

Programme SIMPHONIE

SIMplification du Parcours administratif Hospitalier
des patients et Numérisation des Informations
Echangées

Journées EMOIS - 26 mars 2015

Version 1

Des marges d'efficacité significatives semblent exister, particulièrement lors des phases d'accueil du patient et de recouvrement des sommes dues

Rappels du contexte et des pistes d'optimisation

1. Les établissements consentent des efforts de gestion importants pour assurer le recouvrement de la part facturée aux AMC et traitent de façon moins prioritaire la part patient
 - La part AMC représente l'enjeu financier le plus fort (2,8 Mds€ contre 1,4 Mds€ pour la part patients), avec un payeur fiable que les établissements sont sûrs de recouvrer
 - La quasi-totalité des ressources sont donc mobilisées pour assurer le recouvrement de la part AMC (consultation et calcul des droits, facturation, temps de traitement des rejets AMC...)
 - Toutes les ressources étant affectées au recouvrement de la part AMC, le reste à charge patient représente plus de 50% des montants non recouverts après un an (soient 550 M€ de non recouvré par an)
2. Il existe une multitude d'organisations de la chaîne accueil / facturation / recouvrement, dont l'optimisation nécessite un investissement et un effort de pilotage conséquent
 - Les nombreux modèles d'organisations de la chaîne accueil / facturation / recouvrement existant sont complexes de par la multiplicité des acteurs impliqués et la spécificité des établissements
 - La transformation de ces organisations nécessite une politique de montée en compétences et d'accompagnement, à toutes les étapes et pour tous les acteurs
 - Un effort de pilotage et d'encadrement dans la durée est nécessaire pour mener à bien ces projets
3. Les marges d'optimisation constatées pour les établissements valent également pour le comptable public et les AMC, dont les coûts de gestion associés au recouvrement (notamment de la part patient) sont également importants
4. Il existe également des marges d'optimisation sur le parcours administratif du patient, afin de le rendre plus fluide et compréhensible.

Les origines du programme SIMPHONIE

- **Le programme SIMPHONIE : SIMplification du Parcours administratif HOspitalier des patients et Numérisation des Informations Echangées**
 - Programme porté par la DGOS et l'ANAP, avec l'appui du SGMAP
 - Programme **orienté usager et parcours administratif hospitalier** qui vise :
 - À fortement simplifier ce parcours administratif, depuis l'accueil du patient jusqu'à la facturation et le recouvrement
 - À dématérialiser tous les échanges (flux de données, documents...) liés à ce parcours entre les différents acteurs : l'usager, l'établissement de santé, le comptable public hospitalier, l'AMO et AMC
 - Du fait de la simplification et de la dématérialisation, à automatiser tous les processus qui peuvent l'être ... et de concentrer les moyens publics sur les actions à plus forte valeur ajoutée au service des usagers (informations sur le reste à charge du patient tout au long du parcours de soins...)

Le programme SIMPHONIE vise à simplifier et optimiser la chaîne accueil / facturation / recouvrement et garantir le paiement des factures

Garantir le paiement des factures

Garantie du paiement des factures hospitalière et en particulier de la part patients

Simplifier

Simplification des organisations, des processus et des parcours afin d'optimiser la charge administrative du patient
Limitation des erreurs / rejets

Simplification des échanges des établissements avec l'AMO et l'AMC, de l'admission du patient (consultation des droits, calcul du reste à charge) au règlement des sommes dues

Simplification de la chaîne accueil / facturation / recouvrement et du traitement des rejets

