

Mission d'information sur l'accueil des patients non assurés sociaux et examen du projet GlobeMed

Document présenté à la CME du 12 02

Elaboré par

la Direction du développement : H Joseph-Antoine, A Sutter, S FERIAUT, Z Djenadi

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

la Direction des soins : R Vasseur, M Massiani

la Commission activités ressources la CME : A Gervais, C Richard

la Commission des structures de la CME : G Chéron

le 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

Contexte

L'AP-HP a signé un partenariat avec la compagnie GlobMed. Cette compagnie, dont le siège est basé à Beyrouth (Liban), couvre actuellement 11 pays, situés principalement au Proche et Moyen Orient. Cet accord prévoit la prise en charge de patients étrangers non résidents en France souhaitant bénéficier de soins à l'AP-HP, selon des modalités garantissant la qualité de la prise en charge et du recouvrement. La communication aux médias de cette information en Juillet 2012 a suscité la réprobation de la Commission Médicale d'Établissement. Les personnels médicaux et non médicaux n'ayant pas été associés à l'élaboration de ce nouveau projet de soin, ont signalé leur crainte de voir se développer une filière « de luxe » au détriment de la bonne prise en charge des patients usuels. Afin d'analyser le projet, le Président de la CME a chargé la sous-commission des finances de la CME de « mener la réflexion de la CME sur l'accueil de patients étrangers payants dans nos hôpitaux », en collaboration avec la direction du développement à l'origine du projet, et d'en faire rapport pour fin janvier 2013.

Du 31 Octobre au 16 Janvier, 4 réunions ont permis de réunir les éléments avec la participation de

la Direction du développement : H Joseph-Antoine, A Sutter, S Feriaut, Z Djenadi

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

la Direction des soins : R Vasseur, M Massiani

la Commission activités ressources la CME : A Gervais, C Richard

la Commission des structures de la CME : G Chéron

le groupe Hospitalité de la CME : G Reach

Clin central : S Fournier

Mission des relations avec les associations de patients et d'utilisateurs. HAS : A Biosse Duplan

I Etat des lieux, accueil des patients non assurés sociaux à l'APHP

L'APHP accueille des patients pris en charge ou non par la sécurité sociale :

En 2011, sur 605 000 patients accueillis en hospitalisation à l'AP-HP, 94 % étaient pris en charge par l'assurance maladie. Parmi les séjours des patients non assurés sociaux, 20 447 relevaient de l'AME, 1 115 des soins urgents, 19 025 étaient 100 % payants, 3 049 relevaient des conventions internationales, 17 850 relevaient d'une autre situation.

Au sein de ces patients non assurés sociaux, 7 500 patients étaient des patients étrangers (ne résidant pas en France) générant 11 200 séjours (6 418 en hospitalisation complète, 4 700 en hospitalisation partielle).

Ces séjours de patients étrangers faisaient suite dans 32 % des cas à un passage aux urgences (répartition identique aux hospitalisations à l'AP-HP)

1/ Pays d'origine des patients payants

Près de la moitié des patients internationaux 100% payants sont originaires Proche Orient et du Maghreb. L'Afrique Sub-Saharienne et l'Europe suivent à environ dix points d'écart. Les proportions sont identiques pour les recettes générées.

Au total 88% des hospitalisations de patients internationaux 100% payants sont issus du Proche Orient/Maghreb, Europe et Afrique Sub-Saharienne.

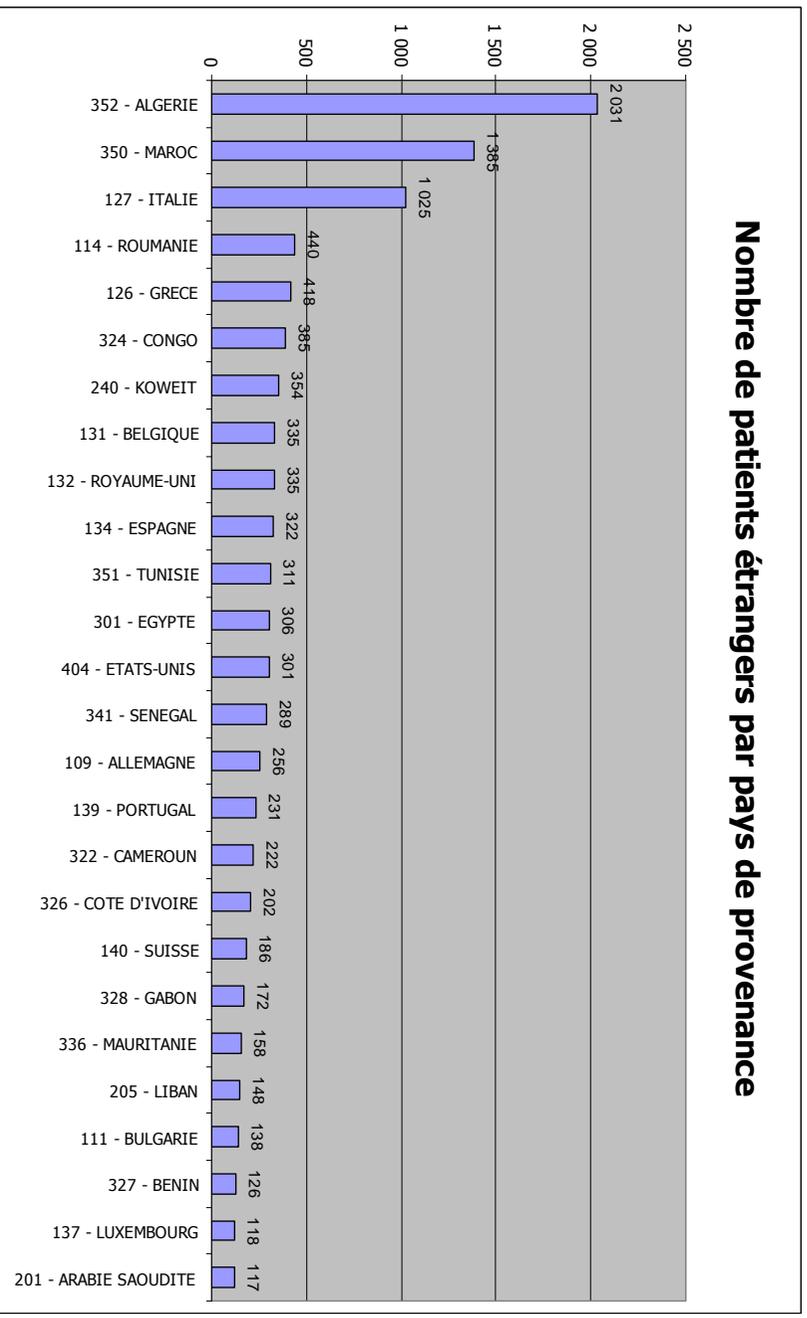
Focus sur les 2300¹ séjours d'hospitalisation de patients étrangers individuels ou pris en charge par un organisme étranger en 2010

