implantée à l'hôpital. La problématique de facturation n'échappe pas à la règle : en début de chantier MeaH, il fut curieusement difficile de quantifier des données pourtant essentielles, telles que les taux et délais de recouvrement, RAR par débiteur, taux de rejets B2, etc. Ce constat interpelle d'autant plus qu'un certain nombre d'outils, dont les applications à disposition du comptable demeurent le meilleur exemple, doivent permettre d'obtenir rapidement et à moindre coût un certain nombre de ces informations.

Face à ce constat, un système d'information qualifié de défaillant fait bien souvent figure de coupable idéal pour expliquer les lacunes en termes de capacité de mesure de la performance de la chaîne de facturation / recouvrement, parfois même l'absence totale de tout indicateur.

Néanmoins, et c'est l'objet des items développés ci-après, il existe de multiples solutions permettant d'obtenir des mesures significatives de la qualité des process et de la performance de l'activité globale de facturation : le management par l'analyse d'indicateurs, la définition d'objectifs chiffrés et leur suivi régulier ne sont en réalité que le fruit de la volonté des managers.

2. L'objectif

Parce que l'« on n'améliore que ce que l'on mesure », la mise en place d'indicateurs est incontournable. Ces derniers doivent permettre :

- D'objectiver **la performance de chacune des sous activités** (qualité de l'admission, exhaustivité du codage, etc.) ;
- D'appréhender **la performance globale** de l'activité facturation / recouvrement (délais entre sortie du patient et encaissement, taux de recouvrement global à 6 mois, etc.) ;
- De pouvoir observer et juger de **l'impact de telle ou telle action correctrice** sur l'ensemble du processus.

3. Les actions possibles

Plusieurs options peuvent être envisagées par un responsable désireux d'objectiver sa performance :

- La revue et l'analyse de dossiers en staffs, en reconstituant la vie de quelques dossiers tirés au hasard, permettent d'objectiver la **performance réelle en termes de délais** mais également les tendances. Cette méthode, développée plus loin dans l'ouvrage, permet de s'affranchir du SIH, en attendant que ce dernier donne pleine satisfaction ;
 - ☞ *Revue de dossiers et suivi des délais au CH de Chartres, page 73*
 - ☞ *Revue de dossiers et suivi des délais au CHI du Val d'Ariège, page 74*
 - ☞ *Se comparer pour s'améliorer : la mesure des délais au CHU de Toulouse, page 75*
 - ☞ *Pilotage au CH de la région d'Annecy, page 76*
- Les outils de la comptabilité publique, tels que HTR, OREGHON, CCI-RAR, permettent respectivement d'obtenir notamment la liste des **états de restes à recouvrer** sur exercices précédent et antérieurs, les **taux de recouvrement spontané** relatif aux émissions de titres, les taux de recouvrement relatifs aux produits payables par les hospitalisés et consultants, etc. : ces indicateurs doivent pouvoir être fournis de manière relativement aisée par le comptable ;
 - ☞ *Indicateurs de process et de performance au CH de Melun, page 80*
- Les **taux de rejets B2** 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, fruit d'un travail commun avec la CNAMTS et la MSA, envoyé à tous les établissements et disponible dans sa version électronique sur le site de la MeaH) ;
- Le **nombre de doublons** peut être plus ou moins aisément identifié et comptabilisé par le bureau des entrées ;
 - ☞ *Indicateurs de process et de performance au CH de Melun, page 80*

- Le **nombre de retours NPAI** peut être tracé périodiquement, et ainsi offrir une bonne vision de l'amélioration ou la dégradation de la qualité de l'information administrative contenue dans les dossiers ;
- L'**exhaustivité du codage** peut être appréhendée par une simple distribution (nombre de dossiers en attente de codage après 1 jour, après 1 semaine, après 1 mois...) que doit pouvoir en toute logique fournir le DIM ;
- Etc.

Cette liste, non exhaustive, n'est qu'un aperçu des nombreuses possibilités qui sont offertes aux managers désireux d'instrumenter un tableau de bord : il conviendra bien entendu pour chacun de s'adapter tant aux possibilités réelles de l'établissement qu'à des priorités éventuellement définies au préalable.

4. Des réalisations concrètes

4.1. Grille de recueil et de revue de dossiers développée par le groupe de travail MeaH

Certaines difficultés sont inhérentes à la nature même du processus de recouvrement. Les taux globaux de recouvrement mesurés en année « n » relatifs à l'exercice de l'année « n-1 » ne seront que peu sensibles aux actions mises en œuvre au cours de cette même année ; il est probable qu'il faudra attendre la fin d'exercice et les premières mesures d'indicateurs l'année suivante pour commencer à observer de façon notable les évolutions et l'impact des actions qui auront pu être mises en place.

Ainsi, il apparaît essentiel de suivre en routine des indicateurs plus « micro » mais ayant l'avantage d'être beaucoup plus sensibles aux actions mises en œuvre par les équipes locales. Grâce à une méthode d'échantillonnage et de revue de dossiers, il est possible de suivre les délais jalonnant chacune des étapes du processus ; pour ce faire, une grille commune d'analyse a été élaborée, et pourra servir de base de travail aux établissements :

- Focalisation sur des dossiers issus du service des Urgences et d'un service de consultations externes ;
- Tirage au sort et étude de 10 dossiers par semaine *a minima* ;
- Analyse des résultats et revue d'incidents en staffs périodiques, staffs réunissant les principaux acteurs de la chaîne de recouvrement.