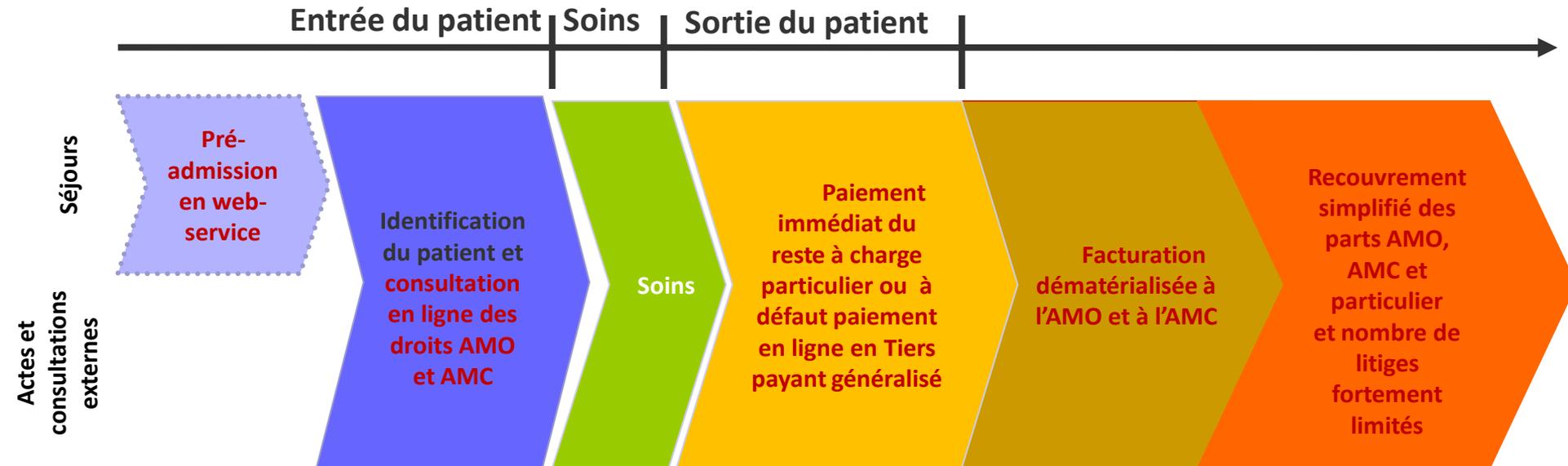
Simplification du parcours administratif des patients (de l'accueil au recouvrement), transparence sur le reste à charge

Optimiser

Optimisation permettant la diminution des charges de travail de la chaîne accueil / facturation / recouvrement

Réduction des efforts de gestion de la chaîne accueil / facturation / recouvrement

Un parcours administratif du patient fortement simplifié



Le programme SIMPHONIE englobe des projets en cours... et des projets complémentaires à venir

- Les projets en cours (FIDES, ROC, TIPI, CDRI...) permettront d'améliorer la qualité de la facturation hospitalière (avec notamment la vérification en ligne des droits AMO et AMC) avec l'AMO et l'AMC et donc :
 - **de simplifier le dialogue entre le patient et son AMO et son AMC, avec une prise en charge systématique en tiers payant**
 - **de simplifier le dialogue sur le reste à charge entre les établissements de santé et les patients**
- Les projets complémentaires (paiement avant la sortie de la part particulier, empreinte carte bancaire...) permettront :
 - **de simplifier le parcours administratif des patients au sein de l'hôpital** (gain de temps sur les files d'attente à l'enregistrement et à l'encaissement ; moindres déplacements entre les lieux de soins et ceux administratifs ; passage en caisse uniquement pour les patients ayant un reste à charge à régler...)
 - **d'apporter tout au long du parcours de soins** (et notamment lors des hospitalisations) **des simulations sur la prise en charge par l'AMC et le reste à charge pour le patient en fonction de l'évolution du parcours de soins** (nouvel épisode de soin...) **et des choix effectués par le patient** (chambre particulière...)
 - **de permettre un paiement systématique par le patient de son reste à charge avant sa sortie de l'hôpital** (à la caisse, avec une borne de paiement...)

Les travaux de cadrage ont permis d'identifier 5 cibles - plus ou moins en rupture avec l'existant - permettant de sécuriser l'encaissement pendant la présence du patient à l'hôpital ou en différé

