

Paiement de la part patient

Expérimentations sur trois modalités en établissement de santé

**ANTICIPER ET
COMPRENDRE**



Les publications de l'ANAP s'inscrivent dans trois collections, pour transmettre aux professionnels de santé les clés pour :

ANTICIPER ET COMPRENDRE une thématique avant de s'engager dans une démarche de transformation et d'amélioration de leur performance,

DIAGNOSTIQUER et comparer leurs performances, afin de bénéficier d'un éclairage indispensable à l'initiation de leur projet,

METTRE EN ŒUVRE ET PARTAGER leurs expériences avec leurs pairs en s'inspirant de conseils méthodologiques et de pratiques organisationnelles.



+ d'infos ?

contact@anap.fr

Résumé

Dans de nombreux établissements de santé, le patient quitte l'hôpital, sans avoir l'information du coût potentiel des soins qu'il aura à sa charge. Ce n'est que quelques semaines plus tard qu'il recevra une facture. Ce fonctionnement montre ses limites : chaque année, dans les établissements publics, à peine 60% des montants dus par les patients sont effectivement réglés.

Face à un tel déficit, le programme national SIMPHONIE œuvre pour la mise en place d'une gamme de modalités de paiement. Celle-ci vise notamment à faciliter le paiement du patient pendant sa présence dans l'établissement, ou à obtenir son engagement à payer. Ce sont ainsi trois modalités qui ont fait l'objet d'une expérimentation entre 2015 et 2017, par une soixantaine d'établissements volontaires.

L'ensemble des éléments contenus dans cette publication capitalise sur les bilans des établissements accompagnés : étapes du projet, analyse des enjeux, sélection des services pilotes, feuille de route. Elle s'attache à recenser des actions identifiées par les expérimentateurs pour déployer la ou les modalités choisies et propose des exemples de dispositifs de communication à l'égard des patients, comme du personnel.

Abstract

In many healthcare establishments, patients are discharged without any information regarding how much they may have to pay for the care they have received. They do not receive the bill until several weeks later. This approach is showing its limitations: every year, barely 60% of the fees charged to patients by public healthcare establishments are actually paid.

To tackle this deficit, a range of payment methods is being introduced as part of the national programme SIMPHONIE. The aim is to make it easier for patients to pay for their care before being discharged, or for the healthcare establishment to obtain a payment promise. Three payment methods were trialled from 2015 to 2017 by around 60 volunteer establishments.

All the information in this report is based on the feedback from these establishments: project phases, analysis of the issues, selection of pilot departments, roadmap. It sets out the actions deemed necessary by the experimenters to implement the payment method(s) chosen, and provides examples of procedures for communicating with patients and staff.

Sommaire

Introduction	p. 6
1. Contexte	p. 6
2. Périmètre de l'expérimentation	p. 6
3. Problématiques et enjeux du recouvrement de la part patient	p. 7
4. Modalités de paiement de la part patient préconisées	p. 7
5. Impacts attendus	p. 8
6. Éléments de méthode	p. 9
1. Phasage du projet et démarche type	p. 10
PHASE 1 : Préparation et cadrage du projet	p. 12
PHASE 2 : État des lieux et choix des services pilotes	p. 13
PHASE 3 : Construction de la feuille de route et préparation de la mise en œuvre	p. 22
PHASE 4 : Pilotage de la mise en œuvre	p. 25
2. Solutions apportées par les expérimentateurs face aux difficultés potentielles	p. 26
1. Facteurs clés de succès par prérequis	p. 27
2. Éléments de communication favorisant l'acceptabilité	p. 32
3. Annexes	p. 36
1. Liste des établissements expérimentateurs	p. 37
2. Panorama des services pilotes retenus par les établissements expérimentateurs	p. 38
3. Éléments de bilan - expérimentations 2015	p. 39
4. Exemple de modélisation de parcours existant	p. 39
5. Exemple de plan d'action détaillé	p. 40
Glossaire	p. 41
Remerciements	p. 42



NOTE AU LECTEUR

Dans tout le document, un code couleur identifie chacune des trois modalités de paiement (ou solutions de paiement) :

-  Paiement à l'entrée
-  Paiement à la sortie
-  Encaissement automatique par débit carte (EADC)

Introduction

1. Contexte

Avec un taux de recouvrement de la part patient d'à peine 60 %, ce sont près de 550 millions d'euros de recettes non perçues chaque année pour les seuls établissements de santé publics. Dans ce contexte, la DGOS, a mené une expérimentation auprès d'établissements pilotes, afin de sécuriser ce recouvrement tout en simplifiant les démarches pour les patients. Ce sont ainsi soixante-quatre établissements de santé qui ont fait l'objet d'un accompagnement entre mars 2015 et mars 2017¹ dans le cadre du programme national SIMPHONIE². L'objectif était de faciliter le paiement du patient le jour de sa venue ou d'obtenir son engagement à payer, *via* trois modalités de paiement préalablement identifiées : paiement à l'entrée, paiement à la sortie et Encaissement automatique par débit carte (EADC). Si l'enjeu de paiement est central, il s'agissait également d'une volonté d'améliorer la qualité de service auprès du patient en enrichissant l'offre existante. En effet, en plus de TIPI (Titres payables par internet - régie ou titre), ces modalités viennent constituer un panel de solutions de paiement complémentaires. Elles ne doivent pas être considérées indépendamment les unes des autres mais être combinées pour répondre aux besoins des patients et des établissements, c'est-à-dire à l'arrivée du patient, pendant sa venue et après son départ.

La DGOS a missionné l'ANAP pour réaliser la capitalisation de cette expérimentation. Le présent document décrit la méthodologie de gestion de projet qui a permis d'aboutir au lancement de la ou des modalités testées dans les établissements accompagnés. Il apporte par ailleurs un retour d'expérience sur les difficultés rencontrées, les solutions apportées et les facteurs clés de succès.

S'agissant de la modalité EADC, le bilan a conduit à la nécessité de structurer le dispositif technique, de manière à proposer une solution clé en mains pour l'ensemble des établissements. Cette action est devenue un projet à part entière du programme Simphonie et s'intitule désormais Diapason (Débit Intervenant Après le PArcours de SOiNs)³. Pour autant, les aspects de préparation à la modalité EADC restant d'actualité pour Diapason, elles sont présentées dans ce document.

L'objectif de cette publication est ainsi de faciliter la réflexion des Directeurs des finances ou des responsables de secteur Accueil - Facturation - Recouvrement (AFR) des établissements de santé qui souhaitent à leur tour entamer ce type de démarche et d'en outiller la mise en œuvre.

2. Périmètre de l'expérimentation

Deux appels à candidature ont été lancés en 2015 et 2016 par la DGOS auprès d'établissements de santé publics et privés non lucratifs pour tester les trois modalités de paiement de la part patient. Ce projet a bénéficié de l'appui de la DITP (anciennement SGMAP), de la DGFIP et de l'ANAP.

La sélection des établissements s'est attachée à garantir la diversité des contextes (différentes catégories, budgets et niveaux de maturité) et des solutions expérimentées. Afin de faciliter la maîtrise du projet et de mesurer les résultats à court/moyen terme, il a été demandé aux établissements expérimentateurs d'identifier un ou plusieurs secteurs de soins pilotes et la ou les solution(s) de paiement adaptée(s). Le périmètre de soins concerné par l'expérimentation a été le suivant : Actes et consultations externes (ACE) très majoritairement, séjours et urgences pour une partie des établissements.

La première vague d'expérimentation, en 2015, a porté sur les trois modalités de paiement. Elle a bénéficié de l'appui opérationnel de la DITP et de l'ANAP pour le lancement de la démarche, l'identification de services pilotes, la définition de la feuille de route et du plan d'actions, la mise en œuvre et le suivi. Elle a donné lieu à un bilan pour les établissements les plus avancés. Celui-ci identifie les résultats, les conditions de réussite et les prérequis nécessaires à un déploiement dans d'autres services.

La seconde vague d'expérimentation démarrée en 2016 et achevée en mars 2017 a porté sur les modalités paiement à l'entrée et paiement à la sortie. Elle a bénéficié d'un accompagnement de la DGOS et a porté sur le lancement de la démarche, l'identification de services pilotes et la définition de la feuille de route. Le bilan réalisé ne concerne donc pas l'étape de mise en œuvre.

1 - Cf. listes des établissements expérimentateurs en annexe.
2 - <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/performance-des-etablissements-de-sante/symphonie/symphonie>
3 - <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/performance-des-etablissements-de-sante/symphonie/article/les-outils-numeriques>

Introduction

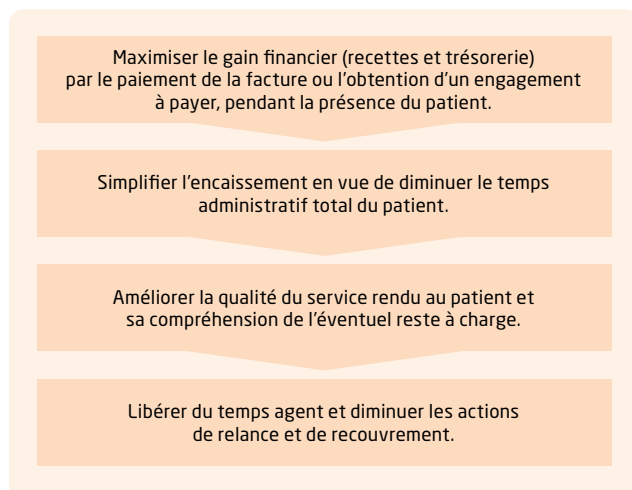
3. Problématiques et enjeux du recouvrement de la part patient

Un travail d'analyse, conduit par l'équipe projet nationale (DGOS, DGFIP, DITP, ANAP) a permis de qualifier les principaux dysfonctionnements et difficultés expliquant en grande partie le non recouvrement de la part patient :

- ▶ Les erreurs ou méconnaissances relatives aux informations administratives du dossier patient;
- ▶ L'absence ou le manque d'exhaustivité de codage des activités à facturer;
- ▶ La non-production de la facture pendant la présence du patient dans l'établissement;
- ▶ Le manque d'information du patient sur son reste à charge;
- ▶ Les montants trop faibles ou trop élevés;
- ▶ La désynchronisation entre le parcours physique du patient au sein de l'établissement et la facturation.

L'objectif du projet a été de traiter ces problématiques et de répondre aux enjeux suivants :

Figure 1 : Enjeux du recouvrement de la part patient



4. Modalités de paiement de la part patient préconisées

Les trois solutions ont en commun de permettre le paiement avant émission de titre pour les établissements publics.

Le paiement à l'entrée (PE) propose un encaissement de la part patient à son entrée dans l'établissement, sur la base d'une facture calculée sur les soins prévisionnels. Son champ d'application est donc limité aux domaines où les actes peuvent être identifiés préalablement.

Principe

Lors de l'admission du patient, la note de frais est éditée d'après les soins et actes prévus (base établie a priori, pouvant ne pas être exhaustive) et encaissée, avant la réalisation des soins.

Le paiement à la sortie (PS) propose un encaissement à la sortie de la part patient sur la base d'une facture calculée après réalisation des soins.

Son champ d'application exclut les actes indisponibles à la sortie du patient comme par exemple des analyses biologiques réalisées après l'épisode de soins, et qui seront facturés ultérieurement.

Principe

La note de frais est éditée d'après l'activité réalisée pendant la présence du patient dans l'établissement, pour un encaissement lors de la sortie.

L'encaissement automatique par débit carte (EADC) repose sur la dissociation de la venue du patient et de la facturation. Cette solution vise à obtenir l'engagement de paiement de la part du patient pendant sa présence.

Principe

Par la prise d'empreinte de carte bancaire lors de l'admission, le reste à charge est encaissé automatiquement par débit carte, après la sortie du patient, lorsque la note de frais est disponible.

Introduction

5. Impacts attendus

Le tableau ci-dessous présente les impacts attendus de l'expérimentation, en fonction des modalités de paiement retenues.

Difficultés rencontrées	Facteurs d'amélioration et de réussite	PE	PS	EADC
Simplification du parcours patient	Absence de démarches administratives <i>a posteriori</i> .	X	X	X
	Contact unique avec l'administration de l'établissement, sortie simplifiée et optimisation du temps de présence. Information anticipée délivrée au patient sur le montant de sa facture.	X		X
	Facturation sur la base de l'activité réelle, émise lors de la présence du patient.		X	
Gains en coût de gestion	Diminution significative du temps de traitement des dossiers, notamment au regard des montants recouverts sur les factures de faible montant.	X	X	
	Automatisation du traitement de la facturation et optimisation du temps de traitement par les équipes. Baisse des coûts de gestion liés au traitement des chèques, premier moyen de paiement.			X
Gains financiers	Amélioration de la trésorerie grâce à une réduction des délais de recouvrement et grâce au recouvrement des montants inférieurs au seuil de titrage.	X	X	X
	Maximisation des montants encaissables grâce à l'automatisation des encaissements.			X
	Maximisation des montants encaissés en présence du patient.	X	X	
Amélioration de la qualité comptable et financière	Meilleure maîtrise du recouvrement et plus globalement de la chaîne AFR.	X	X	
	Traçabilité des données dans les systèmes d'information et automatisation de l'information de paiement.			X
Développement des compétences des agents	Montée en compétence des agents sur l'accueil, le pré-codage et le recouvrement.	X		
	Diminution des tâches à faible valeur ajoutée liées à la facturation et à l'encaissement.			X
	Montée en compétence des agents sur l'accueil, le codage, la facturation et le recouvrement.		X	

Introduction

6. Éléments de méthode

La capacité à obtenir le paiement de la part patient selon la modalité retenue est étroitement associée à la capacité à traiter ce sujet comme un projet à part entière, avec une méthodologie de gestion de projet adaptée. Le chapitre 1 propose donc une démarche type, décomposée en phases.

- ▶ **La phase 1 et la phase 2** constituent des phases préparatoires visant à réunir les conditions pour une mise en œuvre réussie. Il s'agit de consacrer le temps nécessaire à monter une équipe projet avec des rôles bien définis et à établir un diagnostic. Plus précisément, cet état des lieux passe l'analyse de la répartition des montants non recouverts auprès du patient par service en vue de sélectionner un ou plusieurs services pilotes;
- ▶ **La phase 3** vise à la construction d'une feuille de route. Elle matérialise les grands champs d'actions à entreprendre et les délais impartis;
- ▶ **La phase 4** correspond au déploiement de la feuille de route. Afin de suivre l'avancement du projet, la mise en place d'indicateurs spécifiques et des points réguliers avec les équipes sont nécessaires.

Les trois modalités de paiement sont décrites de manière indépendante dans ce chapitre, ce qui en facilite leur appropriation et la compréhension de leur impact, à chaque étape du processus AFR. Leur présentation successive souligne que plusieurs thématiques sont communes aux trois solutions.

Le chapitre 2 recense des actions détaillées, prévues ou menées à bien, par les établissements expérimentateurs. Elles sont classées par pré-requis, préalablement identifiés en chapitre 1.

Les actions ont trait à de nombreux domaines : organisation, communication, formation, ressources humaines, systèmes d'information, réglementaire, signalétique. Un focus est réalisé sur l'axe de la communication, l'accompagnement au changement de la perception des patients et du personnel représente en effet une dimension essentielle du projet. Ces actions sont illustrées par des supports créés par les établissements.



1

Phasage du projet
et démarche type

Chapitre 1

Phasage du projet et démarche type

Au regard des travaux menés au cours des expérimentations, la démarche projet permettant de mettre en place une ou plusieurs modalités de paiement dans des services pilotes prend environ six mois.

Les établissements expérimentateurs estiment ensuite à trois mois la durée nécessaire de « rodage » de la nouvelle organisation avant d'envisager et d'organiser sa mise en place dans des secteurs complémentaires.