La grille de recueil, validée en séance avec les chefs de projet des établissements, comporte les champs suivants :

- *Numéro de dossier* : attribué arbitrairement pour la constitution de la base de données ;
- *Identification du dossier* : nom du patient ;
- *Date de la revue de dossiers* : date à laquelle a été réalisée l'étude du dossier ;
- *Semaine* : numéro de la semaine (renseigné automatiquement) ;
- *Du* : premier jour de la semaine (renseigné automatiquement) ;
- *Au* : dernier jour de la semaine (renseigné automatiquement) ;
- *Date d'entrée* : date de création du dossier administratif et/ou du premier acte (jj/mm) ;
- *Codage « plateau technique »* : présence d'un codage « plateau technique » (oui/non) ;
- *Codage « laboratoire »* : présence d'un codage « laboratoire » (oui/non) ;
- *Codage « CCAM »* : présence d'un codage « CCAM » (oui/non) ;
- *Codage « NGAP »* : présence d'un codage « NGAP » (oui/non) ;
- *Date de dernier codage* : date à laquelle le dossier a reçu le dernier codage enregistré (jj/mm) ;
- *Date de facturation* : date de production de la facture par les services administratifs (jj/mm) ;
- *Date d'émission du titre* : date de production du titre de recette par le trésorier (jj/mm) ;
- *Date d'encaissement* : date de recouvrement effectif du titre (jj/mm) ;
- *Date d'encaissement en régie* : date de paiement en régie (jj/mm) ;
- *Tiers payant* : intervention du tiers payant (oui/non) ;
- *Paiement en régie* : paiement par le patient en régie (oui/non) ;
- *Relevé d'incidents* : incidents notables objectivés par l'étude du dossier (champ libre) ;
- *Commentaires* : précisions éventuelles (champ libre) ;
- *Délai de dernier codage par rapport à la date d'entrée* (calcul automatique de l'indicateur) ;
- *Délai de facturation par rapport à la date d'entrée, puis par rapport à la date de dernier codage* (calcul automatique de l'indicateur) ;
- *Délai d'émission du titre par rapport à la date d'entrée, puis par rapport à la date de facturation* (calcul automatique de l'indicateur) ;
- *Délai d'encaissement par rapport à la date d'entrée, puis par rapport à la date d'émission du titre* (calcul automatique de l'indicateur).

La revue de dossiers, régulière et appliquée, permettra à la fois de créer une synergie de groupe autour d'objectifs communs, mais également de suivre et voir évoluer des indicateurs de performance sensibles (en l'occurrence les délais), au fur et à mesure de l'avancement des plans d'actions. Signalons que cette méthode a été appliquée avec succès par 4 des 8 établissements du chantier, et ce sans l'aide du SIH.



LIBERTÉ • ÉGALITÉ • FRATERNITÉ
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ,
DE LA JEUNESSE
ET DES SPORTS

4.2. Revue de dossiers et suivi des délais au CH de Chartres

Les constats de départ

Les délais relatifs à la facturation et au recouvrement n'étaient pas connus de manière précise au sein de cet établissement. Afin de pouvoir constater l'impact des différentes actions qui allaient être mises en place dans le cadre de la démarche MeaH, il est apparu essentiel aux responsables de se doter d'un outil de suivi régulier des délais : l'outil SUIVRECOUV a servi de base de départ.

Les objectifs fixés

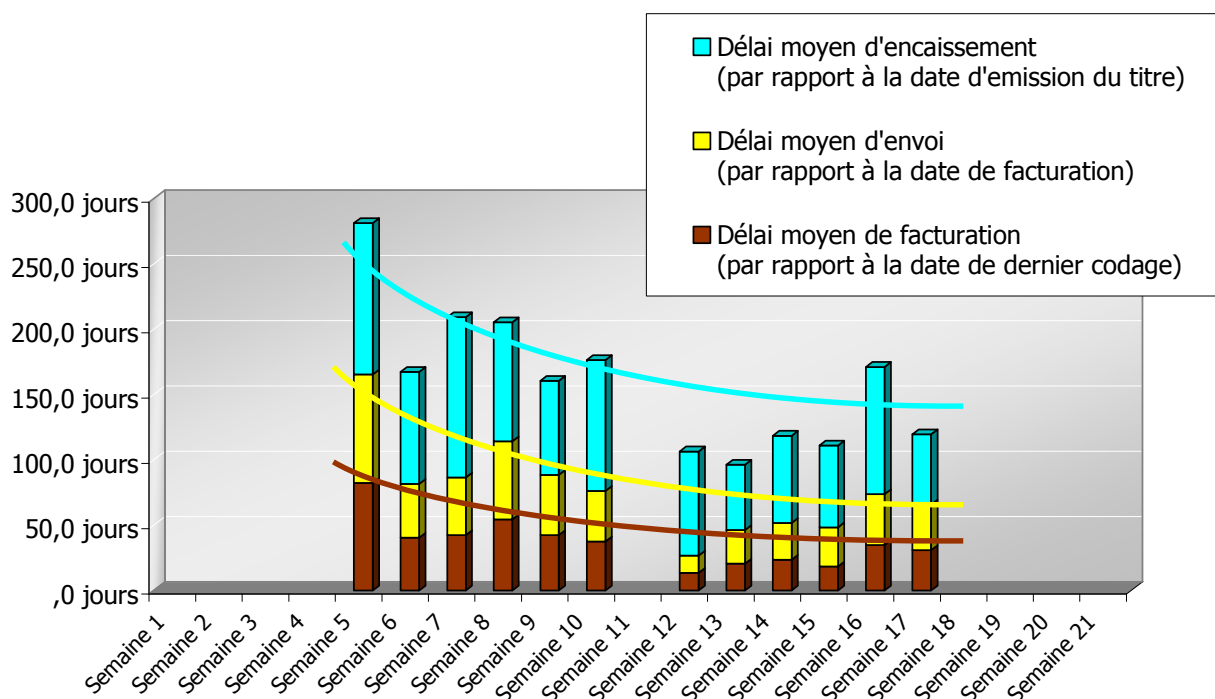
L'objectif affiché a été de réaliser un suivi en routine des délais de facturation et d'encaissement par rapport à la date de complétude du dossier administratif (en fonction des facteurs de saisie différée des données médicales ou d'actes complémentaires).

La mise en œuvre

La revue de dossiers a été mise en œuvre de manière appuyée au cours du 1^{er} trimestre 2007, puis plus ponctuellement dans l'optique de contribuer à l'analyse institutionnelle (étude du flux des urgences, actions de sensibilisation à la saisie à la source et l'encaissement en régie).

Initialement, le recueil s'est focalisé sur des dossiers issus des urgences et soins externes au rythme de dix dossiers tirés au hasard chaque semaine. La gestion et le traitement de chaque échantillon ont pu être réalisés dans le logiciel de gestion administrative des patients, occasion pour l'établissement d'adapter et d'enrichir l'outil MeaH à sa convenance.