Degré de rupture

-

+

		Degré de rupture		
		-		+
Moment de l'encaissement	Base de valorisation	Soins effectivement réalisés	Soins « prévisionnels »	Forfaits par catégories de soins
	Après la sortie de l'établissement		C1 Encaissement automatique¹ d'après les soins réalisés (continuité, avec une évolution du mode d'encaissement)	C3' C3 + encaissement automatique^{1,2} des écarts avec le réalisé
Avant la sortie de l'établissement		C2 Paiement à la sortie sur la base des soins réalisés (continuité, avec une évolution des pratiques de codage par les praticiens)	N/A	N/A
A l'entrée de l'établissement		N/A	C3 Paiement à l'entrée sur la base des soins prévisionnels (évolution des pratiques des acteurs de la chaîne)	C4 Paiement d'un forfait à l'entrée pour les ACE (évolution réglementaire nécessaire pour modifier les modalités de calcul de la part patient ³)

Degré de rupture

+

La mise en œuvre de ces chantiers permettra de simplifier, de sécuriser et d'optimiser la chaîne d'accueil facturation

Chantiers

Objectifs

Codage et facturation pendant la présence du patient

- Obtenir la valorisation de la totalité des actes produits en temps réel, par la mise en place, dans tous les établissements, d'organisations assurant la coordination des acteurs impliqués et l'adoption de mesures d'incitation et / ou d'obligation pour valoriser l'activité en temps réel
- Facturer la totalité des dossiers lors de la présence du patient

Edition d'une facture « prévisionnelle » à l'entrée

- Optimiser l'encaissement pendant la présence du patient dans l'établissement pour les activités programmées
- Proposer le paiement à l'entrée de la part patient hors AMC sur la base d'une avance sur facture prévisionnelle, sans remettre en cause le principe de l'égalité de l'accès aux soins

Définition d'un forfait à l'entrée

- Optimiser l'encaissement pendant la présence du patient dans l'établissement
- Facturer la part patient hors AMC en présence du patient pour les activités programmées, sur la base d'un forfait simple et lisible pour les agents et les usagers, gradué par types de prestation
- Simplifier et rendre plus rapide le calcul du reste à charge pour les activités programmées et diminuer les coûts de gestion correspondants
- Ne pas contrevenir au principe de l'égalité de l'accès aux soins

Encaissement automatique, par prise d'empreinte CB ou autorisation de prélèvement

- Optimiser le recouvrement du reste à charge patient hors AMC
- Se baser sur deux solutions (lors de la présence du patient à l'hôpital) :
 - 1) Prise d'une empreinte de carte bancaire
 - 2) Signature par le patient d'une autorisation de prélèvement (avec montant encadré)
- Séparer la décision de payer du paiement

Des chantiers sont à engager pour maximiser les gains de chaque cible

Chantiers communs, à mettre en œuvre pour la plupart des cibles

1 Mise en place généralisée de FIDES et PES v2 aller recettes

2 Sécurisation de la trajectoire de ROC et de CDRi

3 Amélioration du pilotage national et local de la performance de la chaîne

4 Accompagnement au changement des acteurs hospitaliers de la chaîne

5 Professionnalisation de la chaîne

6 Sensibilisation / Communication auprès des patients et des acteurs hospitaliers

7 Mise en place d'une politique de facturation / recouvrement

8 Proposition de solutions de paiement adaptées à tous les montants

9 Mise en place généralisée de TIPI et d'ENSU

10 Maîtrise des régies

Chantiers spécifiques, dépendant de chaque cible

C2 Codage et facturation pendant la présence du patient

C3 Edition d'une facture « prévisionnelle » à l'entrée

C4 Définition d'un forfait à l'entrée

C1 Encaissement automatique, après prise d'empreinte CB ou autorisation de prélèvement

X Chantier

Le SGMAP appuie la DGOS sur 6 des 14 chantiers du programme SIMPHONIE

	Chantier	Chantier accompagné par le SGMAP
1	FIDES PES V2 ALLER	
2	ROC/ CDRi	
3	Pilotage	✓
4/5	Accpt du changement & Professionnalisation Chaîne – lean management	✓
6	Sensibilisation & Communication - Nudge	✓
7	Politique Facturation/ Recouvrement	
8	Solutions de paiement	
9	TIPI & ENSU	
10	Maîtrise de régies	
11	Codage et facturation en présence du patient	
12	Edition d'une facture prévisionnelle à l'entrée	✓
13	Définition d'un forfait à l'entrée	✓
14	Encaissement automatique après prise d'empreinte CB ou autorisation de prélèvement	