Dans une perspective d'extension, voire de généralisation, les grandes phases de la démarche projet s'articulent de la façon suivante :

Figure 2 : Modèle générique du processus de gestion de projet

PHASE 1 Préparation et cadrage du projet	PHASE 2 État des lieux et choix des secteurs pilotes	PHASE 3 Préparation de la feuille de route et du plan d'actions	PHASE 4 Pilotage de la mise en œuvre	PHASE 5 Bilan et conditions d'extension	PHASE 6 Généralisation
FORMALISER-MOBILISER <ul style="list-style-type: none"> • Un chef de projet désigné par une lettre de mission; • Une équipe projet dédiée; • Rédaction d'une note de cadrage rappelant le montant total de la part patient non recouvré de l'établissement. 	DIAGNOSTIQUER <ul style="list-style-type: none"> • Analyse des enjeux financiers; • Détermination des secteurs pilotes; • Analyse des processus; • Définition de l'organisation cible; • Partage des diagnostics et choix de la solution cible. 	CONSTRUIRE <ul style="list-style-type: none"> • Un plan chronologique des actions; • Un plan de formation des acteurs concernés; • Un plan de communication auprès du personnel et des patients; • Révision des outils techniques si nécessaire. 	DÉPLOYER-PILOTER <ul style="list-style-type: none"> • Les nouveaux processus; • Les outils liés à l'encaissement; • La formation des personnels concernés; • Les dispositifs de communication; • Un management rapproché; • Le suivi des résultats par des indicateurs de pilotage. 	SÉCURISER <ul style="list-style-type: none"> • Bilan concernant les écarts /plan d'action; • Bilan en nombre de patients/ financier/ organisationnel; • Ajustements nécessaires dans une perspective d'amélioration continue; • Identification des services potentiels pour extension. 	CAPITALISER <ul style="list-style-type: none"> • Adaptation des plans d'action déjà construits; • Industrialisation de la démarche (évolution des outils SI, équipement complémentaire, formation généralisée du personnel).

Chapitre 1

Phasage du projet et démarche type

PHASE 1 : Préparation et cadrage du projet

Le projet nécessite un soutien au plus au haut niveau de l'établissement. Il implique en effet des actions en rupture avec les pratiques historiques. Le cadrage permet de préparer le projet et de partager les objectifs avec l'ensemble des acteurs impliqués. La formalisation est essentielle pour la reconnaissance du projet et de ses enjeux tant par la Direction générale que par les équipes administratives, médicales et soignantes. Elle permettra par ailleurs d'assurer la continuité en cas de changement d'affectation de personnel.

1.1 Soutien de la Direction

Le soutien de la Direction est fondamental pour légitimer le projet. Celle-ci décide des orientations stratégiques à prendre et valide les transformations organisationnelles proposées. Elle assure également la mobilisation des équipes médicales et soignantes, en sollicitant si besoin la CME, les Affaires Médicales et la Direction des Soins. Enfin, elle traite les alertes et les arbitrages sur proposition de l'équipe projet. Elle est consultée et informée de façon mensuelle ou bimestrielle.

1.2 Mobilisation d'une équipe projet

1.2.1 Le chef de projet

Le chef de projet reçoit une lettre de mission de la part de la Direction afin d'officialiser sa fonction de pilotage. Idéalement, un tiers de son temps devra être dégagé durant les six premiers mois du projet.

Dans la majorité des établissements expérimentateurs, le responsable de la chaîne Accueil - Facturation - Recouvrement a été désigné chef de projet.

1.2.2 L'équipe projet

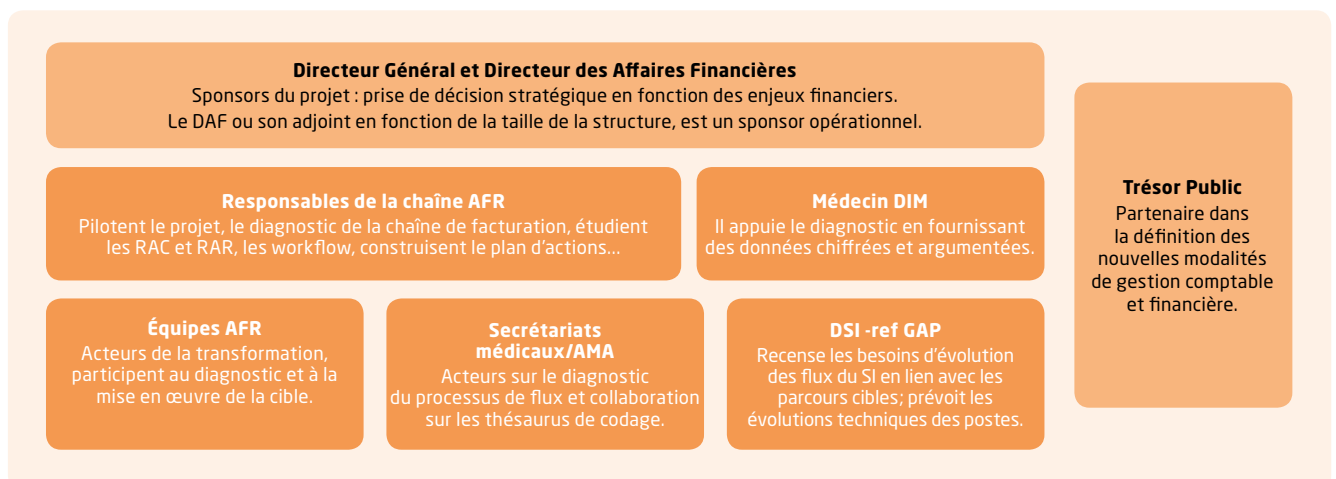
La mobilisation de compétences complémentaires est indispensable pour assurer le succès de la démarche. Il s'agit donc de constituer une équipe projet dédiée avec des rôles bien définis et d'identifier les acteurs qui seront mobilisés ponctuellement dans le cadre du projet

Rédiger une note de cadrage validée par la Direction et présentée à l'ensemble des acteurs permet d'institutionnaliser le projet et de légitimer les membres de l'équipe qui est en charge de le déployer. L'équipe projet est chargée entre autres de rédiger un plan d'actions, de proposer un calendrier réaliste et d'assurer leur mise en œuvre tout en faisant état de l'avancement. Elle se réunit de manière hebdomadaire à bimensuelle.

On peut ainsi définir les rôles des intervenants de la façon suivante (*cf. fig.3*).

La communauté médicale et soignante doit être également mobilisée dans la mesure où elle contribue directement à la bonne marche du projet (codage) ou indirectement (favorise l'appropriation par les équipes).

Figure 3 : Les rôles des intervenants



Chapitre 1

Phasage du projet et démarche type

PHASE 2 : État des lieux et choix des services pilotes

Une fois le projet cadré, l'état des lieux de la chaîne AFR doit permettre d'identifier les spécificités organisationnelles de l'établissement ainsi que ses dysfonctionnements. Il revêt deux dimensions :

- ▶ L'analyse du Reste à charge (RAC) et des Reste à recouvrer (RAR) patients au global et par secteur de soin ;
- ▶ L'analyse des organisations et des circuits.

Le RAC patient correspond au montant qui doit être réglé par le patient après application des droits à l'Assurance maladie obligatoire et des droits à l'Assurance maladie complémentaire lorsque le patient en détient une. Lorsque le patient ne dispose pas de droits, il se trouve en situation de devoir régler l'intégralité des prestations réalisées.

Un RAR patient représente le montant non recouvré après émission d'une facture adressée au patient.

L'état des lieux sur les montants, combiné à la capacité du service à intégrer les impacts en termes d'organisation doit servir de support à la prise de décision du ou des secteurs pilotes.

2.1 Analyse du reste à charge et du reste à recouvrer patient

Cet état des lieux permet de déterminer les enjeux financiers et d'obtenir une vision fine et complète de la performance de la chaîne AFR. Il s'agit de mener une analyse des RAC et des RAR par pôle, par service, tant en valeur qu'en volume de patients concernés, afin de faire émerger les secteurs de soins dans lesquels la mise en place de solutions de paiement est prioritaire. Plus précisément, cinq indicateurs clés pourront être utilisés (cf. fig.4).

Pour plus de lisibilité, compte tenu des montants en jeu très variables, il est conseillé de distinguer :

- ▶ **L'activité de consultation ;**
- ▶ **L'activité d'hospitalisation ;**
- ▶ **Les urgences.**

Les données nécessaires à l'analyse du RAC patient sont disponibles *via* deux modes :

- ▶ Des requêtes combinées du logiciel de facturation (GAP) et traitées dans un fichier Excel - nécessitant éventuellement un rapprochement auprès de la direction des systèmes d'information ou de l'éditeur de logiciel ;
- ▶ Une demande auprès du trésorier « recettes à recouvrer ».

13

Figure 4 : Méthodologie d'analyse des restes à charge et des restes à recouvrer au travers de cinq indicateurs

Étape	Statut	Action	Données	Objectifs/interprétation
1	Obligatoire	Identification des enjeux financiers : analyse du reste à charge total (RAC) et du reste à recouvrer (RAR).	Volume du RAC patient établissement par an (année N-1 en montant et en nombre). Volume du RAR patient à moins d'un an significatif (en volume et en nombre de facture/titre).	Identifier les enjeux tant financiers qu'en termes de parcours patient pour l'établissement en identifiant aussi le nombre de dossiers patients concernés.
2	Obligatoire	Analyse du RAC et du RAR patient par secteur de soins.	Volume du RAC du RAR patient par an par UF (année N-1 en montant et en nombre).	Identifier les secteurs de soin et/ou les activités dans lesquelles le RAC patient est important et représente un enjeu financier à l'échelle de l'établissement.
3	Recommandé	Analyse de la performance de recouvrement.	Volume perçu en caisse/en régie (en montant et en nombre).	Calculer le taux d'encaissement afin de cibler en priorité les secteurs dans lesquels la part patient est aujourd'hui peu encaissée.
4	Recommandé	Analyse de la composition du RAC patient.	RAC patient moyen dans le secteur. Dispersion du RAC patient par secteur en établissant des tranches de montant ([0-20€] [21-100€]...).	Cibler les secteurs dans lesquels le montant du RAC patient est prédictible ou constitue un montant raisonnable.
5	Recommandé	Analyse de la patientèle.	Part des titres/factures émis au patient en débiteur 1,2,3. (Débiteur 1 : sans droit. Débiteur 2 : couverture AMO uniquement. Débiteur 3 : couverture AMO et AMC partielle).	Identifier les secteurs dans lesquels il y a principalement un seul débiteur, c'est-à-dire où la patientèle a peu ou pas de couverture sociale pour mettre en évidence les situations précaires avec non-règlement du RAC patient.

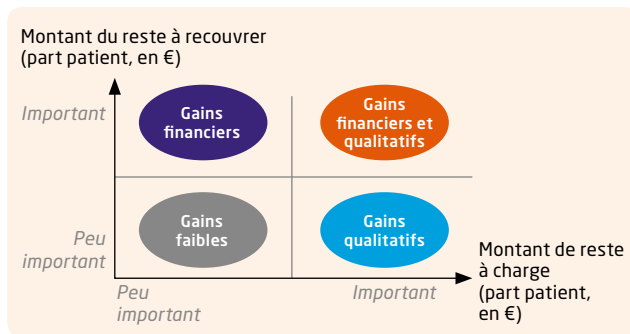
Chapitre 1

Phasage du projet et démarche type

Ce degré de détail et ce niveau d'analyse sont des prérequis permettant de sélectionner les solutions de facturation les plus adaptées à la situation de l'établissement.

Les gains peuvent être hiérarchisés de la façon suivante :

Figure 5 : Priorisation des gains



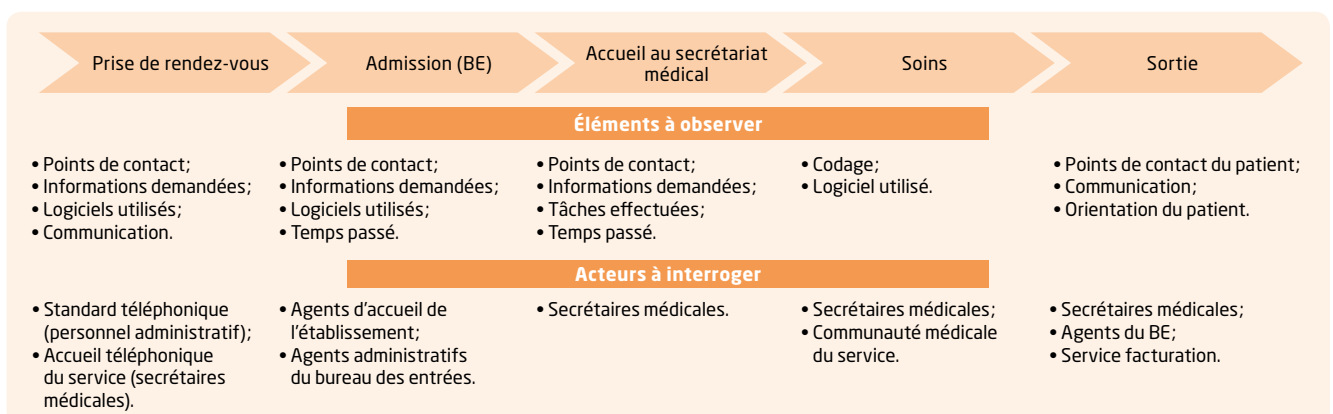
Les secteurs présentant de forts enjeux financiers relatifs aux RAC et RAR patient sont à prioriser dans la mise en œuvre (quadrant en haut à droite). Outre les gains attendus en termes de recouvrement, les secteurs concernés par un nombre élevé de patients représentent un enjeu important en termes de simplification, tant concernant les formalités administratives du patient que les étapes de facturation-recouvrement dans le cadre du processus AFR.

Ces données chiffrées à elles seules pourraient suffire à déterminer les secteurs pilotes. Toutefois, d'autres critères, d'ordre qualitatif cette fois, peuvent intervenir dans le choix du ou des services pilotes, et ce afin d'obtenir des bénéfices à court terme ce qui sera un atout majeur pour convaincre progressivement l'ensemble des acteurs.

Critères qualitatifs (liste non exhaustive) :

- ▶ **Facilité de mise en œuvre (organisation centralisée / décentralisée);**
- ▶ **Adhésion et implication du service (bonnes relations avec le secteur AFR, chef de service ou cadre de santé moteur);**

Figure 6 : Base de travail de réalisation d'une cartographie



- ▶ **Présence d'outils facilitateurs (logiciels de prise de rendez-vous, bornes interactives, lecteurs CDR, TPE, thésaurus de codage...).**

2.2 Analyse des organisations

L'équipe projet ayant dans un premier temps recueilli l'ensemble des éléments sur le RAC par secteur de soin, a identifié quelques secteurs prioritaires. Il convient de compléter cette analyse quantitative par une étude des organisations afin de prendre la mesure de la maturité des secteurs concernés.

Le diagnostic qualitatif se mène sur le terrain, avec tous les acteurs concernés, au moyen d'entretiens ou de groupes de travail pluridisciplinaires, en favorisant l'échange de bonnes pratiques et l'écoute des dysfonctionnements récurrents au quotidien. Elle permet aussi d'évaluer le niveau de connaissance et de maîtrise des processus sur la chaîne AFR par les différents acteurs impliqués.

Cela nécessite de cibler les personnes à interviewer et d'établir des questionnaires adaptés. Parmi les points à étudier, ressortent les missions et les responsabilités de chacun des acteurs aux différentes étapes de la chaîne AFR, et quelles sont les informations récupérées par les uns et les autres, nécessaires à l'émission d'une facture. Les informations recueillies sont stockées dans différents logiciels, il est essentiel de mieux comprendre les articulations entre les outils SI et de repérer les éventuels problèmes d'interface. Les interactions et la bonne communication entre les acteurs sont également à observer.

Enfin, ces éléments doivent être complétés par une reconstitution physique du parcours patient qui permettra de mettre en évidence les messages de communication visibles aux yeux de celui-ci et de mieux appréhender l'organisation spatiale.

L'ensemble de ces informations synthétisées constituera une cartographie des flux.

Le schéma ci-après représente une base de travail pour réaliser cette cartographie.

Chapitre 1

Phasage du projet et démarche type

L'étape suivante consiste à déterminer la solution de paiement cible et le parcours associé par secteur pilote. La comparaison entre le parcours actuel et le parcours cible permet de mesurer les écarts et de déterminer les grands champs d'actions à prévoir. L'objectif est d'atteindre le processus permettant de maximiser le paiement du patient.

2.3 Diagnostic des processus par modalité de paiement

Après avoir identifié les services pilotes et leurs organisations respectives, il convient de déterminer les solutions de paiement les plus pertinentes. Il reviendra en effet à chaque établissement, compte tenu de son contexte, de retenir la modalité de paiement la plus adaptée au secteur concerné, induisant un processus cible.

La mise en œuvre de ce processus nécessite un ensemble de prérequis, qui seront déclinés par étape de la chaîne AFR :

- ▶ Pré-admission;
- ▶ Admission;
- ▶ Soins;
- ▶ Facturation/encaissement en régie / caisse;
- ▶ Encaissement/recouvrement.