Les résultats obtenus



4.3. Revue de dossiers et suivi des délais au CHI du Val d'Ariège

Les constats de départ

Partant d'un délai de facturation jugé satisfaisant, cet établissement a souhaité améliorer la qualité de l'ensemble de sa facturation tout en contrôlant les impacts que la batterie de contrôles sur l'exhaustivité du codage médical et sur la qualité des données administratives pouvait générer sur sa performance en termes de délais.

Les objectifs fixés

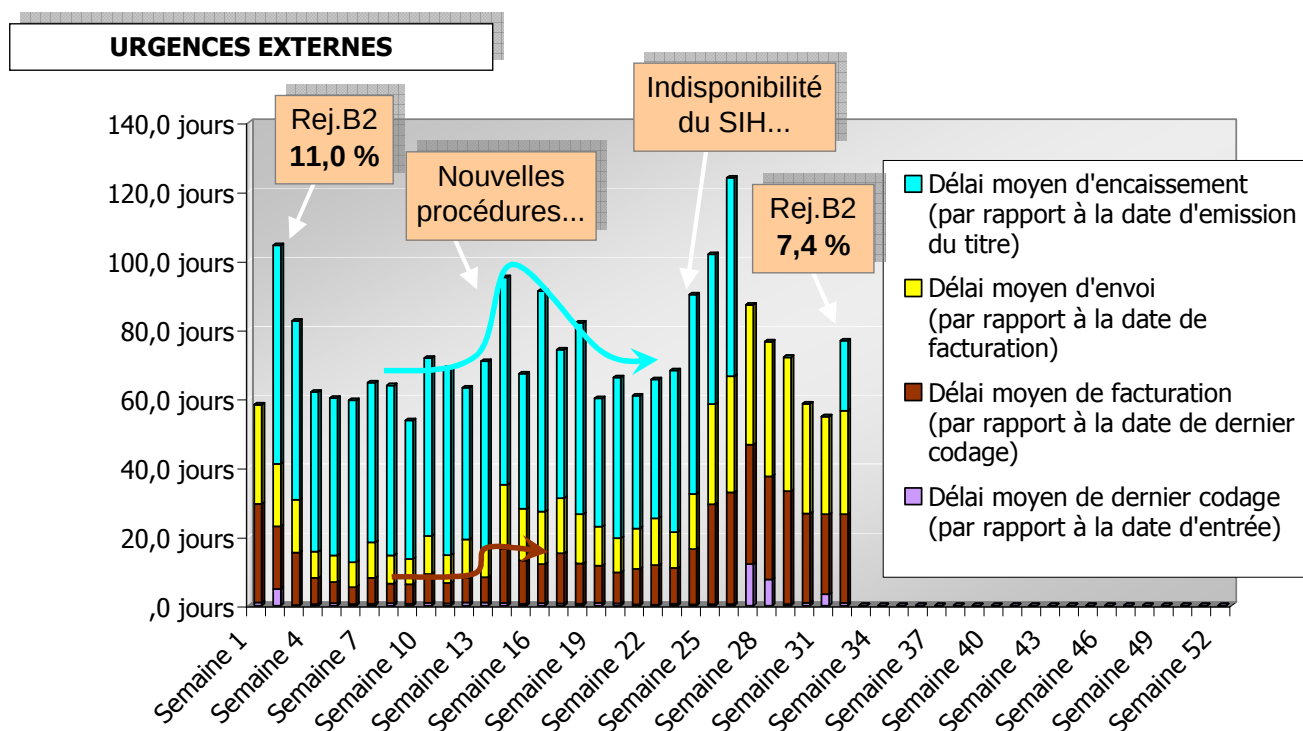
L'objectif a donc été de mettre en place plusieurs indicateurs tout au long de la chaîne de facturation, de l'entrée à la sortie du patient, de la facturation au recouvrement proprement dit, suivis en routine de manière pérenne.

La mise en œuvre

L'implication des secrétariats dans la production des indicateurs (revues de dossiers), ainsi que la communication régulière des indicateurs a conforté le succès de la démarche. L'analyse des dossiers tirés au hasard, faite à la main chaque semaine, a permis de suivre les effets du plan d'actions MeaH sur l'ensemble du processus. Elle continue à être menée actuellement. Les responsables de l'établissement étudient avec leur éditeur de logiciel de facturation la possibilité de faire produire de manière automatique et en « presse-bouton » ces indicateurs par le SIH.

Les résultats obtenus

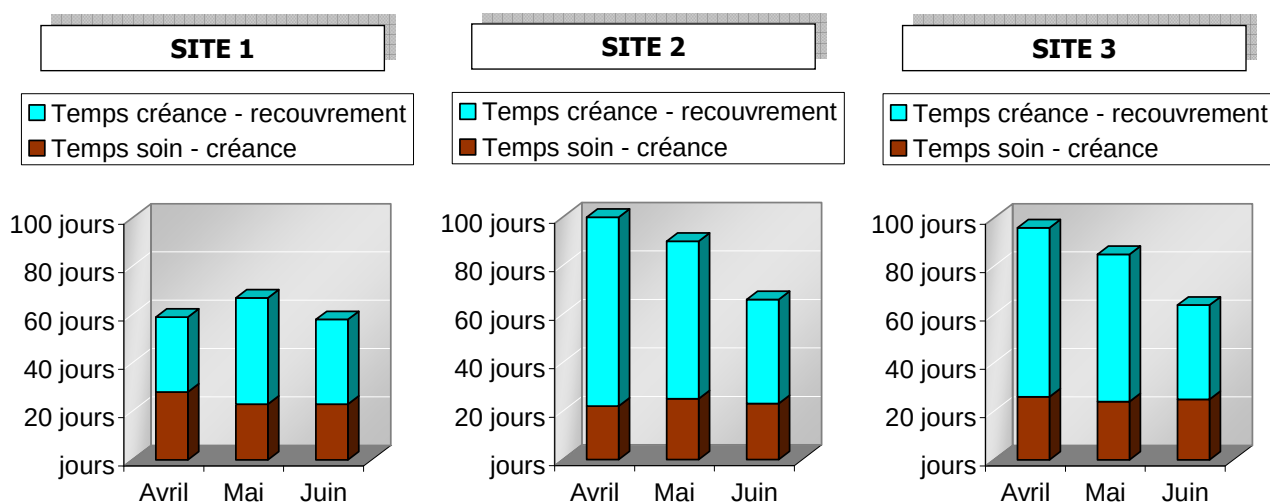
La mise en place de procédures de contrôle administratif et sur l'exhaustivité du codage a naturellement engendré, dans un premier temps, un allongement des délais. Mais cette dégradation, quantifiée et contrôlée au jour le jour, a été accompagnée d'une réduction des rejets B2 de près de 4%.