Une mise en œuvre progressive

- Le périmètre du projet couvre :
 - **tous les patients**, quelle que soit leur couverture sociale AMO et AMC
 - **toute l'activité hospitalière** : actes et consultations externes, urgences, séjours, HAD ...
 - **tous les établissements** de santé : publics, privés non lucratifs et lucratifs ; en MCO, PSY et SSR
- Le calendrier de **déploiement** est **progressif** de 2016 à 2020, avec :
 - l'entrée progressive dans le dispositif :
 - des nouveaux services
 - des établissements de santé
 - des organismes complémentaires
 - Une phase **d'expérimentation avant généralisation** des évolutions du parcours administratif hospitalier et des nouveaux services proposés

Le calendrier s'étend jusque 2020 mais un premier jalon est posé au second trimestre 2016

Prochains jalons

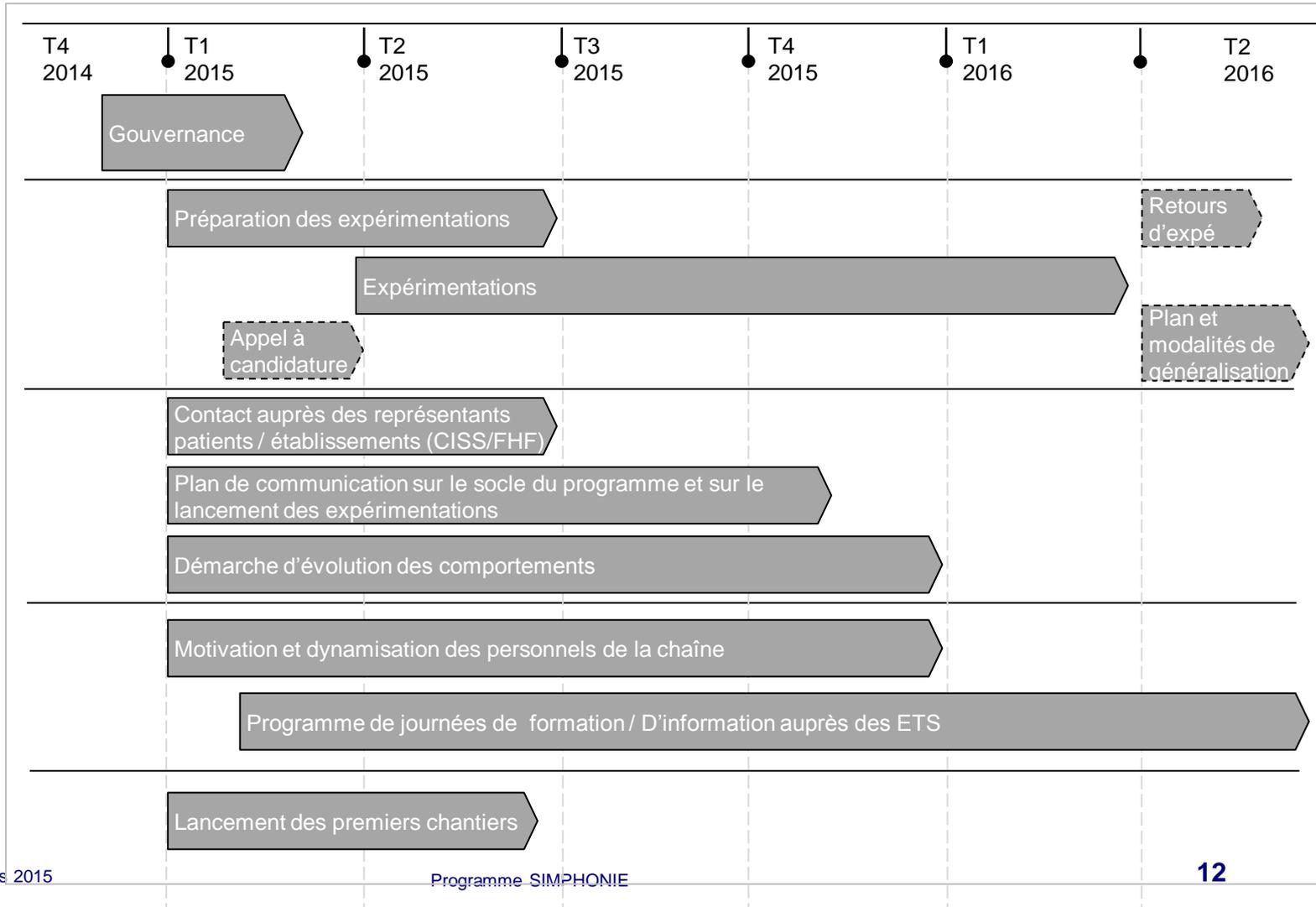
Mise en place du dispositif de direction de prog.