2.3.1 Choix de la modalité de paiement

Pour aider l'équipe projet, un arbre de décision est mis à sa disposition (cf. fig.7).

À NOTER

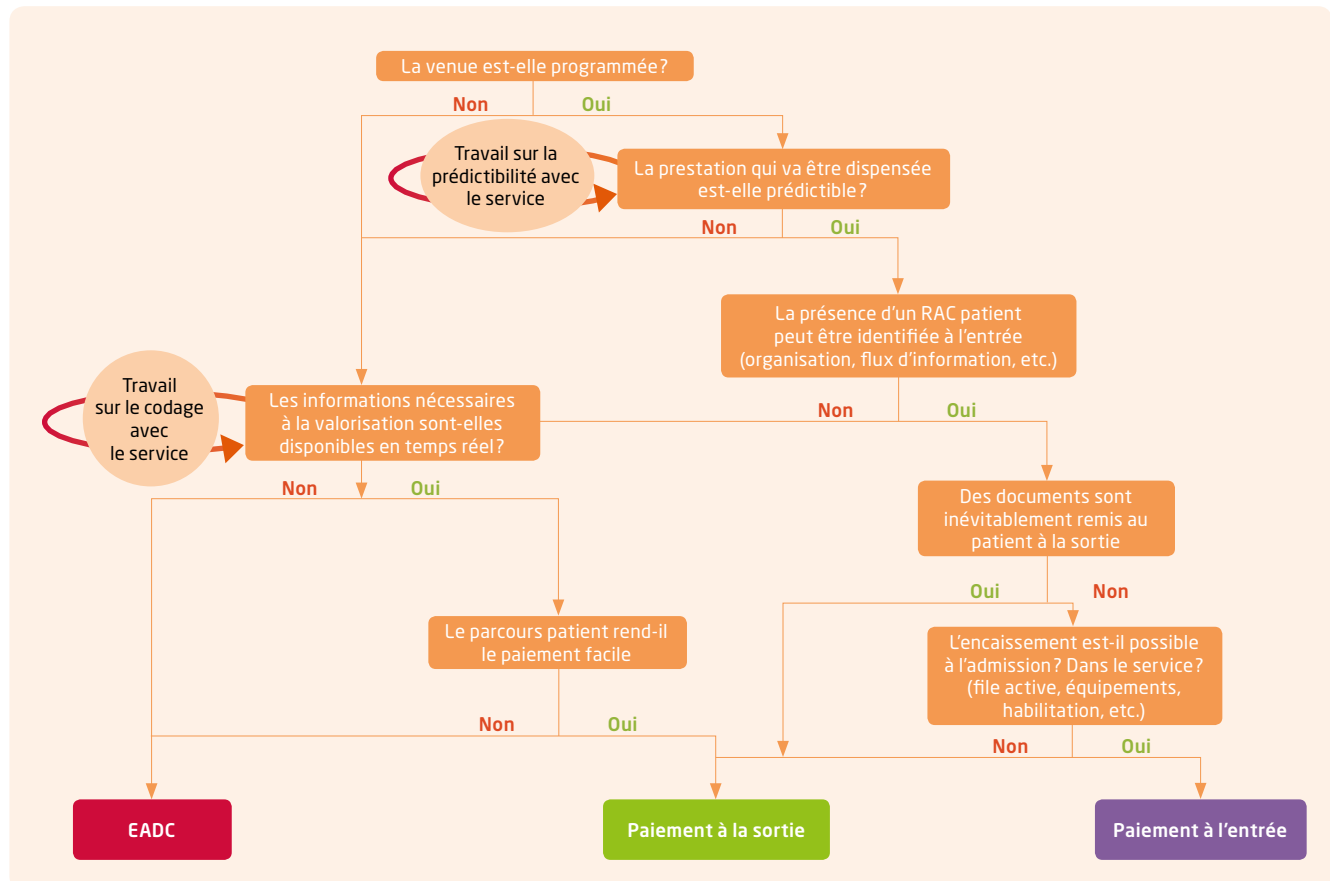
Il est fortement conseillé de mettre en place de manière concomitante les trois modalités de paiement pour répondre aux différents besoins, tant des patients que des établissements.

Ainsi, pour parvenir à un encaissement pendant la présence du patient au sein de l'établissement, les points suivants sont discriminants :

- ▶ Le recueil des informations administratives en amont (notamment droits AMO / AMC) afin d'identifier la présence d'un RAC;
- ▶ La prédictibilité des actes liés aux venues programmées;
- ▶ La disponibilité des informations relatives au codage afin de permettre la valorisation de la venue.

Les deux derniers points ci-dessus nécessitent la mobilisation des équipes médicales et soignantes.

Figure 7 : Arbre de décision de la modalité de paiement



Chapitre 1

Phasage du projet et démarche type

2.3.2 Modalité « Paiement à l'entrée »

La solution paiement à l'entrée repose sur le partage des informations de la venue patient entre les différents acteurs de la prise en charge du patient (administratif, médico-administratif et médical) afin d'anticiper le recueil des droits et le codage des actes d'après le parcours de soin prévisionnel.

Le schéma ci-contre (*cf. fig.9*) présente le processus cible comparé au processus le plus couramment observé à ce jour, à adapter selon la situation de l'établissement.

Dans le schéma cible, l'ensemble des tâches à accomplir est concentré sur les étapes de pré-admission et d'admission. Le point 6 n'est pas systématique, il s'agit de cas dans lesquels l'activité réalisée diffère du prévisionnel.

Dans le processus actuel, les droits des patients ne sont pas systématiquement connus à l'entrée ou à la sortie du patient, en raison de documents administratifs manquants ou non mis en jour. Le codage est fait dans le meilleur des cas en temps réel, voire a posteriori de la sortie du patient. Dans le cas où les données administratives et de codage sont exhaustives avant la sortie, le patient ne passe pas systématiquement par une caisse. Une facture lui est le plus souvent adressée ultérieurement à sa venue. Le circuit de facturation/recouvrement se voit allongé, complexifié.

Pré-admission et admission :

► Transmission des justificatifs administratifs demandés en vue du recueil des droits pour identifier les patients payants

Le recueil des droits est une étape fondamentale, parce qu'elle permet d'identifier les débiteurs et de cibler les patients qui ont un potentiel reste à charge à payer, et pour lesquels il faut mettre en place les circuits physiques et d'information *ad hoc*;

Le recueil des actes réalisé en amont (en pré-admission) permet de s'assurer de la complétude du dossier et par conséquent de mettre à jour / d'ouvrir les droits si nécessaire, d'éviter aux patients d'avancer les frais.

► Patients disposant d'un moyen de paiement

Le fait que le patient se rende à l'hôpital avec un moyen de paiement n'est pas maîtrisé par les établissements de santé aujourd'hui. Le prérequis pour qu'un patient présentant un reste à charge paye ce dernier, réside dans l'information qui lui est communiquée en amont de sa venue. Cette information est d'ordre générique (campagne de communication locale ou nationale sur la non-gratuité des soins), ou d'ordre spécifique (informations données au patient sur son rappel de rendez-vous, sur sa convocation, par téléphone lors de la prise de rendez-vous, etc.).

► Recueil des actes

Le recueil des actes réalisé en amont engage le corps médical puisque cela nécessite que les médecins fournissent le codage des actes programmés, voire le saisissent dans un logiciel ou délèguent cette mission à du personnel non médical, selon l'organisation choisie. Le moment où les actes seront saisis dépend de l'organisation adoptée, cela peut-être le jour même, lorsque le patient se présente aux admissions, ou la veille de sa venue. Le codage des actes peut également s'appuyer sur le fait que l'activité concerne systématiquement le même acte, comme une consultation de spécialiste. Dans ce cas, et si les praticiens le confirment, le codage est systématisé et saisi à l'arrivée du patient pour calculer son RAC.

► Être en capacité de facturer à l'admission

La capacité de l'établissement à pouvoir disposer des éléments de codage saisis la veille ou en direct, au moment où le patient se présente à l'accueil administratif est un enjeu essentiel. Cela implique que l'interfaçage entre les logiciels (rendez-vous, GAP, GAM) fonctionne de façon optimale, en cohérence avec les besoins du fil de l'eau.

Une difficulté particulière vient du fait qu'il s'agit d'actes prévisionnels. Le système doit permettre de détecter les actes supplémentaires saisis après la prise en charge du patient et de générer une facture complémentaire, en évitant les doublons avec les actes déjà facturés.

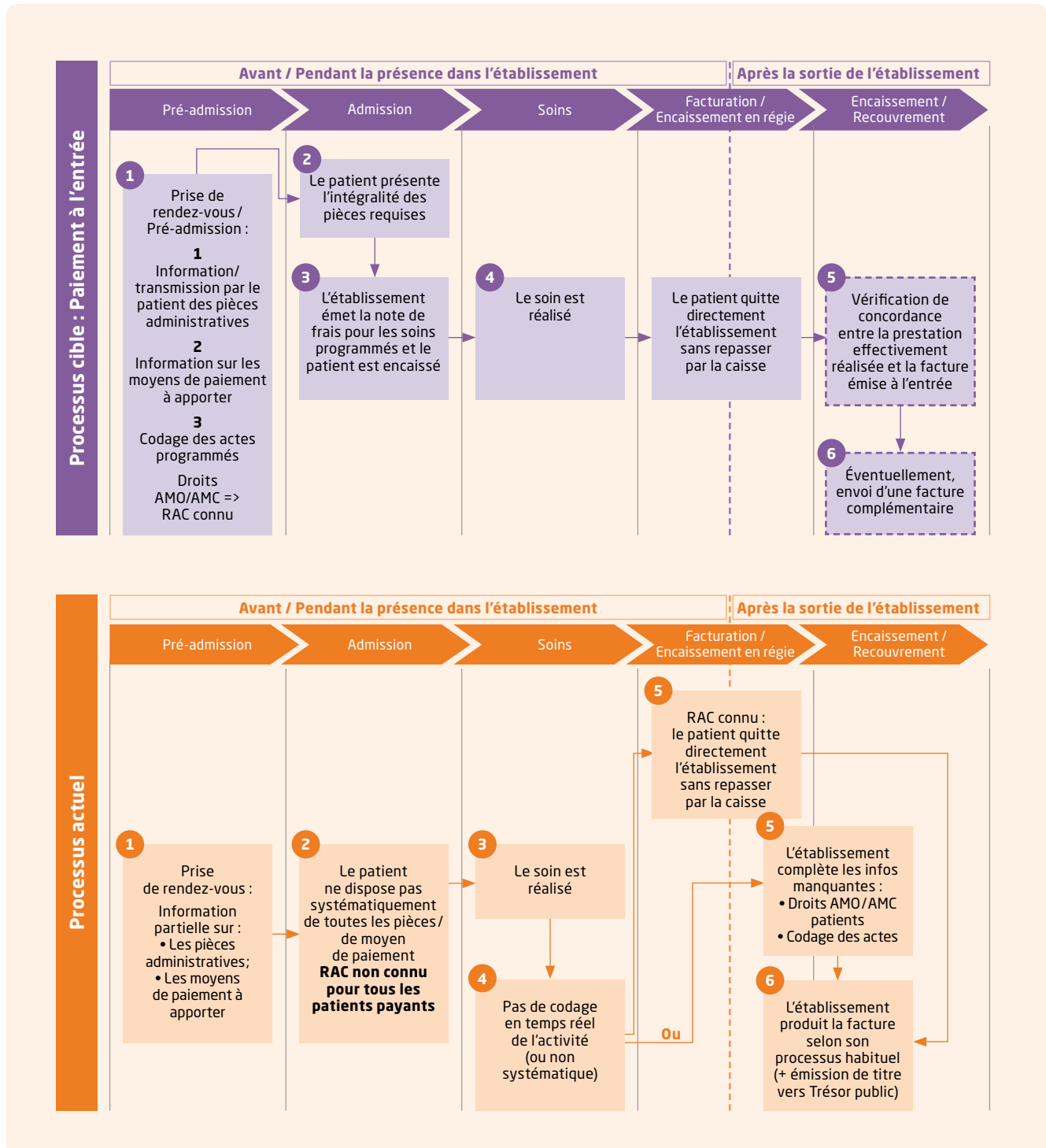
► Équipement et accessibilité des caisses

Le nombre de caisses peut se retrouver démultiplié, proportionnellement au nombre de guichets d'admission. Les impacts portent à la fois sur l'équipement des points de paiement (terminal de paiement par carte bancaire, fonds de caisses, etc.) et la formation du personnel (suffisamment de personnel formé).

Chapitre 1

Phasage du projet et démarche type

Figure 8 : Processus cible versus processus existant du paiement à l'entrée



Chapitre 1

Phasage du projet et démarche type

2.3.3 Modalité « Paiement à la sortie »

Bien que cela ne soit pas en rupture avec la vision traditionnelle du circuit patient, la mise en œuvre d'une solution de paiement à la sortie peut nécessiter une adaptation des organisations de la chaîne d'accueil-facturation-recouvrement et des évolutions potentielles du système d'information. En effet, il est nécessaire d'anticiper la venue du patient, de l'informer d'un RAC potentiel et de la nécessité de disposer d'un moyen de paiement, d'optimiser son circuit physique, de valoriser ses soins en temps réel afin de le faire payer avant sa sortie.

Le schéma ci-contre (*cf. fig.10*) présente le processus cible comparé au processus le plus couramment observé à ce jour (idem paiement entrée).

Dans le processus cible, le point 6 est optionnel, dans le sens où il ne s'applique que si des actes réalisés lors de la venue ne sont connus qu'après le départ du patient.

Dans le processus actuel, les droits des patients ne sont pas systématiquement connus à l'entrée ou à la sortie du patient, en raison de documents administratifs manquants ou non mis en jour. Le codage est fait dans le meilleur des cas en temps réel, voire a posteriori de la sortie du patient. Dans le cas où les données administratives et de codage sont exhaustives avant la sortie, le patient ne passe pas systématiquement par une caisse. Une facture est le plus souvent adressée au patient ultérieurement à sa venue. Le circuit de facturation/recouvrement se voit allongé, complexifié.

Pré-admission et admission

► Transmission des justificatifs administratifs demandés en vue du recueil des droits pour identifier les patients payants

Le recueil des droits est une étape fondamentale, parce qu'elle permet d'identifier les débiteurs et de cibler les patients qui ont un potentiel reste à charge à payer, pour lesquels il faut mettre en place les circuits physiques et d'information *ad hoc*.

Plus cette étape est faite en amont (pré-admission), plus cela permet de s'assurer la complétude du dossier et par conséquent d'éviter aux patients d'avancer les frais.

► Patients disposant d'un moyen de paiement

Le fait que le patient se rende à l'hôpital avec un moyen de paiement n'est pas maîtrisé par les établissements de santé aujourd'hui. Le prérequis pour qu'un patient présentant un reste à charge, paye ce dernier, réside dans l'information qui lui est communiquée en amont de sa venue.

Soins

► Recueil des actes

Le recueil des actes avant la sortie du patient permet de disposer de la connaissance de la prise en charge médicale, et de facturer de façon optimale la venue du patient. Obtenir ces données en temps réel conditionne la facturation du reste à charge à la sortie. C'est un prérequis qui engage le corps médical puisque cela nécessite que les médecins fournissent le codage des actes réalisés, voire le saisissent dans un logiciel. Différentes modalités existent et peuvent se combiner : saisie par le praticien, indication sur une feuille de circulation, case à cocher sur une liste d'actes avec code-barres pour scanner et intégrer dans la GAM... Ces solutions s'appuient toutes sur la nécessité de rédiger un thésaurus des actes pratiqués pour simplifier la diffusion de l'information par le praticien et faciliter l'intégration du codage dans le système d'information.

► Être en capacité de facturer en temps réel (SI)

Le paiement à la sortie repose, par ailleurs, sur la capacité de l'établissement à pouvoir disposer des éléments de codage en temps réel et dès la sortie du patient, y compris sur les actes externes. C'est un enjeu essentiellement pour les directions des systèmes d'information, puisque les interfaces entre les différents logiciels (rendez-vous, GAP, GAM) doivent fonctionner en temps réel et de façon optimale.