Hôpitaux	Proche Orient et Maghreb	Afrique Sub-Saharienne	Europe ²	Moyen Orient	Amérique du Nord	Asie	Amérique du Sud et centrale	Grand Total
Pitié Salpêtrière	196	134	46	29	15	10	1	432
HEGP	156	89	34	14	9	19	4	327
Cochin - SVP	128	56	41	10	16	7	3	264
Necker	73	30	43	6	3	1	1	160
Saint Louis	66	52	8	8	1	5	2	142
Paul Brousse	42	6	68	4	1			121
Mondor - Chenevier	71	21	14	7	1		1	115
Bichat	40	31	13	6	4		2	96
St Antoine	40	14	21	1	6	3	2	90
Hôtel Dieu	38	28	5			1	2	75
Robert Debré	40	19	9	2	2	2	1	75
Bicêtre	27	21	14	5	1	1	1	70
Lariboisière	27	12	19		2	2	3	65
Tenon	27	18	12	3	1		1	62
Trousseau	27	12	3	3	2	1		48
Antoine Béclère	19	9	10	2	1	1		44
Beaujon	24	9	6	3	2			44
Ambroise Paré	5	9	4	7	1			27
Avicenne	8	5	5	2	1		1	22
Raymond Poincaré	5	7	7	1			1	21
Louis Mourier	10	4	1	2				17
Jean Verdier	9	1	1		2	1		14
Corentin Celton			1	1				2
Bretonneau			1					1
Broca	1							1
Vaugirard					1			1
Totaux	1079	587	386	116	72	54	26	2 336

Entre 10 et 14
Entre 15 et 25
>25

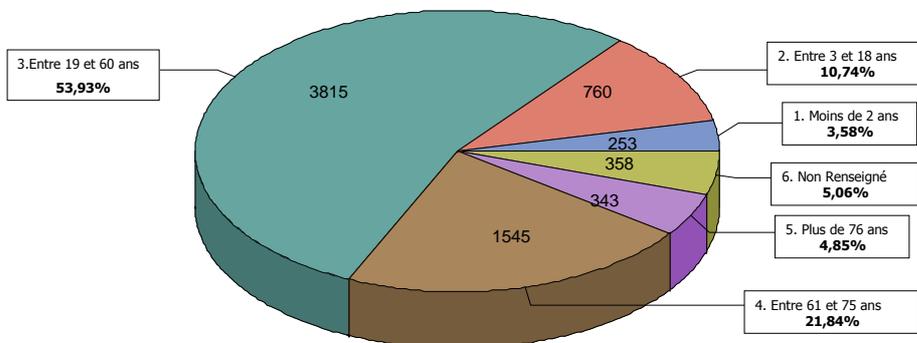
1 Chiffres année 2010

2 Pays d'Europe n'appartenant pas à l'Espace Economique Européen



Les patients hospitalisés étaient principalement des adultes mais la filière pédiatrique concernait 20% des malades hospitalisés.

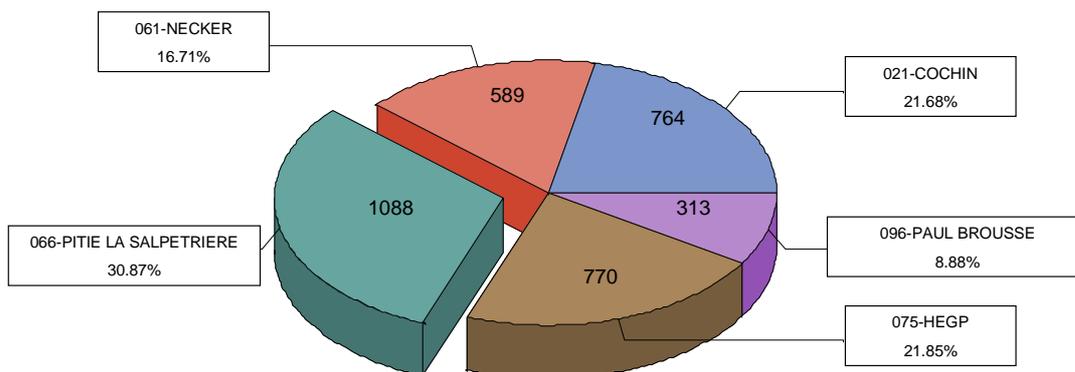
Répartition des patients étrangers par classe d'âge