Expérimentations des scénarios de cible

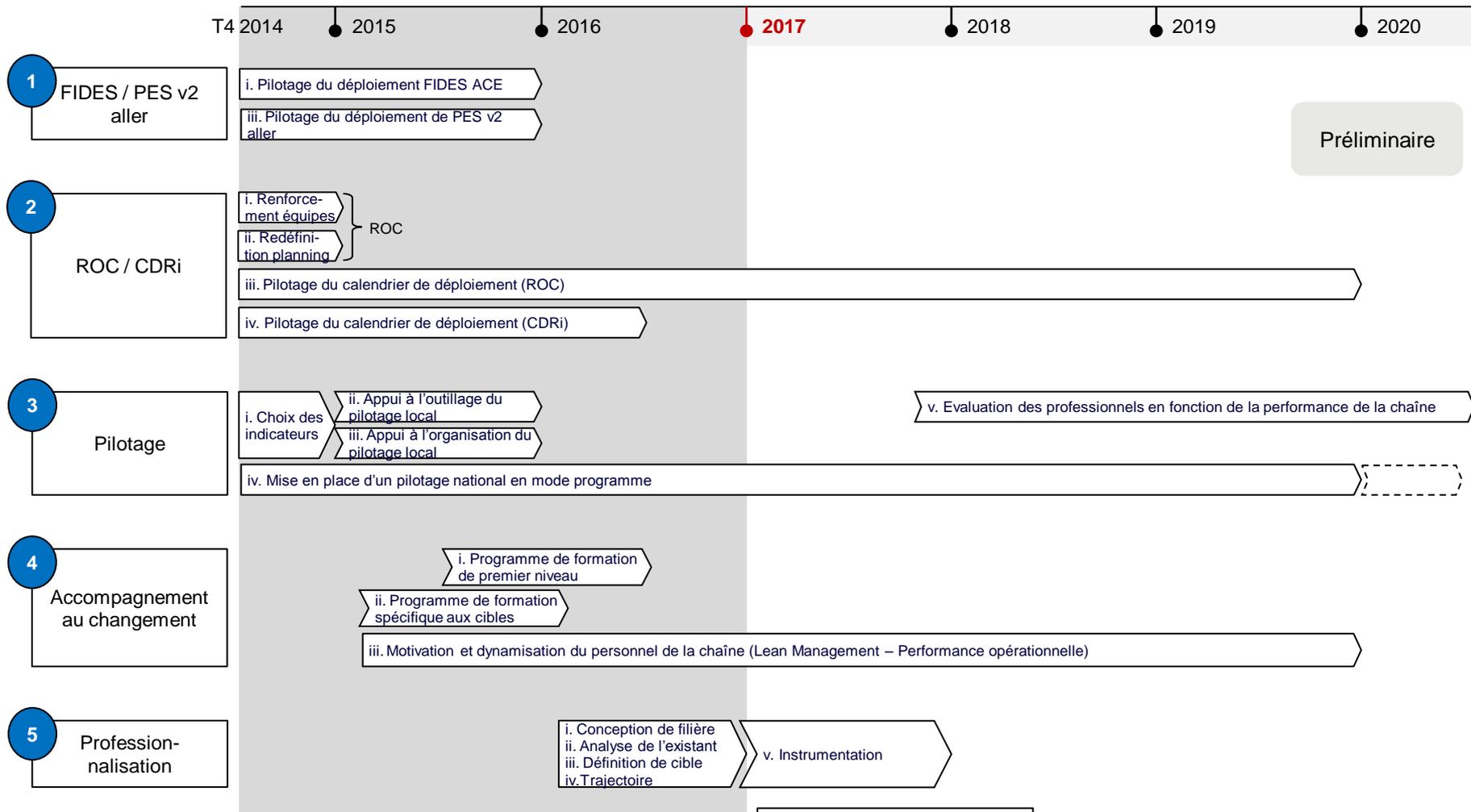
Communication / Sensibilisation

Accpt du changement / Prof° des acteurs

