

31 Octobre - 16 Janvier, 4 réunions (...et mails nombreux)

Direction du service au patient : H Joseph-Antoine, A Sutter,
Z Djenadi

Direction des Finances : AC Gritton, R Sicard, D Manac'h,

Direction des soins : R Vasseur, M Massiani

Sous-commission Activités ressources la CME : A Gervais, C Richard

Sous-commission Structures de la CME : G Chéron

Groupe Hospitalité de la CME : G Reach

Clin central : S Fournier

Mission des relations avec les associations de patients et d'usagers.

HAS : A Biosse Duplan

Prise en charge des patients non assurés sociaux à l'APHP

1/ Assurance maladie d'autres pays (UE, EEE, Suisse et Algérie)

→ 26,8 M€

2/ Organismes ou gouvernements étrangers, conventions avec l'AP-HP (Maroc, Sénégal, Côte d'Ivoire, Mauritanie, Arabie Saoudite)

→ 11,6 M€

3/ Organismes publics ou privés (accords généraux ou accords patient par patient) : ambassades, compagnies d'assurance, entreprises privées.

→ 22,6 M€

4/ Personnes démunies en situation irrégulière, bénéficiaires de l'AME ou des soins urgents pris en charge par crédits Etat

→ 146,2 M€

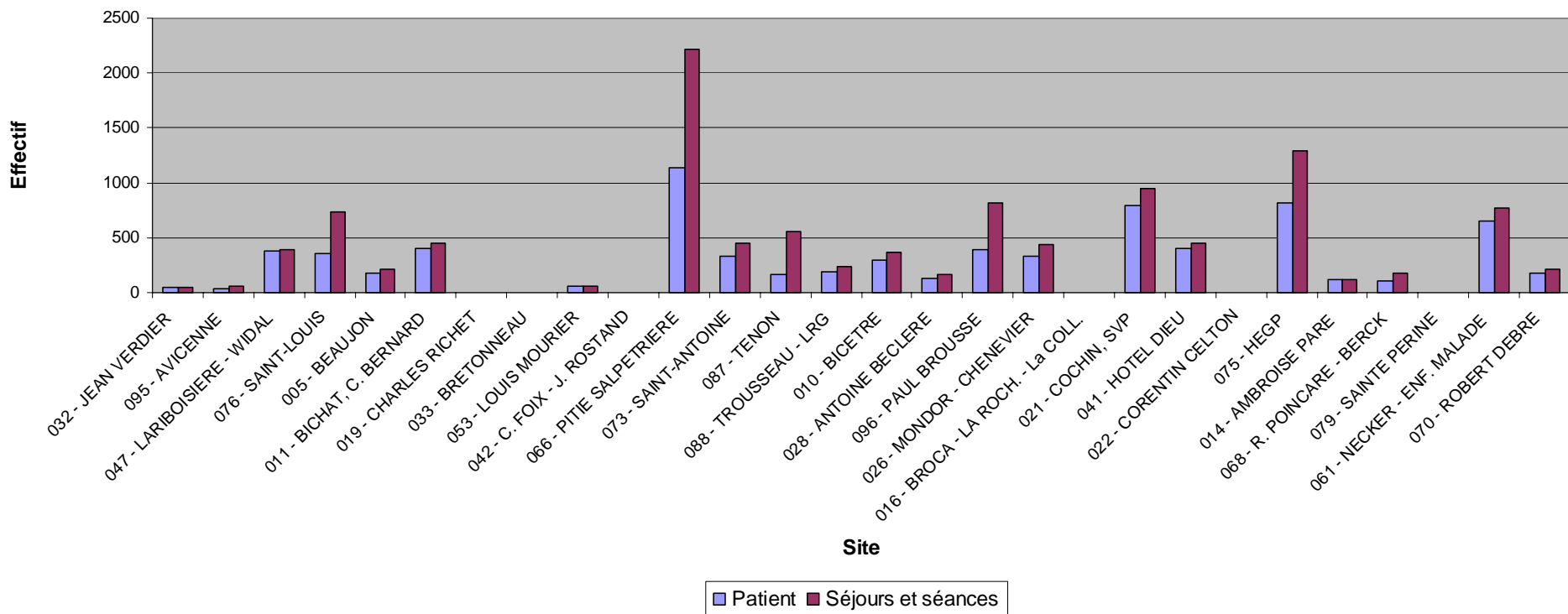
5/ Patients payants eux-mêmes leurs soins (fonds propres)

→ (Tarif Journalier + Forfait Journalier) x Durée Séjour

Total hors AME ou soins urgents : 60 M € (3,7 G€ pour AM)

Constats (1)