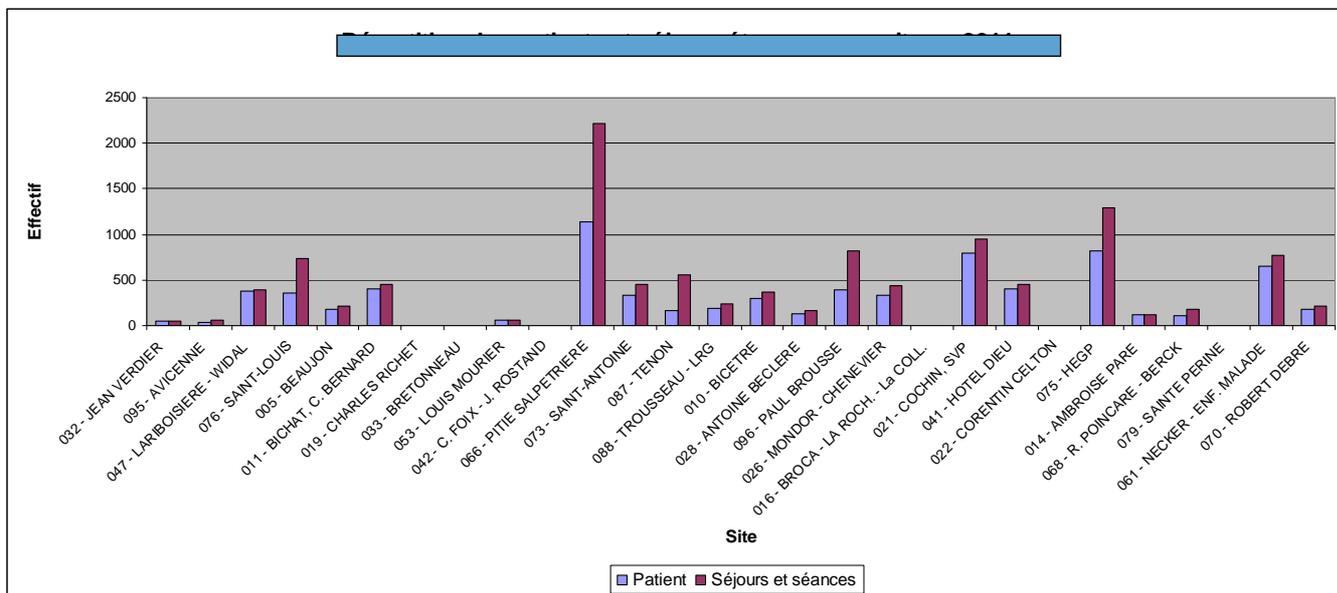
2/ Hôpitaux et services d'accueil

En 2011, ont été accueillis 7503 patients, au cours de 11 183 séjours (pour 1 million de séjours à l'APHP). Mais l'accueil ne s'est pas fait de façon homogène. Une dizaine d'hôpitaux sont concernés : Pitié, HEGP, Cochin, Necker, Saint Louis, Paul Brousse, Mondor reçoivent plus de 100 patients payant, (pour 1 à 3,5 millions d'euros de recettes par GH)

Répartition des patients pour les 5 premiers hôpitaux (≈ 50% du total des patients étrangers de l'AP)



Répartition par site du nombre de patients et du nombre de séjours

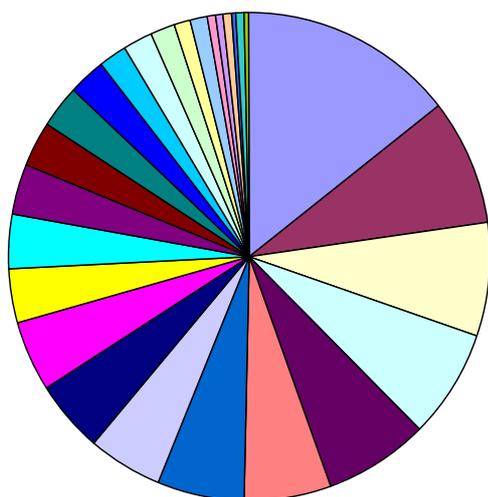


3/ Pathologies

Les patients internationaux 100% payants sont pris en charge par toutes les disciplines médicales de l'AP-HP. Quatre spécialités sont plus représentées que les autres : Digestif, Uro-néphrologie, chimiothérapie, cardiologie et cathétérisme. Au niveau des recettes la neurologie devance l'uro-néphrologie.

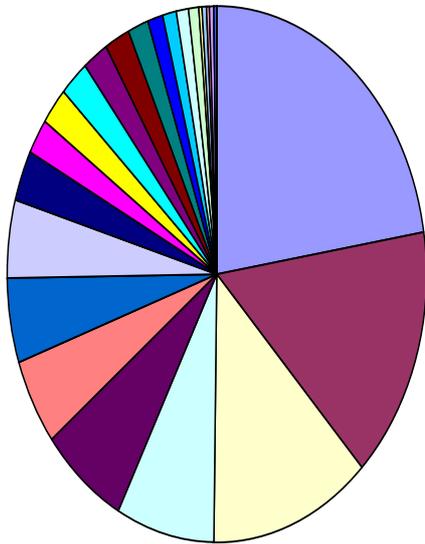
La répartition selon les sites n'est pas homogène, ainsi sur La Pitié une part importante de l'hospitalisation est liée aux maladies neurologiques et aux séances de chimiothérapies

Répartition du nombre de patients étrangers par domaine d'activité en 2011 - 066 PSL



- D05-Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)
- D27-Séances
- D07-Cardiologie (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)
- D06-Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels
- D01-Digestif
- D19-Endocrinologie
- D10-ORL, Stomatologie
- D28-Autres symptômes ou motifs médicaux
- D15-Uro-néphrologie et génital masculin
- D17-Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances
- D02-Orthopédie traumatologie
- D26-Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues
- D14-Ophthalmologie

Répartition du nombre de patients étrangers par domaine d'activité en 2011- 075 HEGP

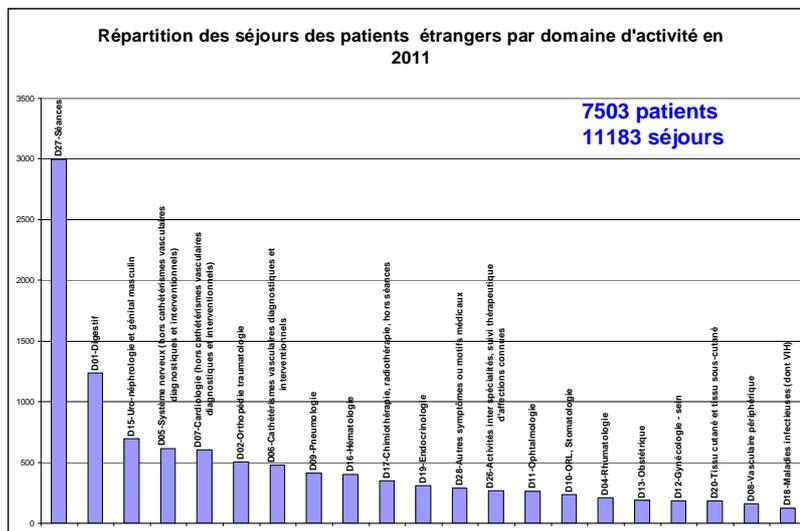


- D07-Cardiologie (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)
- D06-Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels
- D01-Digestif
- D02-Orthopédie traumatologie
- D15-Uro-néphrologie et génital masculin
- D09-Pneumologie
- D08-Vasculaire périphérique
- D27-Séances
- D19-Endocrinologie
- D28-Autres symptômes ou motifs médicaux
- D20-Tissu cutané et tissu sous-cutané