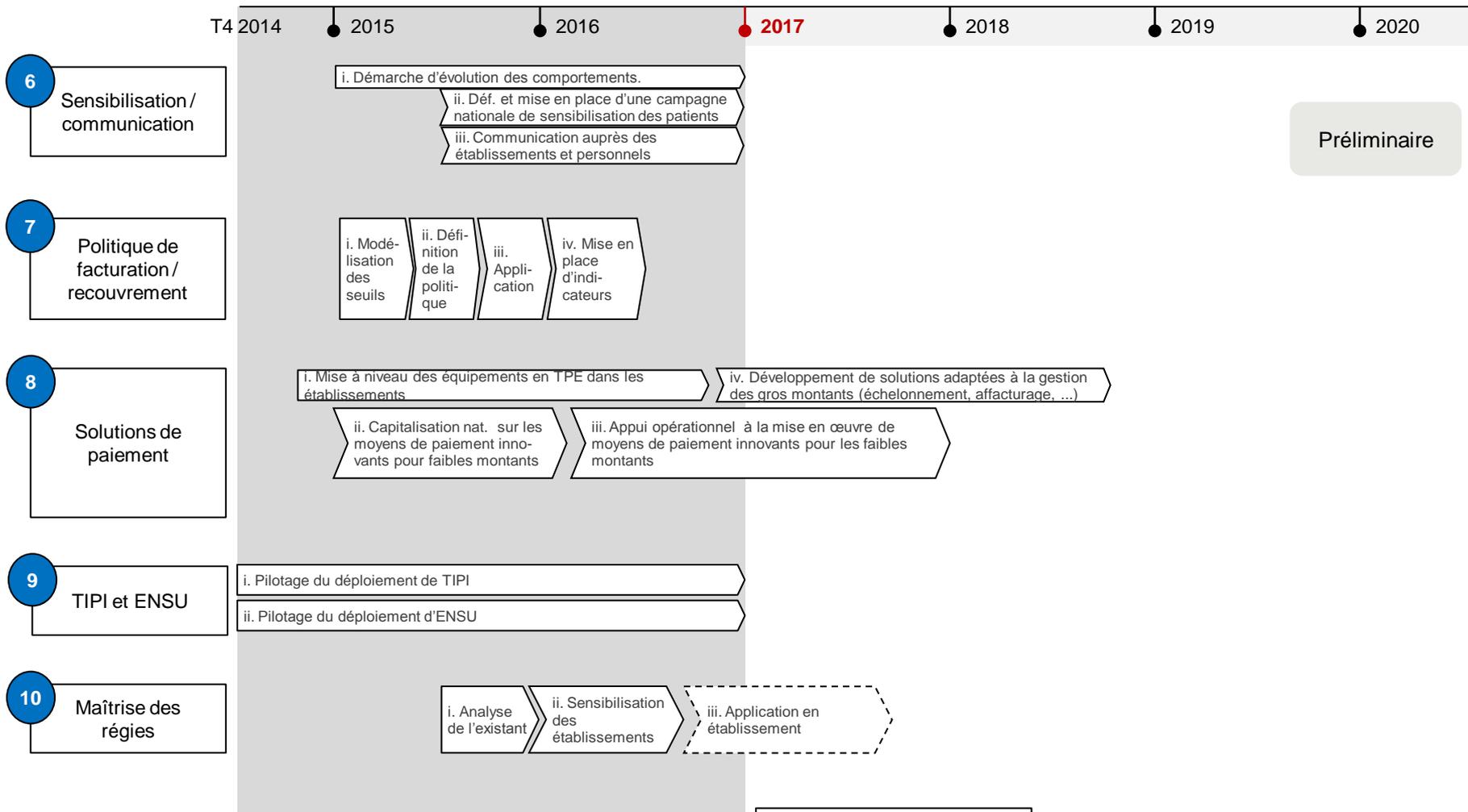
Chantiers



Chantiers communs - ce calendrier s'étendra jusque 2020 (1/2)