Répartition des patients et séjours étrangers par site en 2011



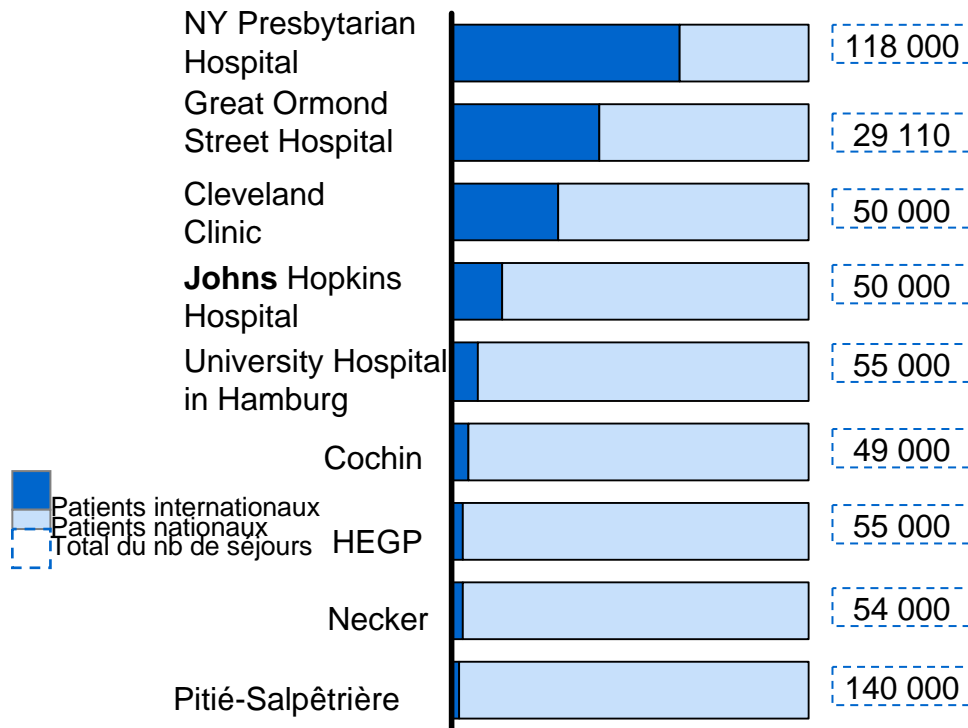
Constats (2)

1/ faible part (19 000 dont 7500/ 600 000)

2/ faible tarification

Part d'hospitalisation de patients internationaux dans de grandes institutions internationales et dans des hôpitaux de l'AP-HP

Pourcentage de séjours en hospitalisation complète, 2010



Réévaluation des tarifs

1/ Patients payants (fonds propres ou assurances privées et renégociation des conventions)

(Tarif Journalier x 130% + Forfait Journalier + Ch seule) x Durée Séjour + MO + DIM

...consultations, télémedecine...

Valider les exceptions (admissions en non valeur)

Enjeux et périmètre du programme

- Programme destiné à structurer et développer accueil patients étrangers non résidents payants (Etat des lieux et préconisations fin 2011)
 - Signature 1^{ère} convention été 2012
 - Travail de co-construction avec commission CME sur le process d'accueil patients

ENJEUX

1. Médicaux
 1. Rayonnement de la médecine de l'AP-HP
2. Qualité /Image
 1. Maîtriser, mettre en qualité procédures a l'AP-HP
3. Financiers
 1. Sécurisation paiement des soins
 2. Diminution des impayés (non valeurs)
 3. Augmentation des recettes (marge)
 4. Augmentation part des recettes concernées par la redistribution aux sites (intéressement)

PERIMETRE ETUDIE AVEC COMMISSION CME A DATE

1. Consultations externes *
1. Hospitalisations *
 1. Complètes
 2. Partielles

GLOBEMED

- **TPI « third party administrator »: gestion de programmes de couverture santé (depuis 20 ans)**
- **350 salariés**
- **2, 5 millions d'assurés**
- **80 clients (compagnies d'assurance, caisses sécurités sociales, fonds de pension sociale, caisses mutuelles, groupes d'auto assurés, entreprises)**
- **Présent dans 11 pays (Golfe, Afrique)**
- **34% d'hospitalisations programmées en 2011**
- **fournisseurs soins**
 - Liban
 - USA
 - Angleterre
 - France (30 dossiers en 2011: cliniques privées)

Parcours patients non assurés sociaux 100% payants

■ Réception du dossier médical

- Système sécurisé

■ Orientation des demandes

- Demande précise du patient
- Aucune orientation
 - Envoie vers plusieurs praticiens (volontaires) de la discipline
 - Collégiales

■ Modalités tarification (devis systématique)

- Tarification spécifique (130%)
- Revalorisation consultations externes

■ Organisation logistique

- Accueil sur le sol français, traduction documents médicaux

■ Admission et séjour

- Pré admission
- Devis pour prolongation

■ Sortie, pré requis pour facturation et recouvrement

Problèmes identifiés (1)

1/ Microbiologiques

bactéries hautement pathogènes...chambre seule...risque de surcoût

2/ Alea thérapeutique, Confidentialité (DAJ)

Problèmes identifiés (2)

3/ Organisationnel

- **Disponibilité en chambres seules : tous les sites ou tous les services ne pourront être concernés.**
- **L'accueil des patients usuels se présentant en urgence ne doit pas être entravé**
- **Des structures dédiées sont incompatibles avec les missions de l'APHP**...ce d'autant que l'activité doit se développer à « iso-ressource et iso-organisation ». Le développement de ce projet ne peut donner lieu au « prélèvement de ressources ».



**Eviter une
« spécialisation »
de service ou de
site.**



Problèmes identifiés (3)

→ 4/ Excédent de la tarification doit être « tracée »

Des services, bénéficiant déjà de chambres seules, ayant une part d'activité programmée, souvent complexe mais moins difficile à gérer au plan des organisations que l'activité d'urgences, consacrant une part de leur activité aux « patients GlobeMed » ne peuvent être incités à amplifier cette activité au détriment des autres patients (et des autres services).

Tous les services d'un site permettront que cette activité se développe

...? PRINCIPE DE LA REAFFECTATION DES RECETTES ?

La réévaluation de la tarification est souhaitable

(Tarif Journalier x 130% + Forfait Journalier + Ch seule)

x Durée Séjour

+ MO + DIM

Principes Ethiques → le même soin et le même accès pour tous

Un suivi strict sous l'autorité de la CME du projet GlobeMed est lui indispensable. Une évaluation semestrielle devra pouvoir être présentée en CME par la DD.