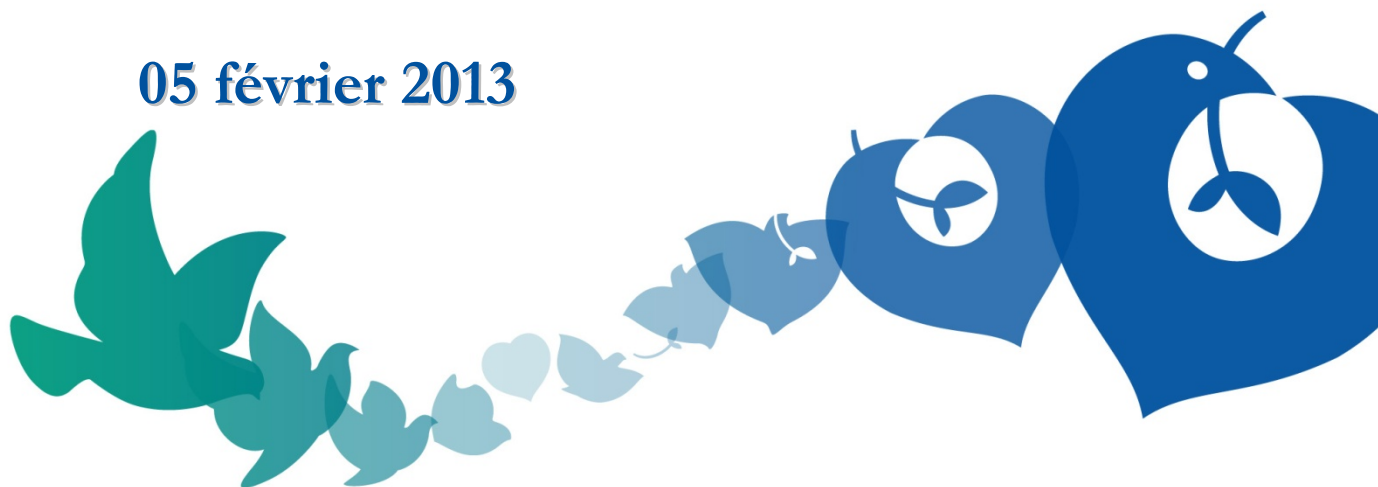


PRESENTATION PROJET AMELIORATION de la FACTURATION

Commission Activité Ressources

05 février 2013



Plan de la présentation

- I. Des problèmes récurrents de valorisation de l'activité
- II. Les travaux du groupe projet pluridisciplinaire
- III. Des préconisations à appliquer

Constat : des problèmes récurrents de valorisation de l'activité

■ Une sous facturation : environ 33 millions d'€ sur les soins externes

- Cotation incomplète des actes et prestations
 - Oublis d'actes, des avis ponctuels de spécialistes, des majoration :
 - Avis ponctuels de spécialistes = - de 10% des consultations externes de l'AP-HP!
- Cotation trop tardive
 - Les actes ne peuvent plus être intégrés au logiciel de facturation (« GILDA ») s'ils sont saisis trop tardivement
 - Perte sèche de recettes

■ Une facturation initiale erronée : 23% d'annulations de T2

- Pas de vérification des droits du patient avant les soins:
 - facture de la totalité des frais envoyée au patient, en attente des pièces justificatives
- Saisie tardive des actes exonérant le patient de son reste à charge (acte > 120€)
- Information tardive sur l'ALD (prise en charge à 100% par la sécurité sociale)
 - Le patient reçoit une facture.
 - **30% des annulations** se font pour ce motif : perte de temps et mécontentement

Constat: des problèmes récurrents de valorisation de l'activité

■ Une facturation mal adressée

- L'identité, l'adresse et les débiteurs du patient ne sont pas demandés à la prise de rendez-vous ni vérifiés systématiquement à l'arrivée du patient
 - **15% de nos factures** reviennent pour erreur d'adresse

■ Une facturation trop lente et trop tardive

- Traiter des dossiers incomplets prend beaucoup de temps de recherche: productivité faible
- Délai moyen de facturation entre 3 et 6 mois selon les sites en 2011
 - Actuellement encore 2,5 millions d'€ de recettes soins externes en attente de facturation et 9,5 millions d'€ de créances d'hospitalisation dont le débiteur n'est pas connu
 - 66% seulement de taux de recouvrement sur particuliers et organismes

L'analyse des causes de ces dysfonctionnements

■ Pas de circuit patient défini pour les soins externes

- Différent selon les établissements mais aussi selon les services au sein du même établissement
- Absence de norme et de systématisation des processus
- Trop de point d'accueil et d'acteurs dans la chaîne de prise en charge
 - Absence de responsabilité collective sur la phase d'accueil du patient
 - Trop d'interlocuteurs et de temps d'attente pour le patients
 - Parfois 3 interlocuteurs différents en plus du médecins

■ Pas assez d'anticipation de la venue des patients en hospitalisation

- La pré admission n'est pas généralisée
- Le patient est admis sans avoir donné ses papiers (débiteurs), son adresse

■ Pas de saisie de l'activité en temps réel

- Encaissement au comptant soit impossible soit partiel
- Perte d'exhaustivité

➔ Objectif : avoir le maximum d'informations sécurisées en amont du soin

Constat: dans un contexte de moins en moins favorable

→ Ces questions deviennent majeures car l'AP-HP connaît :