Chantiers communs - ce calendrier s'étendra jusque 2020 (2/2)



Un appel à candidature va être lancé auprès de l'ensemble des établissements publics et PNL MCO pour participer à l'expérimentation dès le 27 mars

Proposition des critères de sélection des établissements pour les expérimentations

1. Maturité des établissements : à partir de l'outil ANAP

1. faiblement mature
2. mature
3. fortement mature

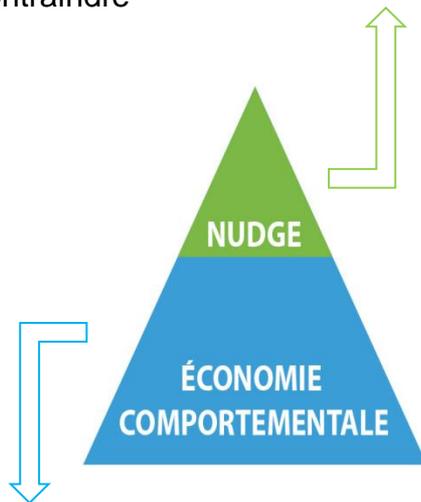
2. Type / taille d'établissement

1. PNL
2. CH < 20 M€ CA
3. CH 20 – 70 M€ CA
4. CH > 70 M€ CA
5. CHU

Le Nudge c'est créer une architecture de choix qui encourage les individus à adopter le comportement souhaité

Principes

- Un « **coup de pouce** » pour créer, à moindre coût, une architecture de choix qui favorise l'adoption du comportement souhaité sans contraindre



- Offre une compréhension approfondie des facteurs d'influence des comportements et des biais observés