Facturation

► Équipement et accessibilité des caisses

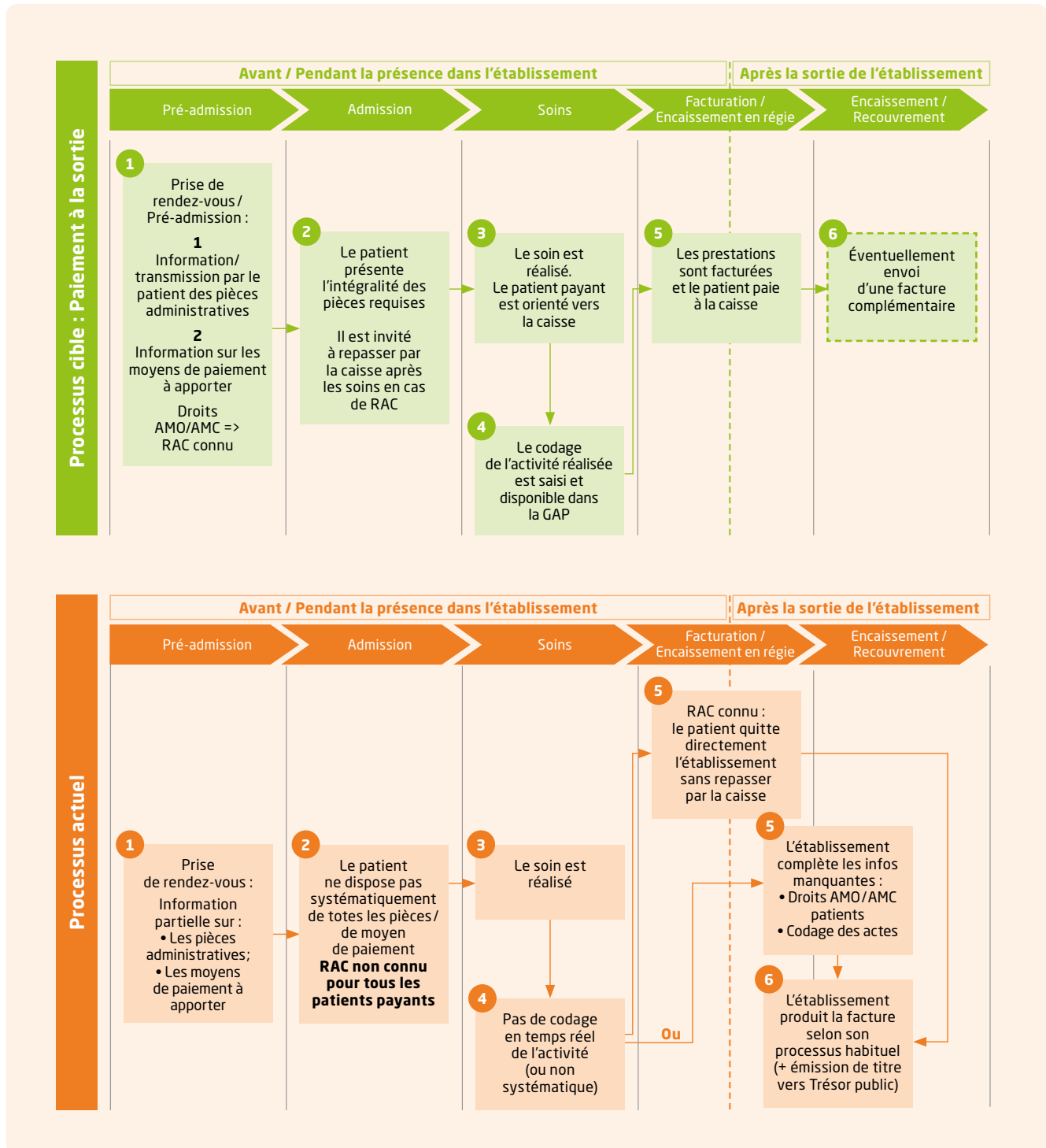
L'équipement des points de paiement doit être suffisant (terminal de paiement par carte bancaire, fonds de caisses, etc.). Avoir des caisses accessibles, c'est être en capacité d'encaisser, c'est aussi avoir du personnel formé pour réaliser cette étape du processus, dans les meilleures conditions.

L'organisation des points de paiement renvoie à leur accessibilité physique (signalétique, orientation, information, proximité), à l'accès en fonction des heures, et à la priorisation éventuelle des patients payants, quand ils se présentent à un guichet mixte (admissions et facturation).

Chapitre 1

Phasage du projet et démarche type

Figure 9 : Processus cible versus processus actuel du paiement à la sortie



Chapitre 1

Phasage du projet et démarche type

2.3.4 Modalité « Encaissement automatique par débit carte »

La piste « encaissement automatique par débit carte - EADC » vise à sécuriser le paiement de la part patient en recueillant ses informations bancaires lors de sa présence au sein de l'établissement. La sécurisation du paiement est donc dissociée de la valorisation financière de la venue, qui peut s'effectuer a posteriori sans dégrader la performance de recouvrement.

C'est une solution qui peut être mise en œuvre rapidement, avec des impacts a minima sur l'organisation de la chaîne AFR. Comme expliqué en introduction, **les résultats liés aux tests EADC ont donné lieu à la construction d'une solution complète DIAPASON. Aussi, seuls les aspects communs EADC / DIAPASON permettant aux établissements de se préparer, sont évoqués ci-contre (cf. fig.11).**

Pré-admission et admission

► Transmission des justificatifs administratifs demandés en vue du recueil des droits pour identifier les patients payants

Le recueil des droits est une étape fondamentale, parce qu'elle permet d'identifier les débiteurs et de cibler les patients qui ont un potentiel reste à charge à payer, pour lesquels il faut mettre en place les circuits physiques et d'information ad hoc.

Plus cette étape est faite en amont (pré-admission), plus cela permet de s'assurer la complétude du dossier et par conséquent d'éviter aux patients d'avancer les frais.

► Patients disposant d'un moyen de paiement

Le fait que le patient se rende à l'hôpital avec un moyen de paiement n'est pas maîtrisé par les établissements de santé aujourd'hui. Le prérequis pour qu'un patient présentant un reste à charge, paye ce dernier, réside dans l'information qui lui est communiquée en amont de sa venue. Pour cette modalité, le patient, ou la personne prenant en charge le RAC, doit disposer d'une carte bancaire et du code associé

► Patient informé du montant et du délai maximum

L'établissement doit être en mesure de communiquer au patient le montant maximum qui sera débité et le délai maximum.

► Équipement et accessibilité des caisses

En termes d'équipements, il est nécessaire de disposer de terminaux de paiement par carte bancaire (TPE) à chaque point d'accueil.

Un point spécifique des établissements publics est que l'usage de la carte bancaire comme mode de paiement impose l'existence d'un compte de Dépôts de Fonds au Trésor (DFT) auprès de la DGFIP pour la régie.

Le personnel doit par ailleurs être en mesure de réaliser les activités liées à cette nouvelle pratique.

Encaissement et recouvrement

► Patients informés du montant qui va être prélevé avant le débit

Le patient doit être informé, en amont du débit, du montant réel et de la date de débit. Une quittance lui sera par ailleurs transmise une fois l'opération réalisée.

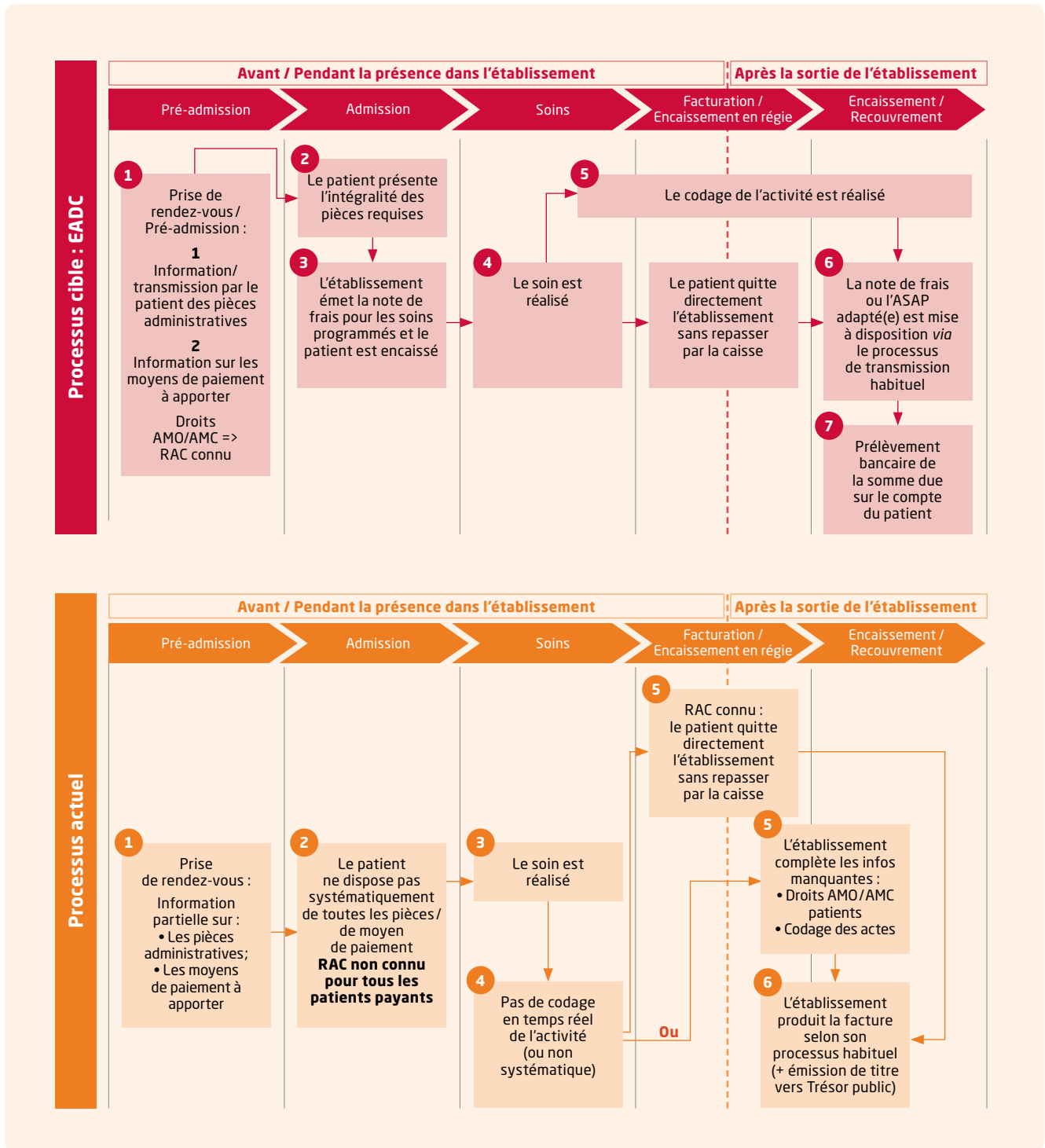
► Rapprochement comptable et bancaire

De nouvelles activités de rapprochement comptable et bancaire et de gestion du compte (réconciliation comptable et financière de l'ensemble des recettes de la caisse) sont à prévoir pour les régisseurs.

Chapitre 1

Phasage du projet et démarche type

Figure 10 : Processus cible versus processus actuel pour la solution EADC



Chapitre 1

Phasage du projet et démarche type

PHASE 3 : Construction de la feuille de route et préparation de la mise en œuvre

La juxtaposition des processus actuels et des processus cibles a conduit à identifier des changements qui devront intervenir dans les domaines suivants : organisation, communication (vis-à-vis du personnel et des patients), formation, ressources humaines, systèmes d'information, réglementaire, signalétique.

À partir de ces constats, il est important de prendre le temps de formaliser une feuille de route, qui recensera les grandes orientations avec des dates de mise en œuvre prévisionnelles.

Sa déclinaison en actions pourra s'appuyer le recensement des solutions déployées par les établissements expérimentateurs,

à présent chapitre 2. Un plan d'actions est par ailleurs disponible à présent annexe 5.

La feuille de route sera co-construite par le chef de projet et l'équipe projet. Elle sera à partager avec l'ensemble des acteurs impliqués.

C'est aussi l'occasion d'identifier quels sont les acteurs concernés et la répartition des actions (les agents en charge de l'accueil, les représentants des secrétariats médicaux, les professionnels de santé, en particulier les médecins).

Les feuilles de route réalisées avec les établissements expérimentateurs sont présentées ci-après. Compte tenu **des axes de travail communs forts entre paiement à l'entrée et paiement à la sortie, ces deux modalités sont traitées ensemble.**

3.1 Paiement à l'entrée - Paiement à la sortie

Figure 11 : Construction de la feuille de route de la mise en place du paiement à l'entrée et du paiement à la sortie

Actions		Objectifs	Délai de mise en œuvre	PE	PS
1. Définition du processus cible d'Accueil - Facturation - Recouvrement	A. Prise de rendez-vous /programmation d'une hospitalisation : s'assurer que le patient est informé qu'il peut réaliser un dossier de pré-admission et que le paiement lui sera proposé à l'entrée ou à la sortie	Maximiser les chances que le patient vienne avec un moyen de paiement	De 10 à 15 jours	X	X
	B. Définir les modalités de qualification de la venue	Sécuriser les flux d'informations concernant le patient permettant la juste et exhaustive facturation de sa venue		X	X
	C. Mettre les agents en capacité de valoriser la venue le jour J (actes récurrents, thésauros,....)	S'assurer de la capacité des agents à identifier les actes et à valoriser la venue		X	X
	D. Mettre en place les outils permettant de faire payer le patient au BE (TPE)	Outiller le processus de facturation		X	X
	E. Assurer la traçabilité de l'information dans la GAP pour éviter la refacturation*	Piloter la facturation des dossiers et éviter la refacturation		X	
	F. Mettre en place le dispositif de suivi entre le montant facturé et la prestation effectivement réalisée	Sécuriser le pilotage de l'expérimentation afin de maximiser des recettes et éviter le retraitement des dossiers		X	X
	G. Définir le processus de refacturation et de remboursement pour les cas échéants*	Sécuriser la gestion comptable du processus.		X	
2. Mesure d'écart entre les modes de fonctionnement existants et cibles	Identifier les actions à mener pour la mise en place de la cible	De 2 à 5 jours	X	X	
3. Mise en place des moyens de paiement : recensement des TPE, mise en conformité, installation d'une caisse	Outiller l'encaissement des patients	De 5 à 15 jours	X	X	
4. Évaluation des besoins de paramétrage dans le logiciel de GAP et les autres outils SI	Sécuriser les SI pour la mise en place du dispositif	De 5 à 10 jours	X	X	
5. Demande d'habilitation régie des personnels des secteurs si non habilités	Autoriser les personnels à encaisser	Minimum 15 jours	X	X	
6. Informer et former les personnels administratifs, paramédicaux et médicaux du dispositif mis en place	Préparer les acteurs du processus	Tout au long du projet	X	X	
7. Construire et diffuser les supports de communication à destination des patients	Assurer l'information aux différents acteurs du processus	Minimum 20 jours	X	X	
8. Construire et mettre en œuvre le dispositif de pilotage permettant de constater l'avancement de la mise en place de la cible	Sécuriser le suivi des transactions	De 5 à 10 jours	X	X	
9. Organiser le test à blanc du scénario expérimenté	Sécuriser la mise en œuvre technique	Minimum 7 jours	X	X	

* Il s'agit d'actions propres au paiement à l'entrée (E et G)

Chapitre 1

Phasage du projet et démarche type

3.2 Encaissement automatique

Figure 12 : Construction de la feuille de route pour la mise en place de l'encaissement automatique

Actions	Objectifs	Délai de mise en œuvre
1. Contractualisation de la solution de débit carte	Acquérir la solution technique	15 jours
2. Définition du processus cible d'Accueil-Facturation-Recouvrement	A. Prise de rendez-vous /programmation d'une hospitalisation : s'assurer que le patient est informé qu'il peut réaliser un dossier de pré-admission et qu'il peut recourir à un encaissement automatique	Maximiser les chances que le patient vienne avec un moyen de paiement
	B. Assurer la traçabilité de l'information dans la GAP pour éviter la refacturation	Piloter la facturation des dossiers et éviter la refacturation
	C. Mettre en place le dispositif permettant d'informer le patient sur le montant de sa facture et la date d'encaissement	Répondre à l'engagement de prévenir le patient du montant réel avant le débit
	D. Mettre en place le flux d'ordre de paiement de l'hôpital vers le tiers pour déclencher l'encaissement.	Outiller le processus de demande de débit
	E. Mettre en place le flux tiers vers hôpital permettant de confirmer que le débit a été réalisé avec succès	Outiller le processus de retour d'information sur le débit permettant le rapprochement comptable
	F. Monter le processus de rapprochement entre les factures des patients encaissés automatiquement et les encaissements réellement effectués	Assurer le rapprochement bancaire en pointant les montants reçus et les factures émises
3. Mesure d'écart entre les modes de fonctionnement existants et cibles.	Identifier les actions à mener pour la mise en place de la cible	De 2 à 5 jours
4. Définition du processus de gestion comptable et financière avec le Trésor Public et ouverture du compte Dépôt de Fonds Trésor si nécessaire	Sécuriser la gestion comptable du processus	Minimum 15 jours
5. Rédaction de l'arrêté de régie et évolution du seuil d'encaissement	S'assurer de la conformité de la régie aux objectifs d'encaissements	De 2 et 5 jours
6. Formation du (des) régisseur(s)	Sécuriser la gestion comptable du processus	2 jours
7. Mettre en place les TPE : recensement des TPE et mise en conformité	Outiller le processus	De 5 à 15 jours
8. Demande d'habilitation régie des personnels des secteurs si non habilités	Autoriser les personnels à encaisser	Minimum 15 jours
9. Informer et former les personnels administratifs, paramédicaux et médicaux du dispositif mis en place	Préparer les acteurs du processus	Tout au long du projet
10. Construire et diffuser les supports de communication à destination des patients.	Assurer l'information aux différents acteurs du processus	Minimum 20 jours
11. Construire et mettre en œuvre le dispositif de pilotage permettant de constater l'avancement et les effets de l'expérimentation	Sécuriser le suivi des transactions	De 5 à 10 jours
12. Organiser le test à blanc du scénario expérimenté	Sécuriser la mise en œuvre technique	Minimum 7 jours

Chapitre 1

Phasage du projet et démarche type

3.3 Conditions d'un encaissement simple et sécurisé propres aux établissements publics de santé

On ne peut imaginer un tel projet sans que l'établissement soit en capacité d'encaisser. Les trois solutions nécessitent pour les établissements publics de santé de disposer d'une régie. Certaines actions énoncées à ce sujet dans les feuilles de route méritent d'être précisées.