- Des problèmes budgétaires
 - Il faudrait facturer la totalité de l'activité produite
 - Pour améliorer le résultat de l'AP-HP
 - Pour financer les investissements
 - Pour limiter l'endettement
- Des besoins croissants de Trésorerie quand l'accès au crédit se restreint
 - Il faudrait facturer mieux et plus vite qu'actuellement
- De nouvelles contraintes sur les modalités de facturation :
 - 12 mois pour facturer après la date des soins, même en cas de contestation des refus de paiement de l'assurance maladie
 - Facturer juste dès le 1^{er} envoi de facture, faute de quoi il faudra annuler et réémettre (dans le cadre de la mise en place de la Facturation directe à l'Assurance maladie FIDES)

Action: mise en place d'un projet prioritaire sur la facturation

- **Constitution d'un groupe projet pluridisciplinaire**
- **Qui a décrit et analysé les processus de facturation existants**
- **Qui a élaboré avec les unités de soins de nouveaux circuits patients**
- **Qui en a testé la pertinence au sein de service pilote**
 - Dermatologie TE Mondor
 - Médecine interne HC HJ Mondor
 - Orthopédie TE et hospi Bicêtre
- **Qui a défini des circuits type**
- **Et sensibilisé les directeurs financiers, les équipes de facturation et les services de soins pilotes**
- **Et rappelé les bonnes pratiques de facturation**

Actions : des améliorations

■ Des améliorations:

- Une facturation des frais de séjour plus complète
 - Créances non imputées = non facturables car débiteur non précisé
 - 2011 = 1,17% de la créance théorique soit **75,8 millions €**
 - 2012 = 0,65% soit **47,7 millions €**

Actions : des améliorations

■ Des améliorations:

- Une facturation des soins externes plus rapide :

Situation au 31 DECEMBRE 2012 (extraction Bessières du 2 janvier 2013)				
Période	Venues en externe non facturées ¹	Venues en externe facturées ¹	% de venues en externe non facturées	% de venues en externe non facturées Total AP-HP
2010	69 150	8 217 106	0,8%	0,8%
2011	93 109	8 400 362	1,1%	1,1%
2012	553 844	7 921 774	6,5%	6,5%
TOTAL	716 103	24 539 242	2,8%	2,8%

Situation au 15 DEC 2011				
Période	Venues en externe non facturées ¹	Venues en externe facturées ¹	% de venues en externe non facturées	% de venues en externe non facturées Total AP-HP
2009	92 118	7 817 088	1,2%	1,2%
2010	178 134	8 362 268	2,1%	2,1%
2011	1 115 519	7 145 223	13,5%	13,5%
TOTAL	1 385 771	23 324 579	5,6%	5,6%

Actions : des améliorations

■ Des améliorations:

- Une meilleure facturation des avis ponctuels :

Suivi de l'exhaustivité du codage	Nombre NGAP			Evolution en %	
	2010	2011	2012	2010/2011	2011/2012
C2	179 738	206 500	240 836	14,9%	16,6%
C3	104 776	124 707	139 424	19,0%	11,8%
C2,5	14 120	20 028	23 669	41,8%	18,2%
Total	801 154	903 102	1 112 034	12,7%	23,1%

Des préconisations à appliquer pour permettre la sécurisation des données au plus tôt

- **1 – Définir un circuit pour les patients externes, par établissement**
 - **Modèle Mondor : accueil par les soignants dans le service de soins, avant les soins**
 - Le patient a un point unique d'accueil : la consultation
 - Il est directement accueilli par l'unité de soins qui recueille identité, adresse, débiteurs
 - Le codage est fait en temps réel, le patient peut payer après les soins, le cas échéant
 - Si non, les Traitements externes facturent à J+1 sur la base des données actualisées par l'unité de soins

 - **Modèle Necker : accueil unique par les TE avant les soins**
 - Le nombre de points d'accueil est limité à deux entrées
 - L'accueil est réalisé par les administratifs qui valident la venue dans Agenda et recueillent les données du patient
 - Avec l'accord des soignants, pas d'accès aux soins sans passage par l'accueil

- **2 - Etendre la pratique de saisie en temps réel des actes et prestations**
 - Pas plus de temps pour saisir dans GILDA que pour écrire sur la feuille de circulation
 - Plus de recettes : meilleures exhaustivité et fiabilité des donnés

Des préconisations à appliquer pour permettre la sécurisation des données au plus tôt

■ 3 - Généraliser les pré admissions

- La préadmission est expliquée au patient dès la consultation
- Les données sont collectées en amont de l'hospitalisation, par fax, mail ou courrier
- Le jour de son hospitalisation, le patient n'a pas à repasser par les admissions
 - Pas de retard au bloc ou dans l'unité de soins
- La facturation après la sortie est plus rapide

■ 4 - Professionnaliser le travail des équipes de facturation

- Utilisation systématique des consignes et des bonnes pratiques
- Vérification au fil de l'eau des indicateurs de mauvaise facturation
 - Reprise des dossiers de manière régulière
- Vérification systématique de l'existence de droits dans l'outil CDR avant de facturer au patient