

CAR 9 septembre 2014

Présent(e)s CME : Guy BENOIT, Catherine BOILEAU, Anne GERVAIS, Guy SEBAG,

DEFIP : Carine CHEVRIER, Didier FRANDJI, J PIEUCHARD, C HODDE, E BENMANSOUR,

DOMU : Didier LE STUM, N TARIGHT

Excusés : A LUCIANI, O HENRY Anne BUISINE, Valérie PERUT, Michel ZERAH, Nadia BENZEKRI.

Indicateurs sur-tarifification patients non-résidents 1/09/13 et 22/08/14 (J Pieuchard)

La facturation est de 17.7 M€ pour 2118 titres émis : on distingue les patients couverts par leur assurance privée ou nationale étrangère (dans les 3 derniers mois 123 titres, 1,6 M€) et les particuliers payants (dans les 3 derniers mois 721 titres, 5,7 M€).

Quelques sites constituent les principaux lieux d'hospitalisation : 526 titres émis par psl, 370 à egp, 138 à cch, 125 à hmn, 115 à sls et pbr, 109 à sat, 104 à lrb. Le problème réside dans le recouvrement : 65 % au total dont 55 % pour les hospitalisations « institutionnelles » du 1/09/13 au 31/05/14 et 73 % pour les particuliers.

Le taux de recouvrement varie selon les sites.

Il est rappelé dans la discussion l'importance pour ces hospitalisations programmées d'avoir un devis et 100 % du versement avant l'hospitalisation pour les particuliers. La convocation pour l'hospitalisation ne devrait être envoyée qu'après ce versement effectué. La difficulté réside dans les multiples filières médicales pour les hospitalisations.

Il est proposé :

a/ d'adresser aux chefs de pôle et chefs des services concernés, le relevé des hospitalisations et recouvrements afin de sensibiliser les médecins. Il est paradoxal que ces hospitalisations coûtent à l'institution. Sans aller jusqu'à exercer des pénalités sur les services qui prodiguent ces soins, il faut les alerter sur le contrôle avant l'hospitalisation.

b/ de proposer dans tous les sites des commissions mixtes de suivi des admissions : service des admissions/ services cliniques avec des réunions régulières (hebdomadaire dans les sites ayant une forte activité) et d'harmoniser les pratiques dans les différents sites.

La discussion porte sur le mode de répartition des recettes dégagées (quand elles seront bénéficiaires). L'activité libérale développée par l'accueil de ces patients n'est pas connue hors CPI (infra).

Aucun consensus n'est dégagé : les services développant cette activité souhaitent en voir un retour, les membres du groupe insistent sur le danger de voir favoriser cette activité au détriment des missions obligatoires de l'AP-HP. Les services qui accueillent les patients étrangers le font aussi grâce à tout l'environnement hospitalier des plateaux médico techniques, jusqu'aux autres services et sites accueillant les autres malades, notamment en soins non programmés.

Accueil Patients Internationaux (Z Djenadi)

239 dossiers traités en un an, 160 demandes institutionnelles dont 25 n'ont pas entraîné une hospitalisation, 79 de particuliers, dont 19 sans suite. Les patients sont à 85 % originaires d'Arabie-

Saoudite et du Koweït, 100 % de ces derniers patients ont recours à l'activité libérale : les médecins sont désignés par les institutions qui prennent contact avec la CPI. Z Djenadi signale que des délais à la réponse des services sur les dossiers transmis entraînent une perte de patients. Le montant des devis a été de 2,8 M€ pour les institutionnels et 0,5 M€ pour les particuliers. Dans environ 90 % des cas le patient est orienté vers un site ou un praticien.

Pas de possibilité de s'assurer du dépistage des BMR ni de résultats disponibles de ces dépistages. Il est demandé qu'une alerte Gilda et à l'admission soit mise en place pour permettre d'alerter sur la nécessité de dépistage et d'hospitaliser en attendant les résultats du dépistage en chambre seule, comme il était initialement prévu.

En ce qui concerne le libéral, les membres du groupe s'inquiètent de la possibilité de renforcer les filières privées avec les moyens du siège (la CPI a 1,8 ETP). Les risques de dérives (développement de l'activité libérale et d'une hospitalisation à deux vitesses) et l'absence de doctrine retenue pour la redistribution d'éventuels bénéfices, posent problème.

Une charte des droits et devoirs des services d'accueil est proposée.

Il semble important aux membres de la CME de savoir combien coûtent et rapportent ces hospitalisations ainsi que la CPI actuellement très sollicitée (activité 7/7 et 365j/365 à 1,8 ETP).

Il semble nécessaire de rediscuter avec les instances la poursuite de ce programme. Il a le mérite de mettre en lumière les difficultés y compris pour le recueil d'indicateurs de sécurité comme les BMR. Néanmoins, les instances directoriales et médicales (notamment la CME) devraient se prononcer sur la pertinence de la poursuite de ce programme.

Tableau de bord Activité fin juillet 2014 (C. HODDE)

Le nombre de passage aux urgences baisse (- 2 169) (urgences adultes - 2.6 % ; urgences pédiatriques + 5.4 %). Par rapport à l'EPRD la cible est atteinte pour l'hospitalisation complète (+ 0.2 %) avec + 3 469 séjours en médecine et obstétrique (+ 433 accouchements) mais diminue nettement en chirurgie (- 1 109 séjours). La cible est également atteinte pour l'hospitalisation partielle (+ 0.7 %), en revanche on constate une forte diminution des journées facturables en HAD. Un défaut d'exhaustivité conduit à une perte financière estimée à 3,5 M€, trois établissements ont une perte supérieure à 0,5 M€. Comparativement à l'année 2013 le taux de transfert dans un établissement hors AP-HP, après passage au SAU, est stable et a même légèrement diminué pour les adultes.

Si les objectifs sont globalement remplis en termes d'activité, on constate, pour les recettes, un écart de 4,4 M€ par rapport à la prévision. On peut observer que les GH sont généralement soit assez loin de l'objectif fixé (en positif ou négatif) ; seulement trois GH sont proches de la cible.

Toutefois si l'évolution du nombre de journées valorisées a baissé de 4,4 %, la valorisation a progressé de 4,3 %.

Pour les hôpitaux SSR séjours on constate que le nombre de venues en HDJ a progressé de 2,9 %, qu'en revanche le nombre de séjour a baissé de 1,2 % et que la DMS a légèrement diminué 48,6 jours contre 49,4 jours en 2013.