A l'HEGP la cardiologie est le premier secteur d'accueil de ces patients

DEFIP / NSI Pilotage

Nombre de séjours



4 / Facturation
a/ accords, conventions

Les patients étrangers peuvent être pris en charge

i/ par la caisse d'assurance maladie de leur pays. Il s'agit des assurés de l'UE, EEE, Suisse (accords internationaux de sécurité sociale) des assurés de l'Algérie (accord d'Etat à Etat). Les hospitalisations de ces patients ont entraîné en 2011 des recettes de 26 817 665 €

ii/ par un organisme ou gouvernement étranger ayant passé conventions avec l'AP-HP : Maroc, Sénégal, Côte d'Ivoire, Mauritanie, Arabie Saoudite). Les hospitalisations de ces patients ont entraîné en 2011 des recettes de 11 606 270 €.

iii/ par des organismes publics ou privés (accords généraux ou accords patient par patient) : ambassades, compagnies d'assurance, entreprises privées. Les hospitalisations de ces patients ont entraîné en 2011 des recettes de 22 623 258€ en 2011

b/ Les recettes et l'activité ne sont actuellement pas isolées pour les patients payants eux-mêmes leurs soins (fonds propres) mais dont il faut signaler le risque d'admission en non valeur

c/ Les personnes démunies en situation irrégulière, bénéficiaires de l'AME ou des soins urgents sont pris en charge par crédits Etat pour des recettes en 2011 de 146 223 110 €.

Au total, les recettes entraînées par les hospitalisations des patients étrangers hors AME ou soins urgents représentent près de 60 millions d'euros ce qui est peu par rapport aux recettes des hospitalisations remboursées par l'assurance maladies (3 milliards 7) mais elles ne sont pas négligeables si elles sont convenablement recouvrées. Ces recettes n'intègrent pas les recettes des patients payant sur leurs fonds propres (traçabilité inexistante actuellement)

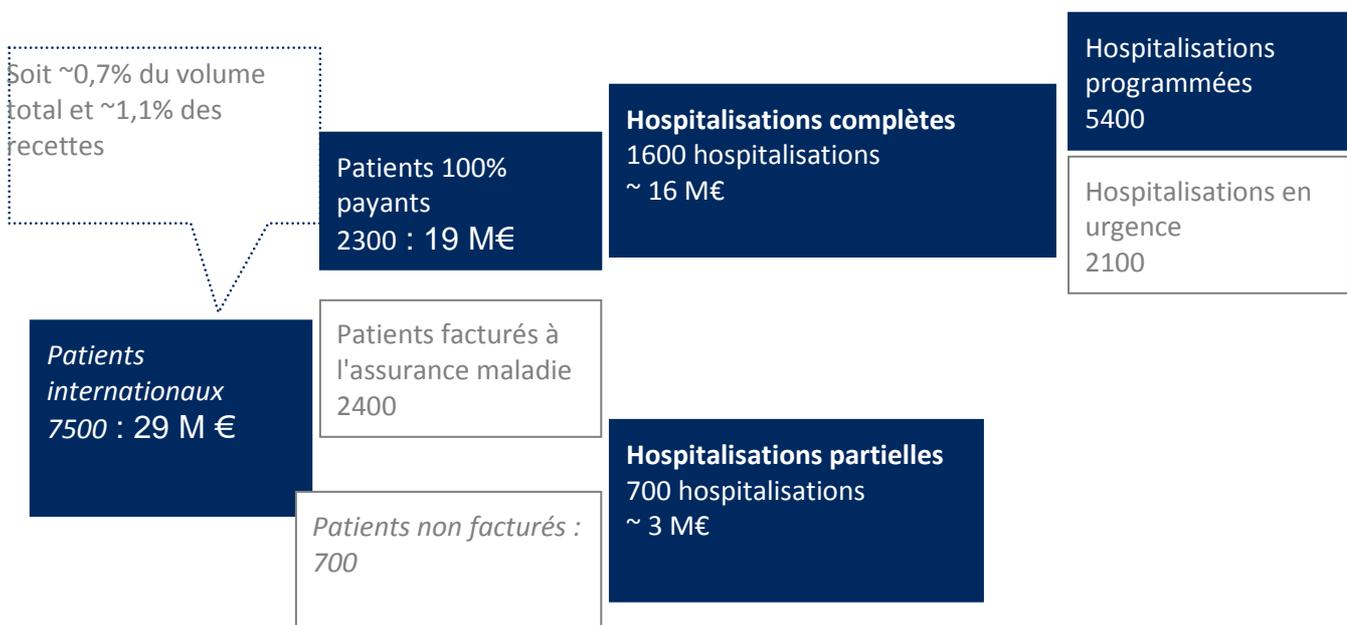
Pour la facturation, les bases tarifaires, sauf pour les AME et soins urgents reposent sur **le Tarif journalier de prestation (TJP) + forfait journalier (FJ) x durée du séjour (DS)** mais une modulation tarifaire est possible dans le cadre de la négociation des conventions.

Les Tarifs AME sont depuis le 01.01.12: $GHS \times 80\% + (FJ \times DS) + MO$ et DMI

Les Tarif soins urgents : $TJP + FJ \times DS$

Typologie et répartition des hospitalisations des patients internationaux à l'AP-HP

Nombre d'hospitalisation et recettes (en millions d'Euros) en 2010 SELON ETUDE MC KINSEY 2011



Séjours de patients étrangers 11200 séjours non facturables à l'assurance maladie

- 81 AME
- 2068 conventions internationales
- 5948 100 % payants
- 61 soins urgents
- 3027 autre raison