4.4. Se comparer pour s'améliorer : la mesure des délais au CHU de Toulouse

Si la mesure d'indicateurs a pour ambition première d'objectiver et de quantifier un phénomène, elle a bien souvent des effets collatéraux dits « effets sentinelle » : tout acteur sachant son activité observée et évaluée aura naturellement, consciemment ou pas, à cœur de s'améliorer. C'est ainsi que, pour prendre un exemple tiré d'autres chantiers MeaH, le simple fait d'afficher jour après jour à l'entrée d'un service des urgences les temps d'attente des patients a en général un impact suffisant sur les personnels soignants et médicaux pour que ceux-ci mettent en œuvre toutes les solutions pour les faire baisser.

De la même manière, la mesure et la comparaison des délais de facturation / recouvrement, sur plusieurs pôles ou sites différents du même établissement, peuvent entraîner une dynamique vertueuse où chacun sera incité à s'améliorer (en se comparant aux autres...). En guise d'illustration, ci-après l'exemple du CHU de Toulouse, qui a vu les performances de 2 sites croître très nettement, après que la mesure ait objectivé de réelles marges de progression par rapport à un 3^{ème} site...



4.5. Pilotage au CH de la région d'Annecy

Les constats de départ

Une première phase de diagnostic a très vite mis en lumière deux éléments contradictoires au sein de cet établissement : un taux de rejet significatif avant facturation, révélateur de non qualité du processus, et a *contrario* le ressenti des différents acteurs de la chaîne, convaincus de « bien » travailler chacun à leur niveau.

Face à ce constat, la DAF a souhaité se donner la visibilité nécessaire pour situer, qualifier et quantifier les différents points de dysfonctionnements pressentis. La définition et la mise en production d'une batterie d'indicateurs « BE » a alors constitué la première pierre du système de pilotage que l'établissement a souhaité mettre en place.

Cette démarche s'est imposée d'autant plus que les responsables de la facturation de cet hôpital, seulement en cours de test de flux B2, ne disposaient d'aucune source d'analyse objective et quantifiée relative à l'exhaustivité et à la qualité des données administratives (identité, adresse du patient et ouverture des droits).

Les objectifs fixés

- Mesurer régulièrement la qualité du processus de recouvrement globalement, par pôle et par service :
 - o Des hospitalisations ;
 - o Des consultations externes.
- Améliorer le processus au travers d'actions ciblées, identifiées grâce aux indicateurs.

La mise en œuvre

La démarche n'a pu aboutir que par les travaux communs du BE et de la TP :

- Identification et recensement des indicateurs ;
- Rédaction d'un guide présentant pour chaque indicateur, ses objectifs, les sources d'information, les bases de calculs, les résultats attendus ;
- Construction des représentations graphiques en vue de l'élaboration des tableaux de bord.

Plus spécifiquement au sujet des indicateurs BE, pour définir les indicateurs appropriés, la DAF a pris le soin :

- De s'appuyer sur les points critiques du processus caractérisés par une campagne de mesure lors d'une première phase de diagnostic ;
- De constituer des groupes de travail pluridisciplinaires afin de compléter la liste existante et de recueillir auprès de chaque responsable les indicateurs significatifs de la qualité du processus au niveau son activité : cette démarche participative a permis de faciliter l'acceptation, par les différents niveaux de responsabilité, du système de pilotage dans sa globalité et de l'utilisation qui doit en être faite ;
- De produire des feuilles de recueil de données à partir d'un fichier Excel, la plupart de ces indicateurs n'étant pas issus du SI.

Les résultats obtenus

Cet établissement a aujourd'hui défini un dispositif lui permettant de disposer d'informations quantifiées, claires et précises à des fins de compréhension, d'analyse et de décision. Le recueil des données chiffrées réalisé tout au long de l'exercice 2007 a permis de constituer un référentiel sur la base duquel la DAF s'appuiera pour continuer à :

- Appréhender la qualité globale de l'organisation en différents points du processus ;
- Se fixer les objectifs à atteindre ;
- Identifier et déclencher des actions correctrices.

D'ores et déjà, la mise en visibilité du processus a permis d'améliorer de manière notable les délais de facturation.

	Délais de facturation des consultations externes	Délais de facturation des hospitalisations
Annecy		
Moy. 2005-2006	30 jours	90 jours
2007	15 jours	30 jours

Extrait du guide des indicateurs BE : exemple de l'indicateur « taux de contentieux AMC »

Pour chaque indicateur défini, une fiche « réflexe » synthétique a été formalisée, l'ensemble de ces fiches constituant un « guide des indicateurs ». Ci-après pour exemple la fiche relative au « taux de contentieux AMC ».

2 Taux de contentieux motif « Assurance Maladie Complémentaire»

Cet indicateur global permet de suivre les contentieux hospitalisations et consultations externes, dont l'origine est une contestation de l'Assurance Maladie Complémentaire (AMC), exprimée par l'AMC.

Plusieurs typologies d'erreur ont été identifiées et donnent lieu à un suivi.

Il existe donc 4 indicateurs en cohérence avec les typologies identifiées.

- Les Erreurs Mutuelles : le patient n'est plus affilié à la Mutuelle à laquelle le dossier a été envoyé
- Pas d'Ouverture de Droits (OD) : il s'agit des dossiers pour lesquels il n'existe pas d'Ouverture de Droits : des droits ne sont pas ouverts pour le dossier/patient ; les raisons sont soit que le patient n'est pas à jour du paiement de ses cotisations, soit le bénéficiaire des soins n'est pas inscrit à la Mutuelle
- Les erreurs de contrat : les actes pratiqués ne sont pas couverts par le contrat
- Les erreurs de codage : soit il existe un mauvais cumul d'actes, ou une incohérence entre les actes saisi et la spécialité du praticien, soit facturation erronée d'actes ...