3.3.1 Adaptation des régies

Si l'établissement possède déjà une régie, il peut être judicieux de désigner des agents supplémentaires comme mandataires de régie et de mettre en cohérence le seuil de régie avec le volume financier de reste à charge patient potentiellement encaissable (afin d'éviter les reversements à fréquence élevée au trésorier).

Si l'établissement ne possède pas de régie, afin d'en ouvrir, il est nécessaire de :

- ▶ Produire l'acte constitutif de la régie avec le comptable, ainsi qu'un acte de nomination et un justificatif d'identité du régisseur ;
- ▶ Signer avec le trésorier un document d'ouverture de compte. Le comptable remet alors au régisseur des plaquettes décrivant les conditions générales de fonctionnement du compte Dépôts de fonds au trésor (DFT) et les services associés (carnet de chèques, relevés de comptes, carte bancaire, etc).

La régie doit permettre de fonctionner avec plusieurs points d'encaissements et d'installer aux caisses la gamme la plus large de moyens de paiement afin de proposer la solution la plus adéquate (chèques, espèces, règlements par carte bancaire, virements).

3.3.2 Ouverture d'un compte de Dépôts de Fonds au Trésor

Pour tout règlement par carte bancaire ou virement, la régie doit disposer d'un compte DFT.

Le compte DFT doit être ouvert par le trésorier de l'établissement. L'ouverture d'un tel compte doit être prévue dans l'acte de création de la régie, sinon, cet acte doit être modifié avec le trésorier. Il s'agit d'un processus en plusieurs étapes :

- ▶ **1. Ouvrir un compte DFT pour la régie du service concerné**
 - Produire l'acte constitutif de la régie avec le comptable, ainsi qu'un acte de nomination et un justificatif d'identité du régisseur.
 - Signer avec le trésorier un document d'ouverture de compte.
 - Le comptable remet alors au régisseur des plaquettes décrivant les conditions générales de fonctionnement du CDFT et les services associés (carnet de chèques, relevés de comptes, carte bancaire, etc).
- ▶ **2. Contractualiser sur ce canal de paiement auprès du trésorier**
 - Remplir et transmettre au trésorier de l'établissement le formulaire d'adhésion au système d'acceptation des paiements par carte bancaire auprès des organismes publics en cochant le type de paiement « TPE ».
- ▶ **3. Formation du régisseur par le trésorier**

Chapitre 1

Phasage du projet et démarche type

PHASE 4 : Pilotage de la mise en œuvre

Une fois le diagnostic et le plan d'actions présentés et validés, la phase de mise en œuvre peut être lancée. Cela nécessite de définir des indicateurs permettant de mesurer les impacts de la mise en œuvre de la feuille de route. Les résultats observés pour ces indicateurs et l'avancement du projet sont à partager avec les acteurs concernés de manière à expliciter les éventuels écarts et à opérer des actions correctrices si nécessaire.

4.1 Mise en œuvre et pilotage des indicateurs

Dans le cas présent, le dispositif de pilotage focalisera sur les aspects ci-dessous :

- ▶ La capacité des agents à **identifier les patients ayant un RAC patient**;
- ▶ La capacité à **transmettre l'information et caractériser la venue du patient** entre le secrétariat médical et l'agent du bureau des entrées;
- ▶ La capacité à **valoriser correctement la venue**;
- ▶ La capacité à **être exhaustif dans le codage** des actes et à facturer le montant effectivement dû par le patient après la production des soins;
- ▶ **L'acceptabilité du patient** et ainsi la nécessité de développer un argumentaire spécifique ou l'opportunité d'étendre le périmètre du paiement à l'entrée.

En face de chaque indicateur retenu, une valeur cible doit être définie, de façon à évaluer la marge de progression. Ces indicateurs de pilotage doivent être suivis de manière plus rapprochée au moment du lancement du projet. Plus largement, ils seront à intégrer aux tableaux de bord de suivi de la performance de la chaîne en mode pérenne.

Le recueil des indicateurs quantitatifs doit être automatisé afin de limiter au maximum les erreurs liées au recueil des données. L'appui de l'équipe des SI peut-être nécessaire.

Huit indicateurs nationaux ont été identifiés en vue de suivre la mise en œuvre des solutions envisagées et d'en apprécier les résultats et impacts sur la chaîne :

Figure 13 : Huit indicateurs nationaux de suivi de la mise en œuvre des solutions

1	Nombre de venues pour lesquelles le paiement à l'entrée/ le paiement à la sortie/le débit carte a été proposé
2	Nombre de refus de payer la note de frais selon la modalité proposée, par motif
3	Nombre de paiements encaissés via la solution proposée (paiement à l'entrée/le paiement à la sortie/le débit carte)
4	Taux d'incidents
5	Taux de réclamation <i>a posteriori</i>
6	Proportion de dossiers administratifs réputés complets à l'entrée permettant d'identifier les patients faisant l'objet d'un reste à charge
7	Minutes gagnées ou perdues pour traiter un dossier sur toute la chaîne
8	Pour la solution de paiement à l'entrée uniquement. Écart résiduel entre le montant payé à l'entrée et les actes réalisés

Ces indicateurs doivent toujours être rapportés au nombre total de patients ayant fait l'objet d'un reste à charge (RAC). Les ratios entre le nombre de patients avec RAC, le nombre de patients à qui a été proposée la solution implémentée, et le nombre de patients ayant effectivement réglé leur facture via cette modalité seront les indicateurs qui permettront au chef de projet d'identifier les secteurs où les résultats peuvent être améliorés et de comprendre les raisons d'une éventuelle performance dégradée.

Les raisons pour lesquelles les agents ne proposent la solution déployée, et/ou les motifs invoqués par les patients pour ne pas accepter cette solution doivent ainsi être étudiés qualitativement par un recueil *ad hoc*.

4.2 Management rapproché

Les agents de la chaîne AFR sont des acteurs contribuant quotidiennement à l'avancement du projet. Afin d'entretenir une dynamique suite au lancement, il est conseillé de communiquer régulièrement sur le sujet et ses résultats. La mise en place de réunions hebdomadaires de courte durée (1/2h à 45 min.) par le responsable de la chaîne AFR a démontré son efficacité. Ces réunions visent, non seulement faire passer de l'information en mode descendant sur l'avancement des travaux, mais aussi à faire remonter les informations de terrain, notamment sur les difficultés rencontrées par les agents et les solutions possibles. Un travail en commun sur l'identification des leviers à activer pour apporter une réponse aux dysfonctionnements constatés est alors à mener. En vue de ces échanges, un support de partage des éléments de pilotage devra être mis à jour chaque semaine.



2

Solutions apportées
par les expérimentateurs
face aux difficultés
potentielles

Chapitre 2

Solutions apportées par les expérimentateurs face aux difficultés potentielles

Les grands axes définis dans la feuille de route doivent faire l'objet d'actions plus précises. Pour ce faire, en face de chaque difficulté rencontrée par les établissements expérimentateurs, les solutions apportées et les facteurs clés de succès identifiés ont été listés. Pour plus de lisibilité, les différentes actions sont regroupées au regard des prérequis par étape du processus, identifiés en phase 2.

Dans la mesure où certaines actions sont communes aux différentes modalités de paiement, elles sont classées un tableau avec trois colonnes pour indiquer quelle(s) modalité(s) est/sont concerné(s).

Les éléments de communication, agrémentés d'exemples, sont développés à la suite.

Ce retour très opérationnel peut constituer une aide à l'identification des actions adaptées à mettre en œuvre par chaque établissement.

1. Facteurs clés de succès par prérequis

1.1 Le recueil des droits pour identifier les patients payant

Le recueil des droits peut intervenir à plusieurs moments dans le circuit du patient. Soit pendant la prise de rendez-vous ou lors de la pré-admission, soit à la venue du patient à l'accueil (administratif ou dans les secrétariats médicaux), soit à sa sortie. Le choix dépend de l'organisation, de l'architecture, de la configuration des guichets d'admission par rapport aux consultations et aux secteurs d'hospitalisation. Afin de sécuriser le paiement, il convient de réaliser le recueil des droits le plus en amont possible, pour pouvoir orienter le patient. Cela permet notamment d'identifier le patient payant au moment avant sa venue.

27

Difficultés rencontrées	Solutions	Comment faire ?	Facteurs d'amélioration et de réussite	PE	PS	EADC
Déterminer le niveau de prise en charge du patient par rapport à sa couverture santé (AMO et AMC le cas échéant)	Anticiper la venue du patient	Pouvoir récupérer les données administratives du patient en amont de la venue en consultation et du séjour <i>via</i> la pré-admission	<ul style="list-style-type: none"> Évaluer la faisabilité d'un interfaçage entre le SI de gestion des rendez-vous et le SI GAP permettant la récupération ou la création d'identifiant patient Développer une pré-admission : <ul style="list-style-type: none"> - En ligne, voire reliée à la prise de rendez-vous des ACE; - Par mail ou par courrier (faire envoyer les formulaires et les copies des documents nécessaires par le patient, <i>via</i> des enveloppes T fournies en amont lors de la prise de rendez-vous). Piloter la pré-admission : mesurer le taux de dossiers vraiment complets Mettre en place une procédure de suivi des dossiers incomplets (modalités, acteurs impliqués, etc.) Contacteur par téléphone des patients dont le dossier est incomplet Numériser les documents Demander aux AMA/ médecins de communiquer aux patients sur la nécessité de pré-admission 	X	X	X
	Disposer de données administratives exhaustives	Contrôler la carte Vitale systématiquement Contrôler la carte mutuelle à chaque venue	<ul style="list-style-type: none"> (Re)former les agents administratifs à l'accueil et aux façons de poser les questions pour recueillir l'identité des patients Déterminer avec les équipes des scripts d'accueil Numériser les documents administratifs pour les conserver et éventuellement s'y référer ultérieurement Communiquer aux agents sur l'importance de ce recueil de données sur des patients pour qui l'existence d'un reste à charge n'est pas sûre, afin de sécuriser les données administratives au maximum 	X	X	X
	Qualité des données administratives	Contrôler CDR/utiliser CDRI systématiquement	<ul style="list-style-type: none"> Chaque poste d'accueil administratif dispose d'un lecteur de carte vitale et d'un accès à CDR/CDRI Il existe des scripts et des procédures à destination du personnel pour chaque venue, afin d'optimiser et d'homogénéiser les pratiques Évaluer leur application 	X	X	X



Chapitre 2

Solutions apportées par les expérimentateurs face aux difficultés potentielles

Difficultés rencontrées	Solutions	Comment faire?	Facteurs d'amélioration et de réussite	PE	PS	EADC
Situation des patients sans justificatifs de droits	Définir la stratégie institutionnelle	Définir une position pour l'AMO Idem pour l'AMC Définir une position pour les droits en cours d'ouverture (ALD)	<ul style="list-style-type: none"> Repérer les situations de précarité et faire le lien avec le service social 	X	X	X
Patients étrangers	Optimiser le recueil de données et les garanties de recouvrement	Établir une typologie des situations État des lieux des documents légaux justifiant l'identité d'un patient en fonction des pays	<ul style="list-style-type: none"> Faire payer à l'entrée tout ou partie de la facture (objectif = sécuriser au moins une partie). Solliciter la PASS pour les patients précaires 	X	X	X
Suivi des patients payant dans leur circuit	Véhiculer l'information des patients payant	Marquage dans le SI (clignotant, couleur, etc.) ou info, tampon sur les documents papier	<ul style="list-style-type: none"> Privilégier des méthodes simples de compréhension, ludiques, colorées, voyantes, etc. Informers le patient qu'il a un reste à charge ou non afin d'éviter d'allonger les files d'attente 	X	X	X

28

1.2 Patients disposant d'un moyen de paiement

Le fait qu'un patient se rende à l'hôpital avec des moyens de paiement relève d'une stratégie de communication de l'établissement vers ses usagers. Cette communication peut être réalisée à plusieurs étapes du processus mais aussi grâce à plusieurs supports.

Difficultés rencontrées	Solutions	Comment faire?	Facteurs d'amélioration et de réussite	PE	PS	EADC
Le patient ne dispose pas d'un moyen de paiement/refusé de payer	L'informer au maximum en amont de sa venue	Renforcer la communication auprès du patient en amont de sa venue	<ul style="list-style-type: none"> Informers le patient dès la prise de rendez-vous d'un possible reste à charge Inscrire l'information sur les convocations Ajouter l'information sur les sms de confirmation / rappel de consultation Prévoir des supports de communication à l'intérieur de l'établissement (affiche écran accueil des salles d'attente) Définir une stratégie d'établissement pour la conduite à tenir dans ces situations 	X	X	X

1.3 Recueil des actes

Dans la mise à disposition du codage auprès des agents de facturation, l'important n'est pas de savoir qui saisit les informations dans le logiciel informatique, mais quelle organisation l'établissement met en œuvre pour qu'une information exhaustive et de qualité soit recueillie pour chaque patient, sans risque de perte, en maximisant la facturation. Il se peut que ce soit le médecin qui entre les actes dans le SI, comme il se peut que ce soit une AMA ou encore une personne de la chaîne AFR, selon le contexte de l'établissement.