II Comparaison avec d'autres structures

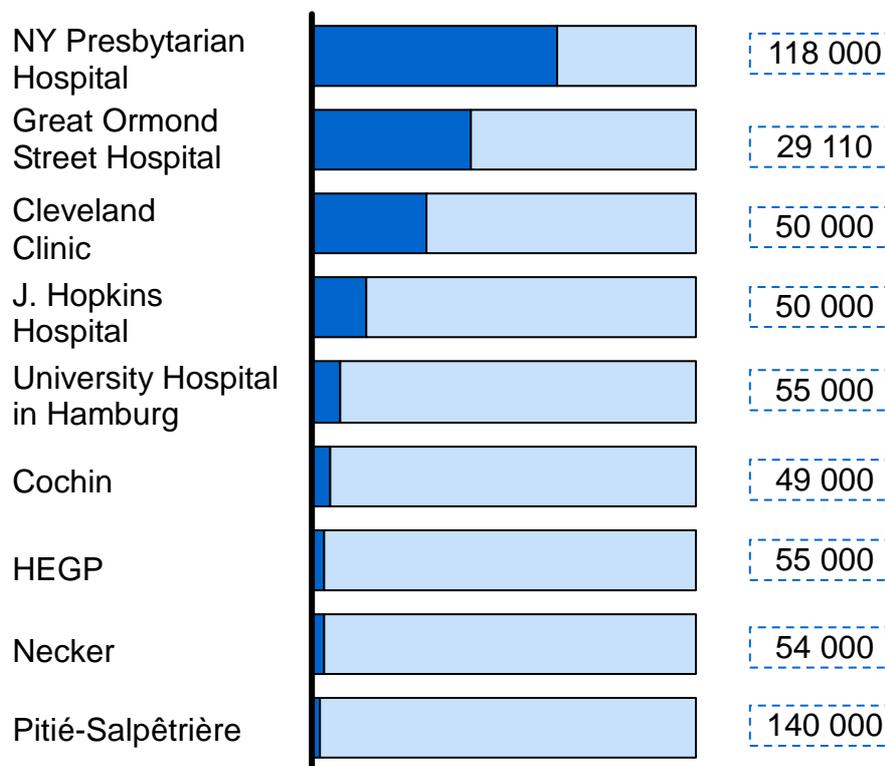
Les données d'activité recueillies auprès de 5 institutions étrangères comparables à l'AP-HP, mettent en évidence la faible part consacrée par l'AP-HP à cette activité.

Le New York Presbyterian hospital et le Great Ormond Street (UK : hôpital pédiatrique) y dédient respectivement 17% et 11% de leur activité. Seul l'hôpital universitaire de Hambourg se rapproche en pourcentage de l'AP-HP, mais avec une masse critique en volume total d'hospitalisations sans comparaison avec l'AP-HP (55 000/ an versus 1 million pour l'AP-HP).

En France, les seules données disponibles concernent l'Institut Gustave Roussy (16% selon l'étude Mc Kinsey sur le sujet commandée par l'APHP en 2010 (coût non communiqué) et l'Hôpital Américain de Paris (30%).

Comparaison de la 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



 Patients internationaux
Patients nationaux
Total du nb de séjours

La mission de la direction du développement a conclu en comparant les organisations internes des hôpitaux étrangers ayant développé la prise en charge de patients étrangers, que les établissements étrangers, avaient, pour la plupart, des ailes ou étages dédiés à ces patients, avec des modalités d'accompagnement et d'accueil (via une « conciergerie ») variables :

Facteurs identifiés de succès

La direction du développement (DD) signale que les facteurs de succès sont : une expérience depuis plus de 10 ans de ce type d'hospitalisations, la structuration d'une organisation commerciale, la proximité des relations entre les ambassades et les établissements sanitaires, la maîtrise de l'anglais et la présence d'un personnel arabophone.

La mission de la DD a également noté que les établissements avaient développé une offre de service pour les proches des patients.

Les allemands pour s'adapter à la demande, ont mis en place des structures de service professionnalisées.

Il semble, depuis l'afflux de patients libyens (plus de plus 1000 actuellement sur le territoire), que l'Allemagne arrive à saturation. L'afflux de patients dans certaines structures entraîne une baisse de la qualité perçue par les patients, leurs proches et les ambassades.

III Comparaison des facturations

La facturation actuelle (cf I 4/ a) est en défaveur de l'APHP, y compris par rapport aux tarifs journaliers pratiqués dans d'autres hôpitaux publics français. Il est donc proposé d'appliquer la facturation suivante

(Tarif Journalier +30%) X Durée de séjour+molécules onéreuses (le cas échéant) + dispositif médical implantable (le cas échéant) + Chambre particulière + forfait journalier

Une réflexion sur les tarifs des consultations (23 euros) ou des avis (télé médecine non facturée) semble pouvoir être entamée par la Defip : les tarifs actuels appliqués, voire la gratuité, ne reflètent pas l'investissement des praticiens et sont dérisoires aux regards des tarifs internationaux

Le groupe de travail de la CME n'a eu aucune objection sur les principes de la prise en charge de patients ayant un besoin sanitaire pouvant être fourni par l'APHP. Comme tout malade, un patient non assuré social doit pouvoir être soigné sans aucune distinction reposant sur sa prise en charge financière. Aucun obstacle non plus à une majoration du tarif journalier appliquée à des patients n'ayant pas de contribution fiscale ou sociale au système de soin français (études supérieures des soignants et des administratifs, construction des hôpitaux, système de veille sanitaire etc. ...).

III Projet présenté par la Direction du développement et discuté par le groupe de travail

- Un contrat été conclu entre l'APHP et GlobeMed. GlobeMed a 2,5 millions d'affiliés. Ce réseau assurantiel a programmé des hospitalisations, principalement aux USA, puis UK, très peu en France. En France les hospitalisations (30 dossiers) ont bénéficié au secteur privé essentiellement.
- C'est la barrière de la langue qui conduit les patients à demander les pays anglophones. A noter que GloBemed n'adresse pratiquement pas de patient en Allemagne. Les patients adressés en France ou demandant à être soignés en France sont pour la plupart des libanais francophones.

La mise en œuvre d'une filière d'accueil, suite à la signature d'une convention avec Globemed, est présentée par la DD. La mise en oeuvre comporterait une phase expérimentale sur 3 sites (ceux accueillant déjà le plus de patients payant étrangers) Pitié Salpêtrière, Necker et HEGP afin de clarifier les circuits en interne avant leur généralisation, 2 sites pilotes pourraient être rajoutés (Robert Debré et Lariboisière). A ce stade, la DD évoque 1000 patients à accueillir par an. Cette cible pourrait être atteinte d'ici 3 à 4 ans, temps nécessaire pour changer les pratiques chez les patients.