Définition	Exprime par UF/pôle et pour l'établissement : Globalement, le volume et le pourcentage des contentieux qui ont pour origine une contestation Mutuelle : • pour les hospitalisations • pour les externes Les contestations Mutuelles sont déclinées en 4 typologies : • Les Erreurs Mutuelles : exprime le nombre de contentieux AMC à attribuer à une « Erreur mutuelle » • Pas d'OD : exprime le nombre de contentieux AMC à attribuer à une absence d'OD sur le dossier • Erreurs de contrat : exprime le nombre de contentieux AMC à attribuer à une erreur de contrat • Erreurs de codage : exprime le nombre de contentieux AMC à attribuer à une erreur de codage Par typologie, exprime la part de chacune : - o relativement total des contentieux AMC - o dans le total des contentieux tous types confondus
Objectifs	Suivre par service/pôle et par motif, le volume des contentieux dont l'origine est une contestation issue d'une Mutuelle et dont l'origine relève d'une des typologies identifiées ci-dessus
Responsable	DAF

Unité	Nombre de contentieux externes Nombre de contentieux hospitalisations Pourcentage de contentieux externes d'origine AMC Pourcentage de contentieux hospitalisation d'origine AMC
Périodicité de calcul	Comptabilisation quotidienne Procéder à un calcul annuel => Cumul mensuel des contentieux externes en global et par typologie

Données de base de calcul	Avis de Somme à payer retournés par courrier avec contestation d'origine AMC Avis de Somme à Payer avec contestation d'origine « Contestations AMC » par type : => Erreur mutuelle => Pas OD => Erreur contrat => erreur codage Avis de Somme à Payer avec contestation tous types confondus Total des Avis de Somme à payer émis
Origine et nature des données rentrant dans le calcul	Retour courrier des Avis de Somme à Payer avec contestation d'origine AMC
Service responsable de la collecte / production des données	Cellule Fac Externe au CHRA Cellule contentieux fac au NHRA Les données mensuelles sont enregistrées mensuellement dans le répertoire partagé Meah
Mode de calcul	Manuel sur la base de tableaux Excel Nombre de contentieux : Comptabilisation manuelle Taux de contentieux AMC : $\text{Total contentieux AMC} \times 100 / \text{total contentieux tous types confondus}$ Calcul par type d'erreur => faire 1 indicateur par type • Erreur mutuelle • Pas OD • Erreur contrat • erreur codage Taux de contentieux AMC par rapport au total des titres émis : $\text{Total contentieux AMC} \times 100 / \text{nombre de titre émis par mois}$

Modalité d'interprétation

Interprétation	• Le bénéficiaire des soins peut ne pas être inscrit sur la carte. => La carte a pu ne pas être demandée ou pas vérifiée • Le patient n'est pas à jour du paiement de sa cotisation : difficile à vérifier dans la mesure où les cartes sont délivrées à l'année => point à voir avec les mutuelles et à formaliser clairement dans les convention
Actions corrective	• Demander systématiquement la carte de la Mutuelle et vérifier les ayants droits • Revoir avec les Mutuelles les termes des conventions sur le sujets des droits non à jour pour spécifier clairement l'engagement de la mutuelle et de sa responsabilité sur le sujet

Exemple de tableau de bord « contentieux » par services :

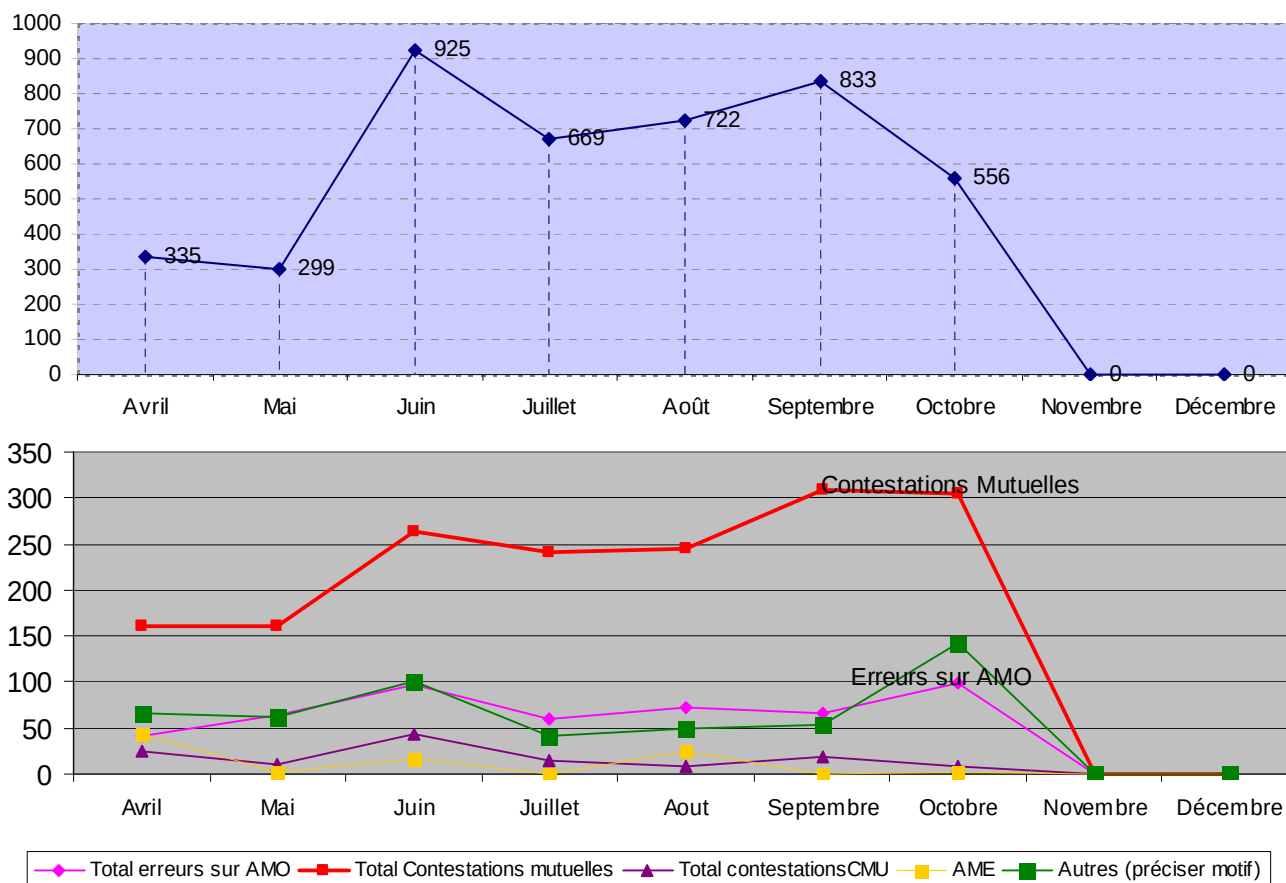
De la même manière, afin de faciliter leur lecture, les indicateurs sont consolidés dans des tableaux de bord prédéfinis, permettant de réaliser facilement des comparaisons interservices.