Chapitre 2

Solutions apportées par les expérimentateurs face aux difficultés potentielles

Difficultés rencontrées	Solutions	Comment faire ?	Facteurs d'amélioration et de réussite	PE	PS	EADC
Identifier les actes prédictibles	Identifier les actes prédictibles	Identifier les prises en charge standardisées par structure fine (à croiser avec âge, sexe, antécédent, prise en charge antérieure)	<ul style="list-style-type: none"> Pour les patients payant, vérifier <i>a posteriori</i> la cohérence entre actes prévisionnels facturés et des actes réalisés 	X		
Complexité du codage et des règles de facturation	Mettre en place des thésaurus de codage	Identifier par une requête les actes et combinaisons de prises en charge récurrents par structure fine (UF), voire par médecin Élaborer un formulaire avec tous les éléments de codage disponibles (papier/informatique)	<ul style="list-style-type: none"> Impliquer la CME/communauté médicale et la direction sur ces sujets Travailler avec chaque spécialité sur les actes le plus souvent réalisés pour élaborer ce thésaurus Prévoir un temps de formation/information des médecins Travailler sur la convivialité et la simplicité d'utilisation du formulaire thésaurus Planifier des mises à jour des thésaurus réguliers Pouvoir contractualiser sur des objectifs dans les contrats de pôle 	X	X	
(Suite thésaurus)	Informatiser le dispositif papier	Intégrer le thésaurus dans référentiel partagé et interfacer le codage avec le logiciel de facturation.	<ul style="list-style-type: none"> L'informatisation doit être anticipée et préparée Elle doit répondre à un véritable besoin Elle doit simplifier le processus existant Les acteurs doivent être formés Les informations doivent être disponibles en temps réel, ce qui implique des interfaces performantes Outils l'informatisation (codes-barres, douchettes, etc.) 	X	X	

29

Difficultés rencontrées	Solutions	Comment faire ?	Facteurs d'amélioration et de réussite	PE	PS	EADC
Disponibilité du codage afin de pouvoir émettre une note de frais/ facture	Définir une organisation qui permette d'avoir l'information en amont	Communiquer auprès le corps médical et le sensibiliser aux problématiques de codage, de recouvrement Déléguer si nécessaire la saisie du codage aux AMA (lors de la prise de rendez-vous) ou au personnel des admissions	<ul style="list-style-type: none"> À défaut d'une stratégie globale d'établissement, définir les organisations avec chacune des spécialités Former les AMA et le personnel des admissions au codage/règles de facturation par sessions de petits groupes 	X		
	Définir une organisation qui permette d'avoir l'information en temps réel (avant la sortie de l'ES)	Communiquer auprès le corps médical et le sensibiliser aux problématiques de codage, de recouvrement	<ul style="list-style-type: none"> À défaut d'une stratégie globale d'établissement, définir les organisations avec chacune des spécialités 		X	
Connaissance du lien entre les soins effectués et une ALD en cours	Faire en sorte que le praticien qui voit le patient ait l'information	Indication de l'existence d'une ALD sur le dossier patient Case à cocher dans la feuille de circulation	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place des contrôles ciblés Rappeler aux patients concernés de venir avec leur protocole 	X	X	X
Pas de bascule en temps réel des actes de la GAM vers la GAP/ facturation	Identifier la source du problème dans le SI (collecteur de données, interface non existante ou non performante en temps réel, etc.)	Associer la DSI	<ul style="list-style-type: none"> Réaliser des tests avant de mettre en œuvre auprès des usagers Former les différents intervenants, en particulier soignants, sur les manipulations à effectuer Déterminer la conduite à tenir vis-à-vis du patient en cas d'incapacité à facturer au moment de son passage en caisse 		X	

Chapitre 2

Solutions apportées par les expérimentateurs face aux difficultés potentielles

1.4 Accessibilité des caisses

Le paiement à la sortie suppose que les établissements disposent de personnes habilitées à encaisser, de moyens d'encaissement variés, d'horaires d'ouverture des caisses qui couvrent la journée et de caisses facilement repérables dans l'établissement. En cas de paiement à la sortie, il s'agit de donner de la visibilité au patient sur le parcours physique qu'il doit emprunter pour passer toutes les étapes de sa prise en charge médico-administrative. Cela passe notamment par des flyers et/ou une signalétique sur le parcours physique à emprunter pour se rendre aux caisses après les soins.

Difficultés rencontrées	Solutions	Comment faire ?	Facteurs d'amélioration et de réussite	PE	PS	EADC
Limitation des moyens de paiement acceptés	Proposer au moins deux moyens de paiement aux usagers, dont la carte bancaire	Travailler avec le Trésor Public (pour les EPS) pour penser le dispositif et les habilitations Mettre en place des TPE dans les points d'encaissement et identifier un Tiers de confiance	<ul style="list-style-type: none"> Former les agents à l'encaissement Mettre à disposition des fonds de caisses pour le paiement en liquide le cas échéant 	X	X	X
Les patients ne trouvent pas les caisses	Clarifier le circuit physique pour se rendre aux caisses	Orienter le patient payant vers les caisses après ses soins Repenser la signalétique Nommer les caisses explicitement	<ul style="list-style-type: none"> Informers le patient payant sur son circuit dès son arrivée Harmoniser les intitulés dans l'hôpital Offrir la possibilité aux patients de pouvoir payer dans n'importe quelle caisse Fournir un plan où les caisses sont matérialisées Affichage dans les salles d'attente Participation des AMA/des médecins pour inciter le patient à passer par une caisse 		X	
Caisses fermées aux heures de sorties	Adapter l'ouverture des caisses aux flux de patients sortant	Faire un bilan des flux de patients et des ouvertures des caisses dans l'établissement, en semaine et en dehors des heures ouvrables Adapter l'amplitude horaire d'ouverture des caisses aux flux de patients Réfléchir à une organisation centralisée ou décentralisée la plus pertinente	<ul style="list-style-type: none"> Réfléchir au circuit physique du patient pour réorienter les patients selon les secteurs, et le moment de la journée ou de la semaine Établir une organisation dégradée au fil des fermetures des caisses Essayer de conserver au moins une caisse ouverte plus longtemps que les autres (calée sur la dernière consultation) Sinon définir l'organisation pour faire partir la facturation dès le lendemain Mettre en place des requêtes sur les ACE sans actes Faire payer la veille de la sortie, si possible, pour les séjours 		X	
L'attente aux caisses	Prioriser le patient payant quand il s'agit d'un guichet qui fait aussi de l'accueil administratif	Gestionnaire électronique de flux (bouton paiement) Panneau indiquant le guichet/la caisse avec double file pour prioriser les paiements	<ul style="list-style-type: none"> Informers le patient payant sur son circuit dès son arrivée Harmoniser les intitulés dans l'hôpital Offrir la possibilité aux patients de pouvoir payer dans n'importe quelle caisse Fournir un plan où les caisses sont matérialisées Affichage dans les salles d'attente Participation des AMA/des médecins pour inciter le patient à passer par une caisse 		X	
	Ouvrir des caisses supplémentaires/ Créer des caisses dédiées / Décentraliser l'encaissement dans les services de soins	Mesurer le volume de patients payant et la charge de travail supplémentaire Réfléchir à l'opportunité d'une décentralisation	<ul style="list-style-type: none"> Réfléchir au circuit physique du patient pour réorienter les patients selon les secteurs, et le moment de la journée ou de la semaine Former du personnel des admissions/habilitation du personnel Former les AMA à l'encaissement dans le cadre d'une polyvalence 			



Chapitre 2

Solutions apportées par les expérimentateurs face aux difficultés potentielles

Difficultés rencontrées	Solutions	Comment faire ?	Facteurs d'amélioration et de réussite	PE	PS	EADC
Le patient doit être informé du montant réel et du jour approximatif de prélèvement avant débit.	Information générée automatiquement avant le débit	Utilisation du SMS ou du mail	<ul style="list-style-type: none"> Expliquer la démarche au patient en amont (prise de rendez-vous, jour de l'admission) S'assurer que l'on dispose des informations patients (numéro de téléphone portable, adresse mail) 			X
Le rapprochement comptable et bancaire est complexe	Le rapprochement comptable est automatisé Le régisseur effectue le rapprochement bancaire manuellement	Le logiciel GAP réceptionne les retours du tiers de confiance et tope les factures payées Le régisseur pointe les montants totaux versés par date de débit avec les relevés de transaction du tiers de confiance	<ul style="list-style-type: none"> Interface entre la GAP et le TPE Prévoir la montée en compétences du régisseur 			X

31

1.5 Paiement *a posteriori* en dehors des trois modalités de paiement expérimentées

S'il s'avère que la modalité de paiement testée dans un secteur ne peut être utilisée pour certains patients et en dehors des services pilotes, d'autres solutions peuvent être adoptées pour améliorer le délai de paiement et le taux de recouvrement après la sortie du patient.

Difficultés rencontrées	Solutions	Comment faire ?	Facteurs clés de succès
Le patient ne dispose pas de moyen de paiement / ne passe pas par la caisse à sa sortie	Limiter le délai de paiement <i>a posteriori</i>	Mettre en place des dispositifs permettant au patient de payer plus facilement sa facture à sa réception	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en œuvre TIPI Réduire le délai de l'envoi de la facture pour rester au plus proche de la date des soins Informé sur les autres modalités de paiement : en régie, à la trésorerie, sur internet
Les patients qui ont des dettes envers l'hôpital	Vérifier à chaque venue s'il existe une dette antérieure	Lister les patients qui ont une dette antérieure et la communiquer aux bureaux des admissions	<ul style="list-style-type: none"> Implication de la DGFIP et de la DSI pour rendre cette information disponible dès la constitution d'un dossier au niveau des admissions

Chapitre 2

Solutions apportées par les expérimentateurs face aux difficultés potentielles

2. Éléments de communication favorisant l'acceptabilité

L'adhésion des acteurs est un prérequis de la réussite du projet, tant l'acceptation des modalités de paiement nécessite une acculturation. En effet les freins opposés par les patients et les personnels peuvent être élevés, d'autant plus que la croyance en la gratuité des soins est très présente et alimentée par un manque d'informations sur les coûts. Les points ci-dessous présentent les leviers qui peuvent être employés pour réduire les réticences.

2.1 Communication vis-à-vis du personnel de la chaîne AFR

Une appropriation du projet par le personnel de la chaîne AFR est essentielle. En effet, les agents sont les porte-parole de la mise en œuvre face aux patients. De leurs convictions et de leur maîtrise du processus, dépend en partie l'acceptabilité des patients, et donc l'atteinte des résultats escomptés.

Cela passe par une prise de conscience collective des enjeux, tant financiers que qualitatifs, du rôle que le personnel peut jouer. Il est également judicieux de fournir au personnel des éléments de langage lui permettant de se sentir à l'aise avec le principe de faire payer le RAC aux patients concernés, notamment des guides d'entretien avec le patient. Ils apportent un argumentaire construit au personnel et des éléments de réponse structurés face aux éventuelles questions.

Les exemples suivants sont le fruit d'une co-construction entre responsables AFR et équipes.

32

2.1.1 Support de communication interne sur la démarche projet

L'affiche ci-après est issue d'échanges au sein de l'équipe AFR d'un établissement, autour de la question : que peut apporter la mise en place du paiement à l'entrée ?

OBJECTIFS

- Optimiser l'encaissement pendant la présence du patient dans l'établissement pour les activités programmées;
- Proposer le paiement à l'entrée de la part patient hors AMC sur la base d'une facture calculée sur ses soins prévisionnels, sans remettre en cause le principe de l'égalité de l'accès aux soins.

Cette solution permet de traiter l'ensemble des dysfonctionnements constatés sur la partie programmée de l'activité de l'hôpital.

CONVICTIONS

Les montants encaissés en présence du patient sont maximisés (gains et trésorerie); La qualité du service rendu à l'utilisateur est augmentée : le patient n'a qu'un point de contact administratif et il valide avec l'agent du BE l'ensemble de ses modalités administratives;

- Le patient ne reçoit plus de note de frais chez lui et n'a plus à effectuer de démarches *a posteriori* (envoi de chèques avec enveloppe timbrée, ni virement postal).

Le travail des BE est sécurisé et le positionnement des équipes est renforcé :

- Rapprochement des dates de production des soins et d'encaissement;
- Diminution du nombre de contacts et des temps d'attente;
- Facturation émise en une fois lors de la présence du patient;
- Meilleure information des patients et diminution des contentieux.

Chapitre 2

Solutions apportées par les expérimentateurs face aux difficultés potentielles

2.1.2 Guides d'entretien avec le patient

Le script ci-dessous concerne le paiement à l'entrée. Il met en avant la simplification du parcours patient, avec un seul contact administratif pour l'ensemble de la venue (pas de passage au guichet à la sortie) et l'absence de démarches a posteriori.

Guide d'entretien d'échange avec le patient à l'admission pour **LE PAIEMENT À L'ENTRÉE**

1. ACCUEIL ET PROCÉDURE D'IDENTITOVIGILANCE :

⇒ N.B. : poser des questions ouvertes pour ne pas biaiser les informations collectées :

BE : « Puis-je prendre
« votre nom & prénom »
« (sexe), date de naissance »
« votre adresse postale ? »
« votre numéro de téléphone portable ? »



2. RECUEIL DES DOCUMENTS NÉCESSAIRE À LA CONSTITUTION DU DOSSIER

Carte Vitale, carte mutuelle, protocole ALD?
⇒ L'agent du BE met à jour la carte Vitale



Si le patient a une ALD

Il suit le processus d'admission habituel et il est dirigé vers le service de soins.

SI LE PATIENT N'A PAS DE MUTUELLE OU N'EST PAS COUVERT À 100%

PAR SA MUTUELLE :

BE : « vous n'êtes pas pris en charge à 100%, ça vous fera€, souhaitez-vous payer en chèques, espèces ou CB ? »

SI LE PATIENT A OUBLIÉ D'APPORTER SA CARTE DE MUTUELLE :

BE : « à défaut d'un document de mutuelle valide, vous êtes prié de bien vouloir avancer les frais de la part mutuelle et patient. La quittance de paiement servira à votre remboursement. Ça vous fera.....€, souhaitez-vous régler par chèques, espèces ou CB ? »

⇒ « Cette modalité de paiement à l'entrée vous évitera la file d'attente en caisse ou l'envoi par courrier d'un chèque ».

Le patient paye sa/ses prestation(s) et se dirige en soins.

Dans le cas où le patient n'a pas de moyens de paiement ou ne souhaite pas payer, l'agent du BE le sensibilise à la non-gratuité de l'hôpital public et le dirige en soins.

N.B. : en fonction des modalités de cotation en admission des actes prévus pour le patient, des questions supplémentaires pourraient être posées.

■ Éléments nouveaux dans la prise de rendez-vous

33

Les arguments mis en avant dans le script suivant, relatif à l'encaissement automatique, sont proches de ceux évoqués précédemment pour le paiement à l'entrée. Concernant l'incertitude du montant final qui sera débité sur le compte du patient, la connaissance par le personnel du seuil maximum de prélèvement et l'explication du processus pas à pas constituent des facteurs sécurisants.

Guide d'entretien d'échange avec le patient à l'admission pour **L'AUTORISATION DE DÉBIT CARTE**

1. ACCUEIL ET PROCÉDURE D'IDENTITOVIGILANCE :

⇒ N.B. : poser des questions ouvertes pour ne pas biaiser les informations collectées :

BE : « Puis-je prendre
« votre nom et prénom »
« (sexe), date de naissance »
« votre adresse postale ? »
« votre numéro de téléphone portable ? »



2. RECUEIL DES DOCUMENTS NÉCESSAIRE À LA CONSTITUTION DU DOSSIER

Carte Vitale, carte mutuelle, protocole ALD?
⇒ L'agent du BE met à jour la carte Vitale



Si le patient a une ALD

Il suit le processus d'admission habituel et il est dirigé vers le service de soins **sans proposition de payer à l'entrée par débit carte.**

SI LE PATIENT N'A PAS DE MUTUELLE OU N'EST PAS COUVERT À 100%

PAR SA MUTUELLE :

BE : « vous n'êtes pas pris en charge à 100%, en fonction des actes de soins que vous recevrez, vous aurez un reste à charge à payer à l'hôpital », **« possédez-vous une carte bleue ou une carte avance santé ? »**

SI LE PATIENT A OUBLIÉ D'APPORTER SA CARTE DE MUTUELLE :

BE : « à défaut d'un document de mutuelle valide, vous êtes prié de bien vouloir avancer les frais de la part mutuelle et de votre reste à charge patient à l'hôpital, **« possédez-vous une carte bleue ou une carte avance santé ? »**

1. « Afin de vous éviter la file d'attente en caisse ou l'envoi par courrier d'un chèque, je vous propose d'effectuer une autorisation d'encaissement automatique via un système sécurisé, valable uniquement pour cette venue pour être encaissé du montant dû une fois votre facture émise ».
2. « Sachez qu'en moyenne sur ce service les RAC sont autour de XX€, (à compléter en fonction du service) ».
3. « Vous serez débité *a minima* du montant de la consultation qui est de xx€. En cas d'examen supplémentaires effectués, votre débit comprendra le montant de ces actes ».
4. « Si vous souscrivez à ce mode de règlement, vous recevrez un avis d'encaissement avec le montant et la date de prélèvement prévue quelques jours avant le débit ».
5. « vous pouvez insérer votre carte, indiquez votre code pin et valider la transaction ».
6. « veuillez signer la facturette, voici votre facturette d'autorisation d'encaissement automatique pour cette venue ».

Le patient autorise l'encaissement automatique par débit carte et se dirige en soins.

Dans le cas où le patient n'a pas de moyens de paiement ou ne souhaite pas payer, l'agent du BE le sensibilise à la non-gratuité de l'hôpital public et le dirige en soins.