A noter également, que la « cible » dans les documents de la DD semble être « de 1% » des hospitalisations soit 10 000 séjours. Le même document propose un circuit de prise en charge « iso ressource » et « iso organisation ».

A terme, si ce projet fonctionne, l'élargissement à tous les sites pourrait être proposé. Il sera alors nécessaire d'envisager un examen médical du dossier adressé par GlobeMed afin d'adresser au mieux les patients en fonction de leurs pathologies vers les services les plus adaptés. Le groupe de travail propose d'associer les collégiales à ce projet.

Le circuit des patients est détaillé ci-dessous, y sont indiqués en italique les points de discussion pour le groupe de travail de la CME

1 – Demande de prise en charge

GlobeMed contacte la cellule internationale de l'AP-HP et transmet le dossier médical du patient. Le dossier est transmis aux praticiens de la discipline requise (et recommandée par le médecin coordonnateur de GloBemed), ou le cas échéant, au praticien souhaité par le patient. Le dossier médical peut être refusé par un praticien pour raison médicale, indisponibilité du praticien, indisponibilité en lit, etc... Dans le cas où le dossier est transmis à plusieurs praticiens, c'est le patient qui choisit *in fine* le praticien qui réalisera les soins. Le délai de prise en charge sera alors le principal critère de choix.

La date de prise en charge est déterminée par le praticien qui réalise les soins sur la base d'un devis en anglais estimatif établi conjointement par le praticien, la cellule internationale des frais de séjour et le cas échéant la pharmacie (pour DMI et MO) sur la base de la grille tarifaire spécifique (grille patients étrangers payants non résidents).

Les patients adressés par GlobeMed sont soumis à la tarification spécifique (patients non assurés sociaux), qui comprend les éléments suivants :

(Tarif Journalier +30%) X Durée de Séjour estimée par le praticien+molécules onéreuses (le cas échéant) + dispositif médical implantable (le cas échéant) + Chambre particulière + forfait journalier+ forfait conciergerie (forfait de base).

Les conditions de prise en charge des patients GlobeMed étant ordinaires, ces patients peuvent avoir accès au secteur libéral des praticiens ayant ce type d'activité (367 sur 5830 médecins à l'APHP)

Après acceptation du devis par GlobeMed, l'hôpital d'accueil peut effectuer la pré admission. Dès l'accord de prise en charge par GlobeMed, la conciergerie est informée de la programmation du patient et de ses coordonnées (téléphone, mail, adresse postale). Elle le contacte pour établir le lien, l'informer des services disponibles, s'enquérir de ses besoins et organiser le transfert vers l'établissement d'accueil le jour J. Ces opérations sont totalement transparentes pour le site : elles sont gérées entre la conciergerie et le patient.

2. Arrivée du patient

Le patient est pris en charge par la conciergerie dès son arrivée à l'aéroport. Il est conduit le plus probablement à son hôtel. Un lieu d'accueil dédié lui permet avant son admission de compléter son dossier, valider avec la secrétaire médicale et le service des frais de séjour l'organisation de l'accueil dans le service. C'est également un lieu d'accueil et d'information pour les accompagnants.

A l'arrivée dans le service d'accueil le patient sera isolé. GlobeMed est implanté dans les pays suivants : Liban, Jordanie, Koweït, Emirats Arabes Unis, Arabie Saoudite, Sultanat d'Oman, Qatar, Irak, Nigeria, Syrie, Bahreïn, Egypte, Palestine. Or tout patient ayant été hospitalisé dans l'année précédente dans un hôpital étranger doit être isolé (chambre seule) et dépisté pour les bactéries multirésistantes émergentes (entérobactéries productrice de carbapénèmase EPC, entérocoques résistants à la vancomycine, ERV). Ce sont des recommandations nationales.

Le risque est la survenue d'une épidémie avec des conséquences cliniques potentiellement graves pour les cas secondaires (septicémie à EPC : mortalité 40%), économiques (ralentissement du fonctionnement du service) et juridiques. Pour information, en 2012, plus de 60 alertes mettant en jeu une EPC ont été signalées par les hôpitaux de l'AP-HP, donnant lieu à 6 épidémies.

Les patients « GlobeMed » sont susceptibles d'avoir fréquenté le système de soin dans leur pays d'origine, puisqu'ayant une maladie identifiée et nécessitant une prise en charge hospitalière, il est peu vraisemblable que l'APHP soit leur premier contact hospitalier.

L'attribution d'une chambre seule sera donc automatique pour raison médicale mais sera facturée.

La réflexion sur la facturation devrait s'étendre au cas où le patient est effectivement porteur d'une de ces BMR : il est alors recommandé de le prendre en charge par du personnel soignant paramédical dédié. Qui prendra alors en charge ce surcoût ? Le groupe de travail souhaite que la direction du développement puisse revoir ce point avec GlobeMed dans la convention. Le surcoût de ce type de prise en charge devrait pouvoir être discuté avec le CLIN central.

Le patient Globemed est pris en charge de façon analogue à tout patient à l'APHP, par conséquent, en cas de dépistage de BMR négatif, la chambre seule pourra être réquisitionnée en cas de besoin médical.

3. Hospitalisation

Durant son hospitalisation le patient a accès à 1 heure de traduction orale téléphonique (anglais, arabe). Cette heure de traduction peut être activée, par le patient, lors d'une consultation médicale, entretien avec le personnel para médical.

Toute prolongation de séjour doit faire l'objet, au préalable, d'une information au correspondant GlobMed et d'un devis complémentaire, en anglais, qui doit être soumis à validation par GlobeMed. Ce devis doit également être accompagné d'un rapport médical, en anglais, précisant les raisons de la

prolongation du séjour. Il est précisé que si une prolongation de séjour est directement liée à un défaut d'organisation des soins du service (exemple : déprogrammation de bloc opératoire, d'examen d'imagerie...), le tarif appliqué est un tarif « assuré social », et non le tarif « patients étrangers payants 100% ». Il est sera de même pour toute prolongation de séjour en lien avec un aléa thérapeutique. :

Les patients pris en charge par l'AP-HP au titre du contrat GloBemed sont des patients soignés en France par un établissement public de santé, dans les conditions ordinaires.