UF	Erreur sur AMO				Contestation de la mutuelle					Contestation CMU			AME	Autres	Total Contentieux Octobre
	ALD non prise en compte	Erreur CV	AT	Total AMO	Erreur mutuelle	Pas OD	Erreur contrat	Erreur codage(fac)	Total Contestations mutuelles	Pas OD	Erreur Centre	Total CMU			
ANESTHESIE	1	1		2	3	3		1	7	1		1	1	2	13
CARDIOLOGIE EXPL FONCTION	8			8		7			7			0		2	17
CHIR VISCERALE															
UROLOGIE															
STOMATHERAPIE	3			3	11	9	1	3	24			0		5	32
CONSULTATIONS DOULEUR				0					0			0			0
DIABETOLOGIE ENDOCRINO	1			1		1			1			0			2
EEG NEUROLOGIE	1			1				1	1			0		1	3
ENDOSCOPIES															
GASTRO	2			2	1			2	3			0			5
GERIATRIE				0					0			0			0
GYNECOLOGIE MATERNITE	4	2	1	7	9	13		5	25			0	1	10	43
HEMATOLOGIE	3			3	1	2		1	4			0			7
INFECTIOLOGIE	1			1		1		2	3			0		3	7
IRM				0					0			0		1	1
LABORATOIRE	12	1	1	14	10	9		3	22			0		29	65
MAMMOGRAPHIE															
SENOLOGIE				0											
SCANNER				0				1	1			0			1
RADIO CENTRALE	6		2	8	7	8	1	2	18	1		1		8	35
MEDECINE VACCINATIONS DU VOYAGE				0					0			0			0
NEPHROLOGIE				0		2			2			0			2
ORTHOGENIE				0											
CENTRE PLANIF.				0		2			2		1	1		2	5
ORTHOPEDIE															
RHUMATOLOGIE			1	1	8	10		2	20		1	1		4	26
PEDIATRIE	2	1		3	3	1		1	5			0		7	15
PHARMACIE		6		6					0			0		6	12
PNEUMOLOGIE															
EXPLO FONCTION				0	2	5	2		9	1		1		2	12
RADIOTHERAPIE	2			2	1				1			0			3
SPECIALITES	1	2	4	7	17	18	4	2	41		1	1		3	52
SMUR				0	2		1	2	5			0		4	9
URGENCES RADIO ACCUEIL	12	6	12	30	39	47	8	10	104	1	1	2		53	189
TOTAL	59	19	21	99	114	138	17	36	305	4	4	8	2	142	556

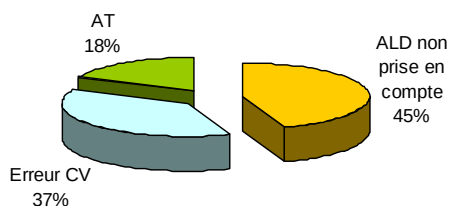
Exemple d'indicateurs « contentieux » relatifs aux consultations externes :

Enfin, chaque responsable de service dispose de ses informations propres, afin de pouvoir appréhender sa situation particulière. Ci-après les informations transmises pour l'activité de consultations externes.

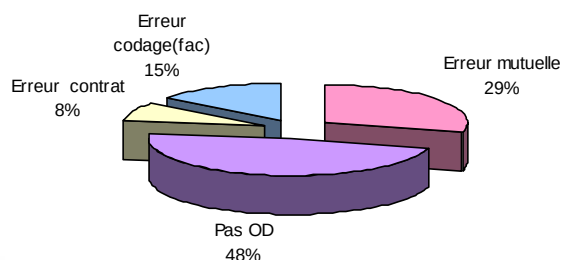
Evolution mensuelle des contentieux externes : tous types et tous services confondus