■ Éléments nouveaux dans la prise de rendez-vous

Chapitre 2

Solutions apportées par les expérimentateurs face aux difficultés potentielles

2.2 Communication vis-à-vis de la communauté médicale

Les praticiens peuvent être réticents à ces travaux et l'enjeu est d'objectiver au maximum les échanges sur les actes effectués et sur leur prédictibilité, sans renier la responsabilité médicale. Un travail partenarial doit être mis en place, permettant de faire aboutir le projet, de repositionner la chaîne accueil-facturation-recouvrement auprès des services de soin comme acteur de la prise en charge du patient.

Il est capital que la communauté médicale soutienne la démarche et contribue à son bon fonctionnement. Son intégration le plus tôt possible dans la démarche est vivement recommandée. Une présentation générale du projet en CME avec l'analyse des montants en jeu, en insistant sur la non-valorisation d'une activité réalisée, favorise l'adhésion de la communauté médicale. En outre, au moment du choix des services pilotes, il sera nécessaire d'analyser les pratiques de codage avec l'équipe médicale concernée (délai, panel des actes) et d'identifier leur potentielle prédictibilité.

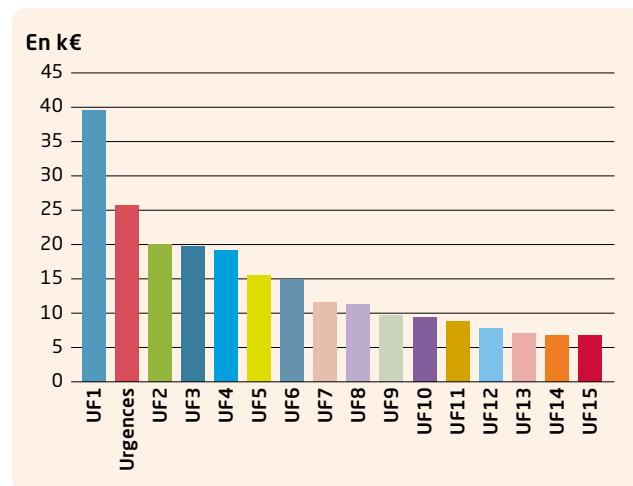
2.3 Communication vis-à-vis des patients

Le patient est l'acteur principal dans la mise en place de ces modalités puisqu'il donne les informations nécessaires à son dossier administratif et il effectue son paiement ou s'engage à payer le jour de sa venue. La communication au patient sur les pièces à apporter avant de se rendre à ses soins est donc essentielle. Il en est de même pour ce qui est de sa sensibilisation au fait qu'une partie des frais demeure à sa charge.

Une réflexion sur les messages clés à délivrer lors de la prise de rendez-vous par téléphone doit être menée. Le support qui suit illustre ce travail d'anticipation :

L'histogramme ci-dessous représente la répartition des RAR patients par UF d'un établissement pilote en 2015.

Figure 14 : Répartition des restes à recouvrer d'un établissement par unité fonctionnelle



34

Guide d'entretien de la prise de rendez-vous par les SECRÉTARIATS MÉDICAUX

1. PRÉSENTATION ET OBJET DU RENDEZ-VOUS

Secrétariat médical (SM) : « Bonjour, CH... service X »

Patient : « Je souhaiterais prendre un rendez-vous... »

Pour les ACE - Consultations

SM : « C'est pour quoi ? Avez-vous été orienté par votre médecin traitant ? »

⇒ Si oui, respect du parcours de soins. Le patient est éligible à l'obtention d'un rendez-vous.

⇒ Sinon, le patient est conseillé de passer par son médecin généraliste dans un premier temps.



2. PROCEDURE D'IDENTITOVIGILANCE HABITUELLE

⇒ N.B. : poser des questions ouvertes pour ne pas biaiser les informations collectées :

SM : « Puis-je prendre ... »

« votre nom et prénom »

« (sexe), date de naissance »

« votre adresse postale ? »

« votre numéro de téléphone portable ? »

« êtes-vous suivi par un docteur dans ce service ? » :

- Si oui, attribution du docteur habituel
- Sinon, attribution d'un docteur selon les disponibilités

3. PROPOSITION DE RENDEZ-VOUS

SM : « Voici les créneaux que je vous propose, le JJ/MM à HH/00 ça vous conviendrait ? Ou le ... ? ».

⇒ Le patient choisit et valide le créneau proposé.



4. CONFIRMATION DE RENDEZ-VOUS ET DEMANDES DES PIÈCES À APPORTER

« Vous avez donc un rendez-vous le JJ/MM/AAAA à HH : MM avec le docteur X, vous êtes attendu(e) avec :

- votre carte d'identité,
- votre carte Vitale,
- votre carte mutuelle,
- votre protocole ALD,
- et un moyen de paiement : CB, chèques ou espèces.

Si vous n'avez pas de mutuelle ou que vous n'apportez pas votre justificatif de mutuelle ou de couverture sociale, il est possible qu'un **reste à charge vous soit facturé**



5. ENVOI DE CONFIRMATION ULTÉRIEURE

SM : « Une convocation vous sera envoyée dans les jours qui viennent et un SMS de rappel 48h avant le jour du rendez-vous ».

■ Éléments nouveaux dans la prise de rendez-vous.

Chapitre 2

Solutions apportées par les expérimentateurs face aux difficultés potentielles

Par la suite, des rappels d'informations peuvent être réalisés par sms, mail. La digitalisation offre ainsi d'autres canaux de communication, en lien avec les nouvelles habitudes des patients/usagers.

Divers supports peuvent être utilisés pour faire passer les messages avant l'arrivée du patient au guichet. La présence d'affiches et de flyers dans les halls d'entrée et les endroits d'attente sont des moyens facilement déployables (cf. fig. 15).

Un autre canal qui demeure essentiel est la communication explicative de la part du personnel en face-à-face, à condition que celui-ci se soit bien approprié la démarche et que les informations transmises aux divers points de contact soient identiques. Cela renvoie aux guides d'entretien présentés dans le point communication vis-à-vis du personnel de la chaîne AFR.

Figure 15 : Affiches et flyers





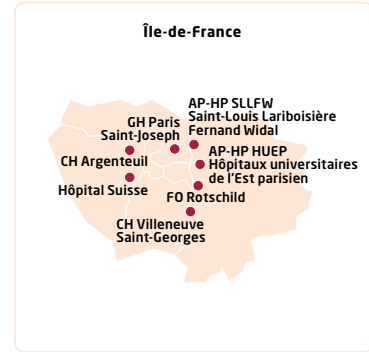
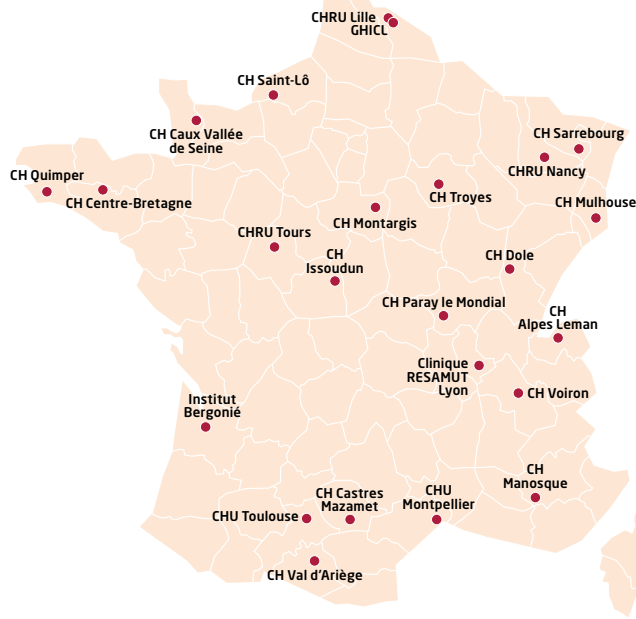
3

Annexes

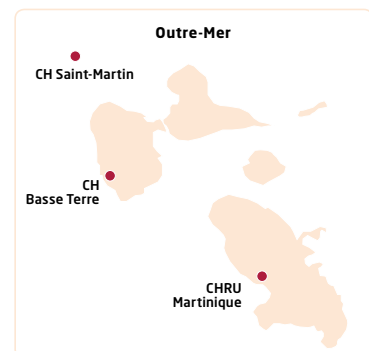
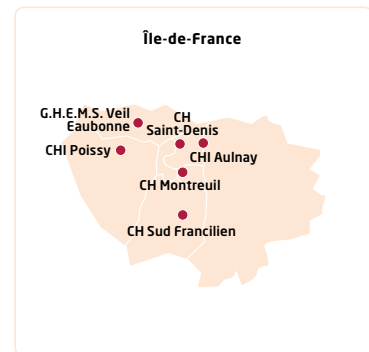
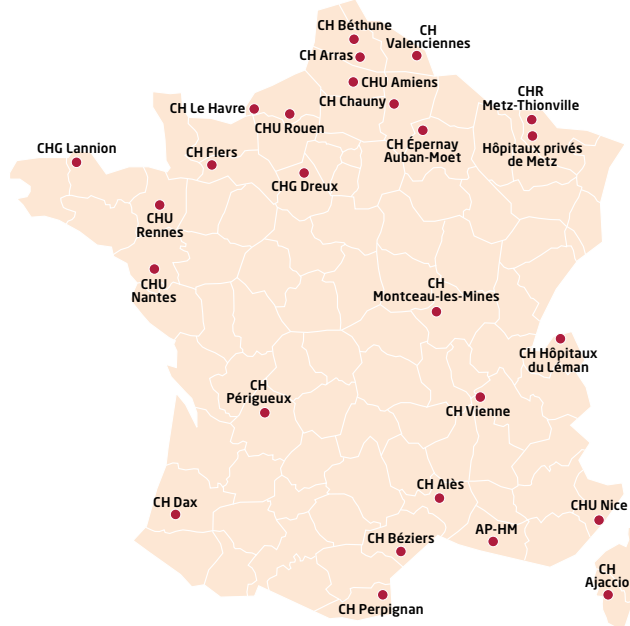
Chapitre 3 Annexes

1. Liste des établissements expérimentateurs

Vague 1



Vague 2



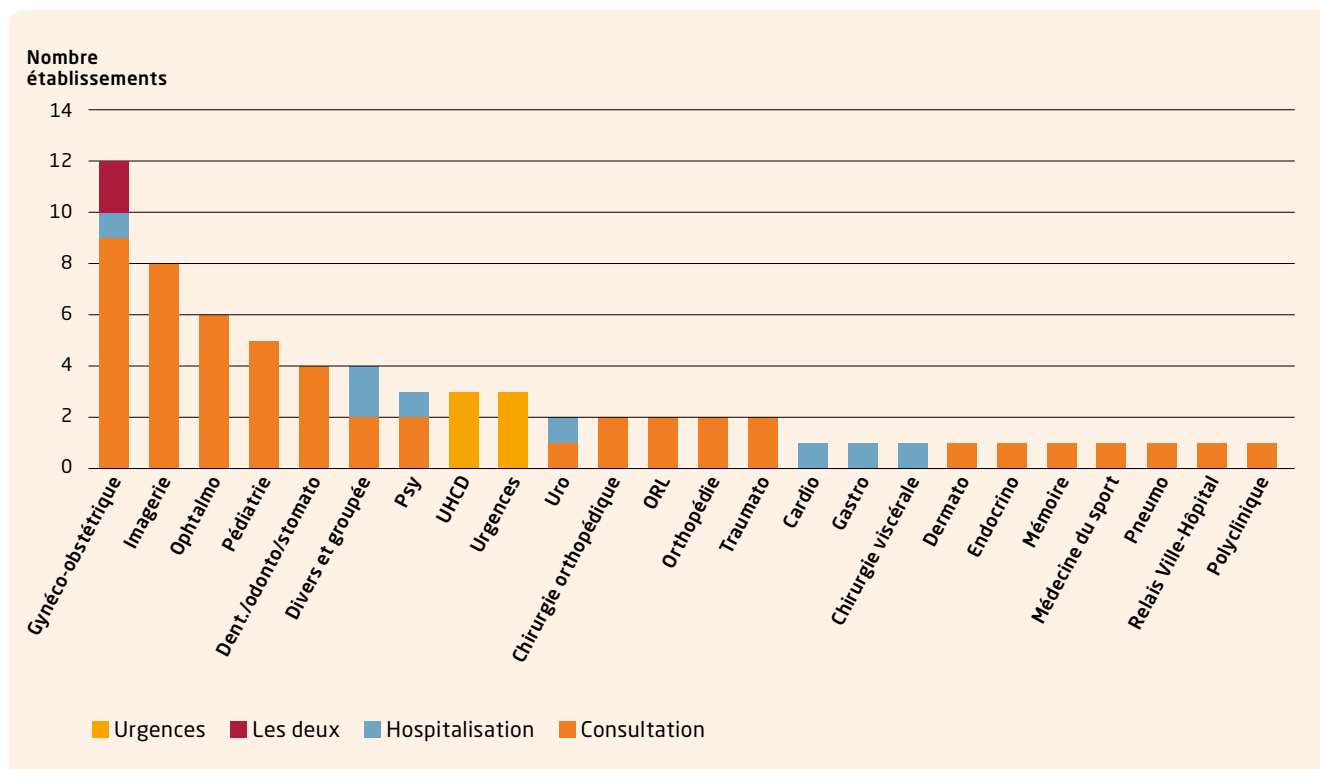
Chapitre 3 Annexes

2. Panorama des services pilotes retenus par les établissements expérimentateurs

Vague 1

Paiement à l'entrée	Paiement à la sortie	Encaissement automatique
1 secteur d'hospitalisation	2 secteurs d'hospitalisation	8 secteurs d'hospitalisation
1 spécialité : polygraphie nocturne	2 spécialités : médecine, obstétrique	6 spécialités de chirurgie
31 secteurs ACE	8 secteurs ACE	22 secteurs ACE
21 spécialités	Quasiment toutes les spécialités	16 spécialités
4 secteurs ambulatoires	1 secteur ambulatoire	2 secteurs ambulatoires
3 spécialités : médecine, chirurgie, ORL	Médecine ambulatoire	Petite chirurgie
2 secteurs d'urgences	1 secteur d'urgences	2 secteurs d'urgences