En cas d'accident médical « non fautif », ils seraient susceptibles de bénéficier du dispositif de solidarité nationale créé par la loi du 4 mars 2002, le texte légal ne mentionnant pas de restriction à cette solidarité nationale pour les victimes non résidentes en France de soins dispensés par les établissements de santé français.

Pour mémoire, la loi prévoit que « Lorsque la responsabilité d'un professionnel, d'un établissement, service ou organisme mentionné au I (: sont ici compris les établissements publics de santé) ou d'un producteur de produits n'est pas engagée, un accident médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale ouvre droit à la réparation des préjudices du patient, et, en cas de décès, de ses ayants droit au titre de la solidarité nationale, lorsqu'ils sont directement imputables à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins et qu'ils ont eu pour le patient des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci et présentent un caractère de gravité, fixé par décret, apprécié au regard de la perte de capacités fonctionnelles et des conséquences sur la vie privée et professionnelle mesurées en tenant notamment compte du taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique, de la durée de l'arrêt temporaire des activités professionnelles ou de celle du déficit fonctionnel temporaire.

Ouvre droit à réparation des préjudices au titre de la solidarité nationale un taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique supérieur à un pourcentage d'un barème spécifique fixé par décret ; ce pourcentage, au plus égal à 25 %, est déterminé par ledit décret » (C. santé publ., art. L. 1142-1).

Deux points préoccupent le groupe de travail de la CME :

-i/ le risque de non respect de la confidentialité (transmission des données confidentielles médicales à la compagnie d'assurance), non respect de la législation française, avec risque juridique pour l'APHP en cas de contestation par le patient, une clarification par la direction des affaires juridiques semble nécessaire

Concernant le point de la confidentialité des données médicales du patient, ci-joint la réponse de Marc Dupont (DAJ) :

La convention conclue par l'AP-HP avec GloBemed prévoit en son article 2 que :

« Dans le cadre de la mise en œuvre de la présente convention s'appliquent pour l'accès aux dossiers médicaux des patients les règles prévues par l'article L. 1111-7 du Code de la santé publique. Il reviendra le cas échéant aux patients présentés par GloBemed dans le cadre de la présente convention de désigner par écrit, en qualité de mandataire, un médecin ou tout autre agent nommément désigné de GloBemed aux fins que soient adressées à ce médecin ou agent les informations à caractère personnel sur leur état de santé. La personne destinataire des documents dont la remise ou l'envoi est ainsi prévu devra être identifiée par les justificatifs appropriés ».

Ceci est conforme au droit français qui permet l'accès au dossier médical (ou plus généralement aux « informations concernant la santé d'une personne détenue par des professionnels et établissements

de santé») au mandataire désigné pour cela en bonne et due forme par le patient ou son ayant droit (Conseil d'Etat, 26 sept. 2005).

-ii/ le risque de l'alea thérapeutique peut entraîner un contentieux or l'APHP est son propre assureur, A ce jour, les contentieux sont réglés très largement à l'amiable par l'APHP et plus de 20 millions d'euros ont été consacrés au budget contentieux en 2011. Le nombre de dossiers à plus de 150 000 euros est croissant. Ainsi en 2011, 2 dossiers étaient supérieurs à 2,2 millions d'euros. Le ratio des recours indemnitaires varie selon les spécialités. Il faut néanmoins signaler que les dossiers sont rares (800 en 2011). Or GlobeMed, qui compte près de 6 millions d'assurés dans le monde a une expérience d'hospitalisations dans d'autres pays, notamment aux Etats-Unis. L'indemnisation des contentieux peut y être nettement plus élevée qu'en France. Si avec 1000 hospitalisations des recettes de 10 -15 millions d'euros (cf. B 4/) sont attendues, il n'est pas souhaitable que l'indemnisation de quelques cas de contentieux anéantissent les bénéfices attendus de cette filière d'hospitalisation.

4. Sortie du patient

La date de sortie prévisionnelle doit être connue par le patient. Elle doit être confirmée au patient au minimum 48 heures avant afin d'organiser au mieux sa sortie.

Ce point a semblé difficile à tenir pour les médecins s'occupant de pathologies chroniques décompensées, néanmoins, s'agissant d'hospitalisations programmées, notamment chirurgicale, ces délais semblent pouvoir être tenus.

Dès confirmation de sa sortie, le patient informe la conciergerie pour qu'un taxi lui soit réservé. Ce taxi est exclusivement commandé par la conciergerie et non par l'unité de soins. La secrétaire médicale adresse à la conciergerie, le plus rapidement possible par mail, le rapport médical du praticien (adresse mail et numéro de la conciergerie communiqués au démarrage du projet) pour traduction en anglais. Le rapport médical comporte, de préférence, moins de 5 pages. Le document traduit est retourné par voie électronique à la secrétaire avec copie au praticien pour validation avant impression et transmission au patient. Les prises en charge de GlobeMed incluant l'accord pour transmettre le rapport à GlobeMed, afin que l'assurance puisse procéder au paiement des frais

A nouveau le problème de la confidentialité des données se pose. Il a semblé indispensable aux médecins du groupe que le rapport soit transmis à un médecin désigné par le patient. Se pose aussi le problème de la confidentialité qui doit être obtenue auprès des sociétés chargées de l'interprétariat. Ce point doit être vérifié par la DAJ. De la même façon la transmission par voie électronique doit être sécurisée,

Le patient quitte l'unité de soins, accompagné du chauffeur de taxi et regagne soit son hôtel soit l'aéroport, en fonction de l'organisation de son séjour.

Le groupe signale le risque d'avoir des comptes rendus incomplets : certains résultats sont parfois encore en attente à la sortie des patients (culture microbiologique, biologie moléculaire, coloration spéciale en anatomie pathologique etc...)

Il reste à définir, pour d'éventuelles consultations post-hospitalisation, la facturation adaptée (le coût de 23 euros semblant dérisoire).

IV Remarques et problèmes soulevés par le projet Globemed

L'application d'un tarif journalier majoré est logique et doit pouvoir s'appliquer à Globemed comme à tout autre organisme (dans les conventions avec les états étrangers ou les assurances privées ou publiques étrangères).