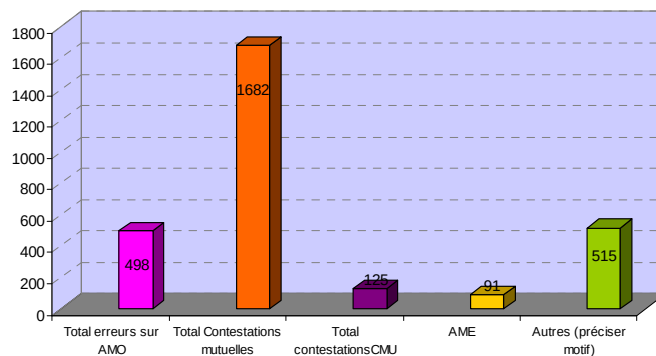
Externes : Origine des erreurs sur AMO



Externe : Origine des contentieux Mutuelle



Cumul annuel des contentieux externes par nature, toutes UF confondues



4.6. Indicateurs de process et de performance au CH de Melun

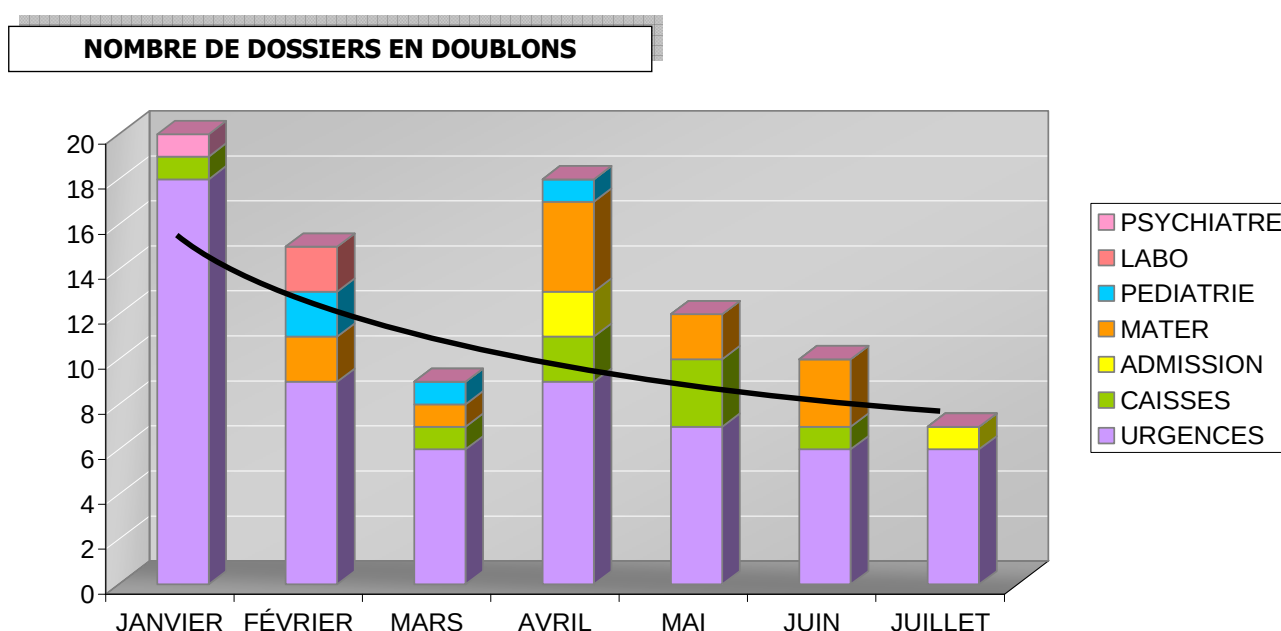
Les objectifs fixés

Relativement mature sur le sujet de la facturation et du recouvrement, cet établissement s'est engagé dans une démarche de contractualisation « horizontale » entre la DAF et l'ensemble des pôles. Afin de donner à cette contractualisation un caractère très « pragmatique », il s'est appuyé sur la définition d'indicateurs partagés, mesurés régulièrement, et d'objectifs chiffrés :

- Des indicateurs de process : mesurant la qualité de fonctionnement d'une partie ou d'une étape du processus ;
- Des indicateurs de performance : mesurant la qualité du « service » rendu par le processus.

Les résultats obtenus

Exemple d'indicateur de process : nombre de doublons par activité



Exemple d'indicateur de performance : taux de recouvrement par type de débiteur

	Taux brut de recouvrement sur exercice courant			
	Patients	Caisses	Mutuelles	Département
Melun				
Octobre 2006	41,5 %	79,1 %	62,0 %	81,1 %
Octobre 2007	50,2 %	83,2 %	68,9 %	85,1 %

**
*

Annexes

L'efficacité du recouvrement par le comptable public

Rôle du comptable public en matière de recouvrement des produits hospitaliers

Selon les termes de l'article L.6145-8 du code de la santé publique, « les comptables des établissements publics de santé sont des comptables directs du Trésor ayant qualité de comptable principal ». Ils sont chargés notamment de la tenue de la comptabilité générale de l'établissement, du règlement de ses dépenses et du recouvrement de ses recettes. Dans le cas des recettes non encaissées directement en régie, la mission de recouvrement consiste pour les comptables, après prise en charge budgétaire et comptable des titres de recettes correspondants, à engager tous les moyens amiables et contentieux prévus par la réglementation pour obtenir le règlement de la créance. Il s'agit d'une obligation de moyens, à la réalisation de laquelle participe l'ordonnateur de l'établissement notamment :

- En fiabilisant l'identification du débiteur (nom, prénom, date de naissance, n° de sécurité sociale – NIR, adresse, tiers solidaires, etc.) ;
- En systématisant la transmission de l'identifiant du titre de recettes (identifiant stable sur 15 caractères) sur les flux de factures B2 et en assurant sa cohérence avec le flux budgétaire correspondant ;
- En autorisant rapidement l'engagement des poursuites par le comptable (commandements, saisies, oppositions à tiers détenteurs).

En cas d'irrecouvrabilité avérée et justifiée du titre de recettes, l'ordonnateur peut admettre en non-valeur la créance.

Les enjeux de la facturation et du recouvrement des créances hospitalières ont conduit la DGCP et la DHOS à élaborer un guide des bonnes pratiques destiné aux acteurs locaux. Ce guide, que les praticiens ont unanimement apprécié, constitue une base solide de recommandations opérationnelles pour améliorer les encaissements. Notamment, il encourage les gestionnaires locaux à développer et renforcer leur partenariat (comptable / services de facturation de l'ordonnateur), qui peut utilement être formalisé au moyen d'une convention de partenariat ou d'une convention de service comptable et financier (objectifs précis, partagés et évalués).

Des outils de pilotage nombreux et accessibles à l'ordonnateur

1/ A partir de l'application HTR :

- Les comptables peuvent à tout moment établir la liste des états de restes à recouvrer sur exercices précédent et antérieurs (des critères de tris peuvent affiner les recherches) ;
- Peuvent également être produites des consultations statistiques relatives aux actes de poursuites contentieux, aux prises en charge et aux recouvrements effectués qui peuvent être détaillées par catégories de débiteurs et de produits ;
- Enfin, l'application HTR permet à l'ordonnateur de connaître précisément les titres réglés (interface HREREC) et de consulter à son gré la situation d'un titre ou d'un débiteur.