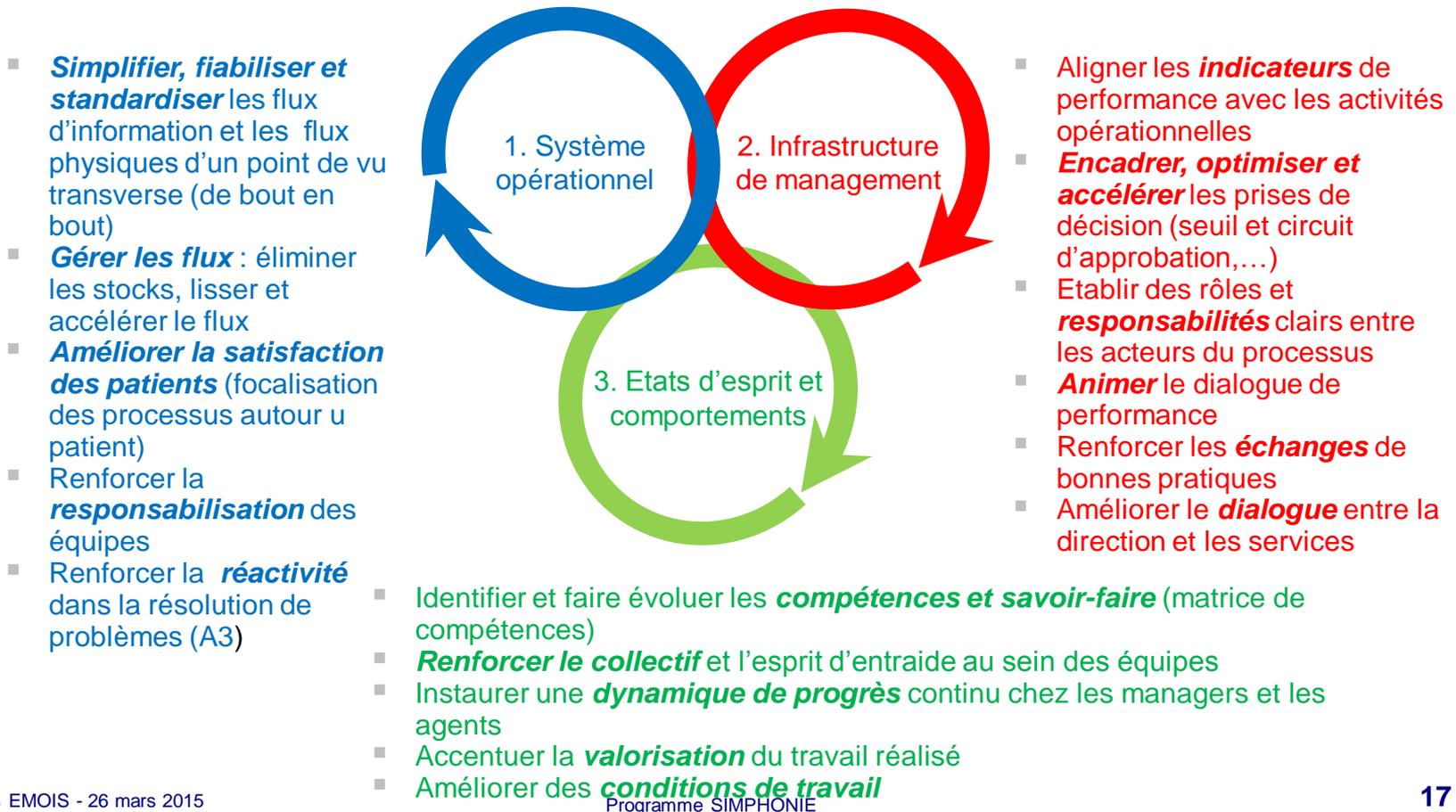
Exemples de leviers

Au moment de l'admission / sortie de l'hôpital

- ✓ **Levier : saillance de l'information**
 - À l'accueil, au moment de la sortie, informer les patients qu'une facture leur sera envoyée
 - Préciser l'émetteur de la facture (si Trésor public uniquement)
- ✓ **Levier : capacité à se projeter**
 - **Donner des indications sur les délais de réception de la facture** (un message du type « *La facture vous est envoyée dans les x prochaines semaines* »)
 - **Donner une fourchette de montant** (un message du type « *en moyenne, le reste à charge est de x euros* »)
- ✓ **Levier : personnification / identification**
 - **Personnifier l'établissement** (un poster / flyer du type « *En payant votre facture, vous permettez à Eric, infirmier, de mieux prendre soin de ses patients* »)

L'accompagnement à la « dynamisation » du personnel de la chaîne par le Lean management vise une performance équilibrée

L'application de la méthode sur la chaîne accueil / facturation / recouvrement vise des gains qualitatifs sur 3 dimensions :



Ministère des affaires sociales, de la santé
et des droits des femmes
Ministère des finances et des comptes publics
UNCAM
Projet FIDES

Expérimentation FIDES séjour

FIDES séjour – les trois axes de travail pour 2015

- Reprendre des tests de flux en direction des CPU :
 - étendre l'éventail des cas passants
 - évaluer l'impact des gestions d'autorisation par entité géographique (ARS CNAMTS ATIH)
 - tester dans chaque SIH l'ensemble de la chaîne de transmission des informations aller et retour
- Mettre en place au sein des ES expérimentateurs un environnement de simulation des impacts financiers
 - au sein de l'outil de pilotage de la facturation
 - analyse dans le cadre du groupe de travail des Directeurs des affaires financières
- Accompagner les ES dans la mise en place de l'environnement de pilotage MOCA DEFIS – consolider les retours d'expérience des DIM en lien avec les directeurs des systèmes d'information

FIDES séjour – leviers

- La question initiale posée aux établissements est celle de l'impact de la contrainte de facture unique sur les délais de production des factures, et donc la trésorerie des établissements
- Deux leviers sont mobilisables
 - L'instrumentation des Départements d'information médicale pour juger de la complétude, et donc de la facturabilité du dossier
 - Le paramétrage du système des avances pour
 - **compenser** une augmentation attendue du délai de production
 - **garantir** le niveau nécessaire de trésorerie
- L'expérimentation permettra de déterminer in vivo les mécanismes qui devront être mis en place