

## CR sous commission finances de la CME du 5 février 2013

Membres CME : G Benoit, C Boileau, A Buisine, A Gervais, M Marchand, V Perut, C Richard, G Sebag  
Defip : L Bernard, C Chevrier, A-C Gritton, D Manach

DPM : D Le Stum,

DIA : F Veber

DIM : N Taright

DSPC : Z Djenadi, H Joseph-Antoine

Membres CMEL : B Le Dastumer

### **Présentation de l'amélioration de la facturation et du recouvrement** (AC Gritton, diaporama en ligne)

Il existait en 2011 une perte de 33 millions d'euros sur les soins externes par facturation tardive, facturation erronée des actes, sous facturation des C2, C3, saisie trop tardive des actes de plus de 120 euros exonérant du reste à charge, mauvais adressage ...

Un travail a été mené par la Defip pour identifier les causes de dysfonctionnements et les voies d'amélioration. Il y a trop de personnes recevant les patients, peu de saisie des actes en temps réel, pas assez de préadmission pour les hospitalisations. Un meilleur recouvrement est important non seulement pour les finances de l'AP mais aussi car le délai de forclusion vis à vis de la sécu est ramené à 12 mois.

L'admission en non valeur est réalisée au bout d'un délai de plusieurs années (4 à 5 ans). Aucune poursuite n'est réalisée à moins de 30 euros.

En 2012 38 millions ont été proposés en admission en non valeur.

Il existe de surcroît un retard lors de la révision de la nomenclature dans la mise à jour de Gilda. (il faut en général 3 semaines). L'AP essaye d'obtenir de l'assurance maladie les tarifs pour être prête au jour J de l'introduction des nouveaux tarifs mais ce n'est souvent pas possible. A noter que certaines révisions concernent les médecins libéraux et qu'il faut attendre l'autorisation de la CNAM pour obtenir le droit d'appliquer ces tarifs à l'hôpital.

En 2012, une amélioration de la facturation des frais de séjour a été obtenue : les créances non facturables sont passées de 1.17% en 2011 (75,8 millions) à 0.65% soit 47,7 millions.

Les voies d'amélioration sont :

Définitions de circuit pour les patients, de préférence impliquant le moins de personnes donc a priori d'abord les soignants au contact des patients.

Saisie des actes en temps réel

Généralisation de la préadmission

Professionnalisation des équipes de facturation.

Chaque GH doit se saisir de cette problématique.

Il est signalé par les pharmaciens : le décalage de 24h existant lors de la délivrance du médicament, forçant à une saisie différée, le manque de lecteurs de carte vitale dans les services médico-techniques (radiologie).

### **Présentation de l'accueil des patients non assurés sociaux hors AME et soins urgents** (Z

Djenadi et A Gervais, cf diaporama cme du 12). Le groupe de travail sur ce thème a réuni, des membres de la CME, de la Defip, de la DSPC un membre de l'HAS chargé de la relation avec les patients. Le consensus s'est dégagé sur , le principe de l'accueil des patients : il repose sur l'égalité d'accès et de traitement quelle que soit l'origine des patients, sans aucune distinction liée à leur prise en charge financière.

Les tarifs d'hospitalisation actuels, comparativement aux hôpitaux étrangers, sont très bas et souvent déconnectés des coûts réels, ils méritent une réévaluation quand cela est possible.

Le projet est d'appliquer un tarif journalier x 130% avec facturation en sus du forfait hôtelier, avec en sus facturation des molécules onéreuses et des dispositifs implantables pour les patients non couverts par les organismes de sécurité sociale à l'APHP hors AME et soins urgents et n'ayant aucune contribution fiscale ou sociale au système de soin français..

La mise sur pied d'une filière d'accès par convention avec GlobeMed est décrite, elle suppose l'accord avec des services d'accueil, elle est décrite dans le document joint à la présentation de la CME du 12 février.

Sur le principe, l'APHP a intérêt à voir se développer une telle filière, pour des raisons financières (facturation plus équitable et facilité de recouvrement des factures) et pour sa réputation internationale. Néanmoins 4 obstacles sont identifiés : 1/ risque microbiologique : ( dépistages des germes hautement pathogènes pour des patients ayant déjà séjourné à l'étranger dans des établissements sanitaires), 2/ médico-légal (gestion des contentieux, respect de la confidentialité), 3/ organisationnel : incitation au développement d'une filière dédiée au détriment des patients de la filière d'hospitalisation usuelle, 4/ financier (éventuel coût de la prise en charge des patients porteurs de germes hautement pathogènes, coût de l'«alea thérapeutique », ...traçabilité et redistribution de la marge financière dégagée), il est donc proposé suivi strict sous l'autorité de la CME : évaluation semestrielle et des principes redistributifs des recettes.

Une discussion sémantique et de fond (intéressement versus redistribution) a lieu : la redistribution ne doit pas favoriser le service prestataire des soins au risque de l'inciter à amplifier cette activité au détriment des autres patients et potentiellement des autres services qui eux ne bénéficient pas de chambres seules, ou n'ont pas d'activités programmées (mais se consacrent à l'activité d'urgences). L'intéressement est une incitation à se réorganiser pour accueillir plus de patients, ce pourrait risquer de se faire au détriment des urgences.

Il est discuté des risques de comportement non éthiques (dépassement de DMS refusé par GlobeMed ou nécessitant des renégociations du devis, réévaluation peropératoire...). L'éthique médicale doit prévaloir sur les négociations financières. A la question des l'activité de greffes, il est répondu que ce point particulier n'a pas été abordé dans la convention. Par ailleurs aucune filière vers les SSR en post opératoire n'a été discutée avec GlobeMed. Enfin il est demandé une évaluation des recettes qui seraient obtenues si les patients étaient reçus au tarif sécu (GHS), versus les recettes avec la surfacturation au TJP. En l'absence de données une évaluation prospective doit être menée avec la collaboration Defip/DIM.

**Présentation recettes de la facturation des chambres individuelles** (L Bernard, Diaporama en ligne). Cette facturation spécifique a permis de dégager 4 millions 300 000 euros en 2012, les recettes ont été multipliées par 4 entre 2011 et 2012. 6 sites réalisent 50% des recettes. Les recettes sont accrues depuis la mise en place d'une procédure simplifiée de facturation dans Gilda. L'objectif dans l'EPRD 2013 est de 10 millions. 50 % de la recette est réaffectée au GH en crédits de travaux.

Sur les 4,3 millions de recettes, 293000 euros ont été affectés à l'installation de « bornes d'orientation » dans les GH (40 bornes installées dans les sites). Ce montant est un forfait annuel d'installation et d'entretien. Les membres de la CAR signalent que la borne d'orientation n'est pas ce que eux qualifient d'amélioration de l'accueil de patients hospitalisés parfois dans des conditions vétustes voire insalubres.