Les problèmes et précautions à suivre

1/ les hôpitaux d'accueil devant pouvoir avoir une grande disponibilité en chambres seules, à l'heure actuelle, tous les sites ou tous les services ne pourront être concernés. Certains services, certains sites, de part la vétusté de leurs locaux ne pourront pas être candidats à une telle activité. La difficulté de programmation de patients supplémentaires ne doit pas entraver l'accueil des patients usuels se présentant en urgence sur les sites concernés. Il est donc demandé de veiller à ce qu'on évalue le ratio des patients programmés/ non programmés. Les sites d'accueil doivent être exemplaires sur le non transfert des patients se présentant en urgence afin d'éviter une « spécialisation » de service ou de site. Contrairement à ce qui a été vu dans les hôpitaux étrangers des structures dédiées semblent incompatibles avec les missions d'accueil 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 » pour s'occuper de cette filière.

2/ La lourdeur du secrétariat (CR tapé puis traduit en temps réel, devis à réévaluer etc... ne doit pas peser sur les services et sur le site)

3/ Les « bénéfiques » dégagés par ce type d'hospitalisation doivent être « tracés ». Ils ne peuvent s'évaporer dans le déficit du fonctionnement ce d'autant que le siège affiche la nécessité de développer cette activité « isoressource ». 4/ Un mode de redistribution équitable doit être élaboré. Il ne semble pas acceptable que les services consacrant une part de leur activité aux « patients GlobeMed » puissent seuls avoir un bénéfice direct : tous les services d'un site permettront que cette activité se développe : Une redistribution favorisant un service, service 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, ne peut être, de surcroît, incité à amplifier cette activité au détriment des autres patients et potentiellement des autres services.

La marge bénéficiaire dégagée actuellement par la prise en charge des patients étrangers n'est pas identifiée. Celle d'une nouvelle filière d'hospitalisation type GlobeMed doit être clairement tracée. La CME doit élaborer et suivre au long cours la clef de répartition avec transparence . Il est proposé de rémunérer le service accueillant les malades au TJP + DIM + MO et de reverser 0.3xTJP (la « surfacturation ») à l'institution dans son ensemble si ce projet est réalisé

En conclusion

Pour les médecins membres de la CME, qui ont participé à ce groupe de travail, le principe de l'accueil des patients repose sur l'égalité d'accès et de traitement, quelle que soit leur origine et ce sans aucune distinction liée aux modalités de leur prise en charge financière.

Il convient de bien distinguer le sujet de la facturation de celui du développement de filières d'accès aux soins.

1/ la facturation des soins à l'APHP (hors AME et soins urgents), et son recouvrement, pour les patients non couverts par les organismes de sécurité sociale

Le projet est d'appliquer un tarif journalier x 130% avec facturation en sus du forfait hôtelier, des molécules onéreuses et des dispositifs implantables.

Il n'y a pas, pour les membres du groupe de travail, d'obstacle à ce type de facturation pour des patients n'ayant aucune contribution fiscale ou sociale au système de soins français. Les tarifs d'hospitalisation actuels, comparativement aux hôpitaux étrangers, sont très bas et souvent déconnectés des coûts réels en France, et méritent en effet une réévaluation.

2/ Le développement de filières d'accès aux soins à l'APHP par convention avec des assurances privées (type GlobeMed)

Sur le principe, l'APHP a intérêt à voir se développer une telle filière, tant pour des raisons financières, que pour sa réputation internationale. Le tarif proposé pour une hospitalisation standard est dans la fourchette basse de ce que les autres établissements d'hospitalisations européens appliquent.

Il convient néanmoins de souligner en amont de la mise en œuvre de cette filière deux types de difficultés à même d'être à l'origine de légitimes blocages :

Celles concernant directement l'ensemble des patients

- **au plan microbiologique.** s'agissant de patients potentiellement colonisés ou infectés par des bactéries hautement résistantes un dépistage systématique et un isolement préventif apparaissent impératifs
- **au plan organisationnel** puisque le développement d'une filière dédiée pourrait se faire au détriment de la prise en charge des patients classiques.

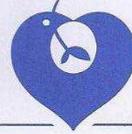
Celles concernant plus généralement l'AP-HP

- **au plan médico-légal** lorsque se posera le problème de la gestion d'éventuels contentieux et celui de l'application des règles de confidentialité de la législation française.
- **au plan financier** s'il apparaissait que pour de nombreux patients l'évaluation forfaitaire du coût de l'hospitalisation s'avérait insuffisante en raison de la sous évaluation par exemple de la prise en compte de l'impact des bactéries hautement résistantes ou de l'alea thérapeutique.
- **au plan de l'équité et de la solidarité** institutionnelle si n'étaient pas définies clairement

en amont les clefs de répartition de la marge financière dégagée.

Dans ce contexte il apparait indispensable que la CME par l'intermédiaire de son président, réalise un **suivi précis de ce projet et de son impact** sur le fonctionnement quotidien des structures d'hospitalisation. Une présentation semestrielle de cette évaluation devant la CME est nécessaire.

Gerard Chéron
Anne Gervais
Gérard Reach
Christian Richard



COMMISSION MÉDICALE
D'ÉTABLISSEMENT

3, avenue Victoria
75184 PARIS Cedex 04

Standard : 01 40 27 37 91
Télécopie : 01 40 27 38 95

M^{me} le D^r Anne GERVAIS
présidente de la sous-commission
finances et investissements de la CME
de l'AP-HP
Service de gastro-entérologie et
hépatologie
groupe hospitalier Bichat – Claude
Bernard

Paris, le 09 OCT. 2012

LE PRÉSIDENT

Chère Anne,

Comme convenu à la suite de la CME du 11 septembre, je charge ta sous-commission de mener la réflexion de la CME sur l'accueil de patients étrangers payants dans nos hôpitaux.

Tu attacheras une attention particulière aux différents aspects du sujet : financiers bien sûr, mais aussi hospitaliers (hôtellerie, parcours de soins, risque nosocomial, etc.) et éthiques (égalité entre les patients accueillis à l'hôpital, respect des convictions des soignants).

Ton interlocuteur principal sera la direction du service aux patients et de la communication.

Je reste à ton écoute et souhaite que tu puisses informer la CME sur les progrès de ton travail avant le mois de février prochain.

Avec tous mes remerciements pour son aide précieuse et bien amicalement.

P^r Loïc CAPRON

Copies à :

Mme Mireille FAUGÈRE, directrice générale

M. Hubert JOSEPH-ANTOINE, directeur du service aux patients et de la communication