2/ A partir de l'application OREGHON (Outil de Reporting Global des Hôpitaux sur le Net) :

- Les comptables disposent des taux de recouvrement « spontané » relatif aux émissions de titres de l'année courante, par catégorie de débiteurs, et peuvent comparer ces taux aux établissements de même strate statistique. De même, au travers l'appréciation des restes à recouvrer, l'application OREGHON est en mesure de donner des indications précieuses sur l'évolution du Besoin en Fonds de Roulement, composant essentiel du bilan fonctionnel d'un établissement.

3/ A partir de l'application CCI-RAR (Restes à Recouvrer) :

- Les comptables disposent des taux de recouvrement relatifs aux produits payables par les Hospitalisés et Consultants, sur les exercices précédent et antérieurs. Ces taux peuvent être comparés aux moyennes départementale et nationale.

Les indicateurs possibles de la chaîne de facturation / recouvrement

Cette liste reprend une partie des indicateurs qui ont été utilisés par les huit établissements du chantier pilote. Non exhaustive, elle n'a comme ambition que de donner des idées à d'autres établissements souhaitant également renforcer le pilotage de leur chaîne de facturation / recouvrement.

Les indicateurs à produire par l'établissement

1. Taux d'exhaustivité de codage des actes et diagnostics (SIH, à défaut outil MeaH SUIVRECOUV) ;
2. Délais moyens de codage des actes et diagnostics (SIH, à défaut outil MeaH SUIVRECOUV)
3. Délais moyens de création de la facture (SIH, à défaut outil MeaH SUIVRECOUV)
4. Délais moyens d'envoi des factures (SIH, à défaut outil MeaH SUIVRECOUV)
5. Délais moyens d'encaissement (SIH, à défaut outil MeaH SUIVRECOUV)

NB. Ces indicateurs peuvent être produits de manière :

- Globale.
- Par pôle ou par service :
 - o Médecine générale ;
 - o Obstétrique ;
 - o Cardiologie ;
 - o Etc.
- Par type d'activité :
 - o Consultations externes ;
 - o Hospitalisation ;
 - o Urgences ;
 - o Etc.

6. Nombre de doublons dans la base de données administrative
7. Nombre de retours NPAI (N'habite Plus à l'Adresse Indiquée)

Les indicateurs à produire par la TP

8. Taux de recouvrement sur exercice courant et spontané (outil OREGHON)
9. Etats des restes à recouvrer (outil HTR)

NB. Ces indicateurs peuvent être produits de manière :

- Globale.
- Par catégorie de débiteurs :
 - o Particuliers ;
 - o Caisses ;
 - o Mutuelles ;
 - o Etat et collectivités.
- Par catégorie de produits :
 - o Consultations externes ;
 - o Hospitalisation ;
 - o Hébergements ;
 - o Divers.

10. Nombre d'ANV (Admission en Non-Valeur)
11. Volume des encaissements en régie
12. Nombre de contentieux
13. Nombre d'anomalies

NB. Ces indicateurs peuvent être produits soit :

- En nombre de titres.
- En volumes financiers.

Les indicateurs produits par l'assurance maladie

14. Volume de factures télétransmises / volume global de factures
15. Taux de rejets des flux B2
16. Taux de rejets des flux de factures « papier »

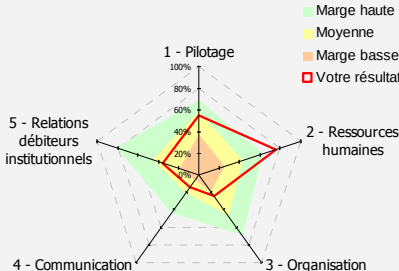
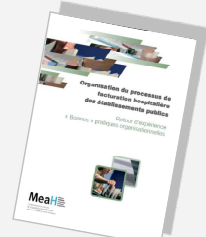
Changer les comportements : illustrations humoristiques

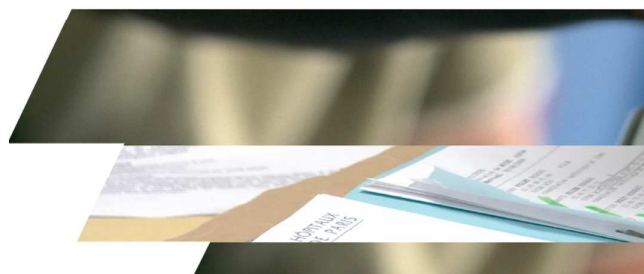
Les illustrations présentées ci-dessous ont été réalisées par le dessinateur Patrick SEILER. Libres de droits, elles sont disponibles en haute définition dans le « kit communication », téléchargeable sur le site MeaH.



Les publications MeaH sur la chaîne de facturation

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	✓		
Les ouvrages :			
Mini guide de lecture des rejets B2	✓		
Guide d'admission	✓		
Recueil de « bonnes » pratiques organisationnelles	✓		



Ce recueil s'adresse en premier lieu aux professionnels hospitaliers responsables ou intervenant à quelque niveau que ce soit dans le processus de facturation / recouvrement d'un établissement. D'autres professionnels y trouveront également matière à réflexion, qu'il s'agisse d'administratifs mais également de soignants et médecins, curieux des modalités d'optimisation de cette activité essentielle relative au financement de la structure au sein de laquelle ils évoluent.

Plus qu'un recueil de bonnes pratiques, cet ouvrage présente des retours d'expérience dont chaque lecteur peut s'inspirer librement pour les adapter aux spécificités de son établissement, sans prétendre à l'exhaustivité. Les actions présentées ici sont le fruit des travaux de huit établissements engagés, avec le concours de la MeaH, dans des démarches d'optimisation de l'ensemble de la chaîne de facturation hospitalière :

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

Lors de ces travaux, les équipes des établissements ont reçu le soutien de deux cabinets de conseil : Atos Consulting et le CNEH.

En espérant que ce recueil permettra au plus grand nombre de trouver des idées simples et opérationnelles pour améliorer l'organisation de la chaîne de facturation / recouvrement ou, à défaut, d'avoir une vision plus concrète des problématiques liées à cette activité à part entière, les auteurs vous en souhaitent une bonne lecture.

Pierre-Etienne HAAS (Chargé de projet MeaH)
Dr Sébastien WOYNAR (Chargé de projet et Conseiller médical de la MeaH)

MeaH Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers
L'organisation au service de la qualité et de l'efficacité dans les hôpitaux et les cliniques