Vague 2



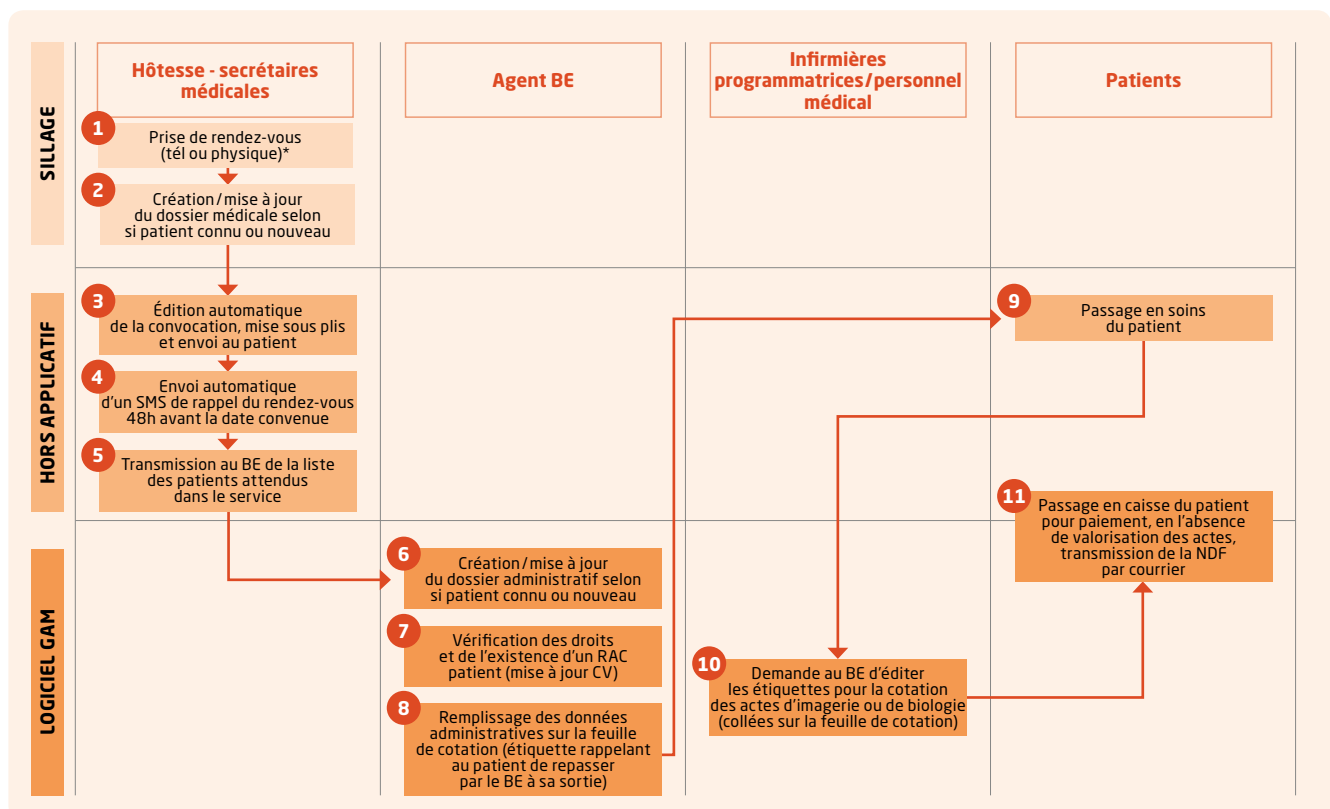
Chapitre 3 Annexes

3. Éléments de bilan - expérimentations 2015

	Paieement à l'entrée	Paieement à la sortie	Encaissement automatique
Les enseignements partagés	<ul style="list-style-type: none"> • Acceptation par les patients des solutions proposées très satisfaisante; • Amélioration du taux de recouvrement dans la plupart des établissements (jusqu'à -62 % du taux d'ASAP); • Faisabilité technique avérée; • Faisabilité réglementaire avérée; • Acceptabilité des agents, même les plus réticents au départ; • Adhésion des équipes sensibilisées au recouvrement, avec simplification avérée des tâches administratives; • L'accompagnement par l'encadrement des agents réfractaires ou peu à l'aise est un facteur de succès majeur. 		
Les enseignements par modalité	<ul style="list-style-type: none"> • Coordination indispensable entre BE, services de soins et secrétariats médicaux pour qualifier les venues. • Nécessité d'une étude du RAC et de la dispersion du RAC à l'activité. • Gains en coût de gestion. • Les patients sont sensibles à la simplification administrative apportée par la solution. • La majorité des établissements ne constatent aucun écart entre le montant réel et le montant facturé • 8 établissements /10 proposent le paiement à l'entrée à tous les patients avec RAC. • La plupart des établissements parviennent à encaisser 100% des montants à l'entrée. 	<ul style="list-style-type: none"> • La solution n'est pas en rupture avec les pratiques courantes. • Plusieurs modèles organisationnels efficaces sont possibles. • Le circuit patient doit être repensé en amont et en aval des soins. • La gestion des ALD peut être un frein. • L'acceptabilité repose sur l'outillage du codage auprès des professionnels de santé et sur l'organisation des secrétariats. • Les interfaces SI ne sont pas toujours performantes entre les outils métiers et les outils de facturation, générant absences d'information pour facturer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dispositif validé au niveau réglementaire. • Importance de la capacité à fournir une fourchette raisonnable des montants à débiteer. • Mise en place d'un compte DFT. • Bonne acceptation des patients reposant sur la capacité de proposer une fourchette raisonnable du montant qui sera débitee. • La qualification des évolutions SI GAP et les coûts correspondant sont à identifier en amont.

39

4. Exemple de modélisation de parcours existant



5. Exemple de plan d'action détaillé

N°	Objectifs opérationnels	Référent action/ chantier	Détails des sous-actions	Contributeurs	Planning
A1	Informé le patient sur le reste à charge	2			
A1.1	Analyser les pratiques existantes		Quelles sont les pratiques actuelles pour les flux physiques? Pour les flux téléphoniques? Quelles informations sont données au patient par oral, sur papier ou sur internet?		
A1.2	Réfléchir au contenu des messages à diffuser				
A1.3	Donner l'information aux patients		Diffuser l'information sur les différents canaux de communications à destination du patient : message vocal sur l'autocom, informations à donner par téléphone, information sur le ticket du flux de file d'attente électronique, information sur le plan de l'hôpital, sur le site internet, diffusion des messages sur les écrans vidéo, les terminaux multimédias des chambres, l'affichage dans les lieux d'attente, flyer sur les plateaux-repas, rappels SMS et rappel par mail, etc.	Service communication, service informatique, admissions	Avril à juin 2016
			Création d'un flyer «le numérique c'est CHIC»	Direction	Septembre 2015
A1.4	Communications extérieures ponctuelles		Journal local par exemple. Attendre les éléments de communication du programme SIMPHONIE au niveau national		
A1.5					
A2	Orienter le patient				
A2.1	État des lieux de la signalétique		Identifier les améliorations possibles, les besoins de clarification des intitulés des panneaux (ex : bureau d'admission = aussi bureau des sorties et caisse?)	Encadrement	Septembre 2015
A2.2	Modification transitoire de la signalétique		Ajouts, suppressions, modifications, agencement des affichages (bien distinguer ce qui relève de la signalétique et ce qui relève d'information)	Encadrement	Septembre 2015
A2.3	Organisation de l'encaissement		Analyse de risque sur les modes de paiement acceptés : faut-il mettre des fonds de caisse dans chaque point de régie? Faut-il encaisser en liquide? Quelles conséquences sur les erreurs de caisse? Quelle est la proportion des paiements en liquide vs paiement en carte bleue?	Encadrement/agents des admissions	Septembre 2015
A2.4	Déterminer les besoins matériels		Équipement de terminaux de paiement, fonds de caisse?	Régisseur/trésorerie	Septembre et octobre 2015
A2.5	Répartition des tâches entre l'accueil administratif et le secrétariat médical		Répartition des tâches, des discours, organisation du circuit de la fiche de circulation	Encadrement/ assistants de gestion/secrétaires référentes	Juillet 2015
A2.6					
A3	Organiser le codage à J0	8			
A3.1	Mise en place des thésaurus sur tous les services (papier)		Poursuivre la réalisation des thésaurus par spécialité	Secrétaires médicales référentes/ médecins/ encadrement SAF	Août et septembre 2015
A3.2	Formaliser le circuit de la fiche de codage		Clarifier le circuit dans une procédure ou un logigramme		
A3.3	Communication auprès des médecins		Communiquer, sensibiliser, informer les professionnels sur la nouvelle procédure	DAF/assistants de gestion/ secrétaires référentes	Septembre 2015



PAIEMENT DE LA PART PATIENT
Expérimentations sur trois modalités en établissement de santé

N°	Objectifs opérationnels	Référent action/ chantier	Détails des sous-actions	Contributeurs	Planning
A3.4	Communication auprès des secrétaires médicales		Communiquer, sensibiliser, informer les professionnels sur la nouvelle procédure	DAF/encadrement SAF	Juillet 2015
A3.5	Contractualisation des objectifs de codage au fil de l'eau		Mettre en place des objectifs dans les contrats de pôle lors de la prochaine contractualisation	Direction	
A3.6	Mettre en place l'informatisation du codage (DPI)		1 ^{er} semestre 2016, dans le cadre de la mise en place du DPI, organiser les nouveaux circuits et formations liés à l'informatisation des thésaurus et de la saisie des actes	DSCIO	Janvier à septembre 2016
A3.7	Création nouveau thésaurus CCAM urgences		Suppression du thésaurus actuel pour mise à jour des actes et facturation inhérente	DIM/pôle urgences/facturation	Septembre et octobre 2015
A3.8					
A4	Formation des personnels				
A4.1	Poursuite du plan de formation (accueil, encaissement, etc.)		Formation annuelle dispensée à tous les agents d'accueil sur les techniques d'accueil et la présentation des factures aux patients à la sortie (réalisée en juin 2015)	Service formation/agents d'accueil	Mai et juin 2016
A4.2	Construire et diffuser des éléments de langage		Établir des groupes de travail pour établir ensemble, de façon homogène sur l'établissement, les éléments de langage qui parlent aux agents et émanent du terrain		
A4.3					
A5	Gouvernance et pilotage				
A5.1	Mettre en place une équipe projet				Juillet 2015
A5.2	Mettre en place une instance de pilotage et planifier le calendrier				Juillet à octobre 2015
A5.3	Définir et suivre des indicateurs en routine		Définir les indicateurs, définir les modes de calculs et définir la valeur initiale. Indicateurs évoqués : • Part des paiements en régie • Part des paiements en carte bleue • Part des actes codés au fil de l'eau		
A5.4	Définir et suivre des indicateurs ponctuels pour le démarrage de l'expérimentation		Part des patients sans moyen de paiement Part des patients ne pouvant payer faute d'acte		
A5.5					
A6	Centraliser les admissions dans le hall d'accueil				Janvier à décembre 2016
A6.1	Définir les plans du nouvel espace			Service technique/direction	Septembre et octobre 2015
A6.2	Définir les besoins en matériel et espace			Encadrement/agents admissions	Octobre 2015
A6.3	Mettre en place un groupe de travail pour assurer le démarrage du projet		• Définir les nouveaux horaires d'accueil • Définir les tâches réalisées en back-office • Revoir les circuits patients • Définir les besoins en régie (un box dédié?, heures d'ouverture?)	5 agents d'accueil + encadrement SAF	Octobre à décembre 2015

Glossaire

Sigle / Acronyme	Libellé
ACE	Actes et consultations externes
AFR	Accueil facturation recouvrement
ALD	Affections de longue durée
AMC	Assurance maladie complémentaire
AMA	Assistant médico-administratif
AMO	Assurance maladie obligatoire
ARS	Agence régionale de santé
BE	Bureau des entrées
CB	Carte bancaire
CDR	Consultation des droits
CDRi	Consultation des droits intégrée
CH	Centre hospitalier
CHI	Centre hospitalier intercommunal
CHU	Centre hospitalier universitaire
CME	Commission médicale d'établissement
DAF	Directeur administratif et financier - Direction des affaires financières
DFT	Dépôt de fonds au trésor
DGFIP	Direction générale des finances publiques
DGOS	Direction générale de l'offre de soins (pilote le projet national SIMPHONIE)
DIAPASON	Débit intervenant après le parcours de soins
DIM	Département d'information médicale
DITP	Direction interministérielle de la transformation publique
DSI	Direction des systèmes d'information
EA-DC	Encaissement automatique par débit carte
EPS	Établissement public de santé
ES	Établissement de santé
GAP	Logiciel de gestion administrative des malades
GAP	Logiciel de gestion administrative du patient
GH	Groupe hospitalier
ORL	Otho-rhino laryngologie
PE	Paieement à l'entrée
PS	Paieement à la sortie
RAC	Reste à charge
RAR	Reste à recouvrer
SGMAP	Secrétariat général de la modernisation de l'action publique
SIMPHONIE	Programme de simplification du parcours administratif hospitalier du patient et numérisation des informations échangées
SIMPHONIE	Titre payable par internet
TP	Trésor public
TPE	Terminal de paieement électronique
UF	Unité fonctionnelle (découpage en structures de l'établissement)
UHCD	Unité d'hospitalisation de courte durée

Remerciements

L'ensemble des documents qui ont permis d'établir la présente publication proviennent de la DGOS et de la DITP.

Nous remercions vivement l'ensemble des participants aux expérimentations :

Auvergne-Rhône-Alpes

- ▶ CH Lucien Husel (Vienne), vague 2
- ▶ CHI Les Hôpitaux du Léman, vague 2

Bourgogne Franche-Comté

- ▶ CH de Paray-le-Monial, vague 1
- ▶ CH Montceau Les Mines, vague 2
- ▶ CH Dole, vague 1

Bretagne

- ▶ CH Centre Bretagne (Pontivy), vague 1
- ▶ CHI Cornouaille (Quimper), vague 1
- ▶ CH de Lannion - Trestel, vague 2
- ▶ CHU Rennes, vague 2

Centre-Val de Loire

- ▶ CHU Tours, vague 1
- ▶ CH Issoudun, vague 1
- ▶ CH Montargis, vague 1
- ▶ CH Dreux, vague 2

Corse

- ▶ CH Ajaccio, vague 2

Grand Est

- ▶ CH Mulhouse, vague 1
- ▶ CH Troyes, vague 1
- ▶ CH Sarrebourg, vague 1
- ▶ CHRU Nancy, vague 1
- ▶ CH Auban-Moët, vague 2
- ▶ Hôpitaux privés de Metz, vague 2
- ▶ CHR Metz-Thionville - Hôpital de Mercy, vague 2

Guadeloupe

- ▶ CH Basse-Terre, vague 2
- ▶ CH Louis Constant Fleming (Saint Martin), vague 2

Hauts-de-France

- ▶ CHU Lille, vague 1
- ▶ GH Institut Catholique de Lille, vague 1
- ▶ CH Arras, vague 2
- ▶ CH Chauny, vague 2
- ▶ CH Valenciennes, vague 2
- ▶ CHU Amiens Picardie, vague 2
- ▶ CH Béthune, vague 2

Île-de-France

- ▶ CH Villeneuve Saint Georges, vague 1
- ▶ FO Rothschild, vague 1
- ▶ GH Paris St Joseph, vague 1
- ▶ Hôpital Suisse de Paris, vague 1
- ▶ AP-HP St Louis-Lariboisière-F.Widal, vague 1
- ▶ AP-HP Est Parisien, vague 1
- ▶ CH Argenteuil, vague 1
- ▶ CH Poissy-Saint-Germain-en-Laye, vague 2
- ▶ CHI Robert Ballanger (Aulnay), vague 2
- ▶ CHI André Grégoire (Montreuil), vague 2
- ▶ CH Saint-Denis, vague 2
- ▶ Hôpital Simone Veil (Eaubonne), vague 2
- ▶ CH Sud Francilien (Corbeil Essonnes), vague 2

Martinique

- ▶ CHU Martinique, vague 2

Normandie

- ▶ CH Saint-Lô, vague 1
- ▶ CHI Caux Vallée de Seine, vague 1
- ▶ CHU de Rouen, vague 2
- ▶ GH du Havre, vague 2
- ▶ CH J. Monod (Flers), vague 2

Nouvelle-Aquitaine

- ▶ Institut Bergoni, vague 1
- ▶ CH Dax, vague 2
- ▶ CH Périgueux, vague 2

Occitanie

- ▶ CHU Montpellier, vague 1
- ▶ CH Val d'Ariège, vague 1
- ▶ CHU Toulouse, vague 1
- ▶ CHIC Castres-Mazamet, vague 1
- ▶ CH Béziers, vague 2
- ▶ CH Perpignan, vague 2
- ▶ CH Ales-Cévennes, vague 2

Pays de Loire

- ▶ CHU Nantes, vague 2

Provence-Alpes-Côte d'Azur

- ▶ CH Manosque, vague 1
- ▶ CH Alpes Lemans, vague 1
- ▶ Clinique mutualiste de Lyon Resamut, vague 1
- ▶ CH Voiron, vague 1
- ▶ CHU de Nice, vague 2
- ▶ APHM, vague 2



AUTEURES DE LA PUBLICATION :

Pauline Jaouannet, ANAP
Sylvie Cottin, ANAP





Mentions légales

Financement : les contenus publiés par l'ANAP sont le résultat du travail de ses salariés et de sociétés de conseil dont les prestations sont exécutées dans le cadre de marchés publics et financées par le budget de l'ANAP. Conflits d'intérêts : les contenus et conclusions de l'ANAP sont indépendants de toute relation commerciale. L'ANAP n'approuve ni ne recommande aucun produit, procédé ou service commercial particulier. Usage : l'ANAP garantit la validité des informations à la date de leur publication. Les contenus sujets à évolution particulière sont susceptibles d'être actualisés. Propriété intellectuelle : les contenus sont la propriété intellectuelle de l'ANAP. Toute utilisation à caractère commercial est formellement interdite. Toute utilisation ou reproduction même partielle doit mentionner impérativement : « Paiement de la part patient - Expérimentations sur trois modalités en établissement de santé © ANAP 2018 » et respecter l'intégrité du contenu.



Conception et réalisation : Agence Efil 02 47 47 03 20 - www.efil.fr
Crédit photos : ANAP, Droits réservés (DR)
Imprimé sur papier PEFC
Juin 2018

Les recettes liées au reste à charge patient représentent un enjeu financier significatif pour les établissements de santé.

Basé sur le retour d'expériences de soixante-quatre établissements, le présent document décrit la méthodologie et livre les facteurs clés de succès de la mise en œuvre de trois modalités : paiement à l'entrée, à la sortie et Encaissement automatique par débit carte (EADC).

