

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

SGMAP

ANAP

ASIP

UNCAM

CISS

Programme SIMPHONIE

Réunion du groupe des représentants hospitaliers n° 5

11 novembre 2013

simphonie



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Agenda et points de décision attendus

1 Effectuer un point d'avancement du programme

A Point d'avancement sur les projets en cours

2 Partager les résultats de la période

A Nudge

B ENSU

C Expérimentations

D Etude d'impacts forfait

E Lean management

Rappel des 14 chantiers qui composent le programme SIMPHONIE

Chantiers communs, à mettre en œuvre pour la plupart des cibles¹

1 Mise en place généralisée de FIDES et PES v2 recettes

2 Sécurisation de la trajectoire de ROC et de CDRi hospitalier

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 filière accueil / facturation / recouvrement

6 Sensibilisation / communication auprès des patients et des acteurs hospitaliers

7 Mise en place d'une politique nationale de facturation / recouvrement des faibles montants

8 Proposition de solutions de paiement adaptées à tous les assurés

9 Mise en place généralisée de TIPI et ENSU

10 Maîtrise des régies

Chantiers spécifiques à chaque piste étudiée

11 Expérimentation : paiement à la sortie

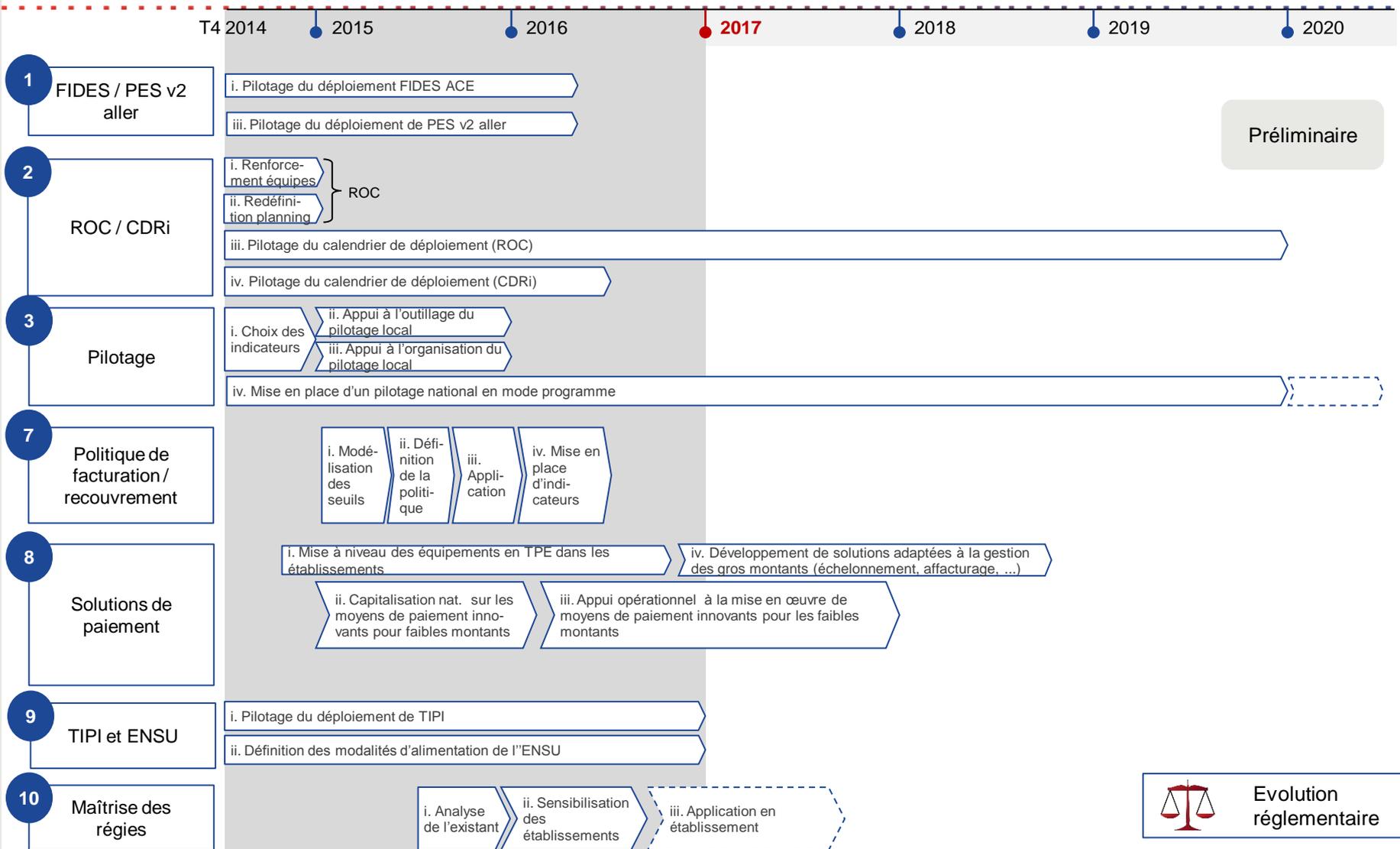
12 Expérimentation : paiement à l'entrée

13 Expérimentation : encaissement automatique, après prise d'empreinte de carte bancaire ou autorisation de prélèvement

14 Etude d'opportunité et de faisabilité sur la forfaitisation de la part patient des ACE

X Chantier

Le calendrier initial des chantiers communs aux cibles de facturation est respecté



Preliminary



Zoom sur les projets en cours

Avancement du projet CDRi – volet hospitalier

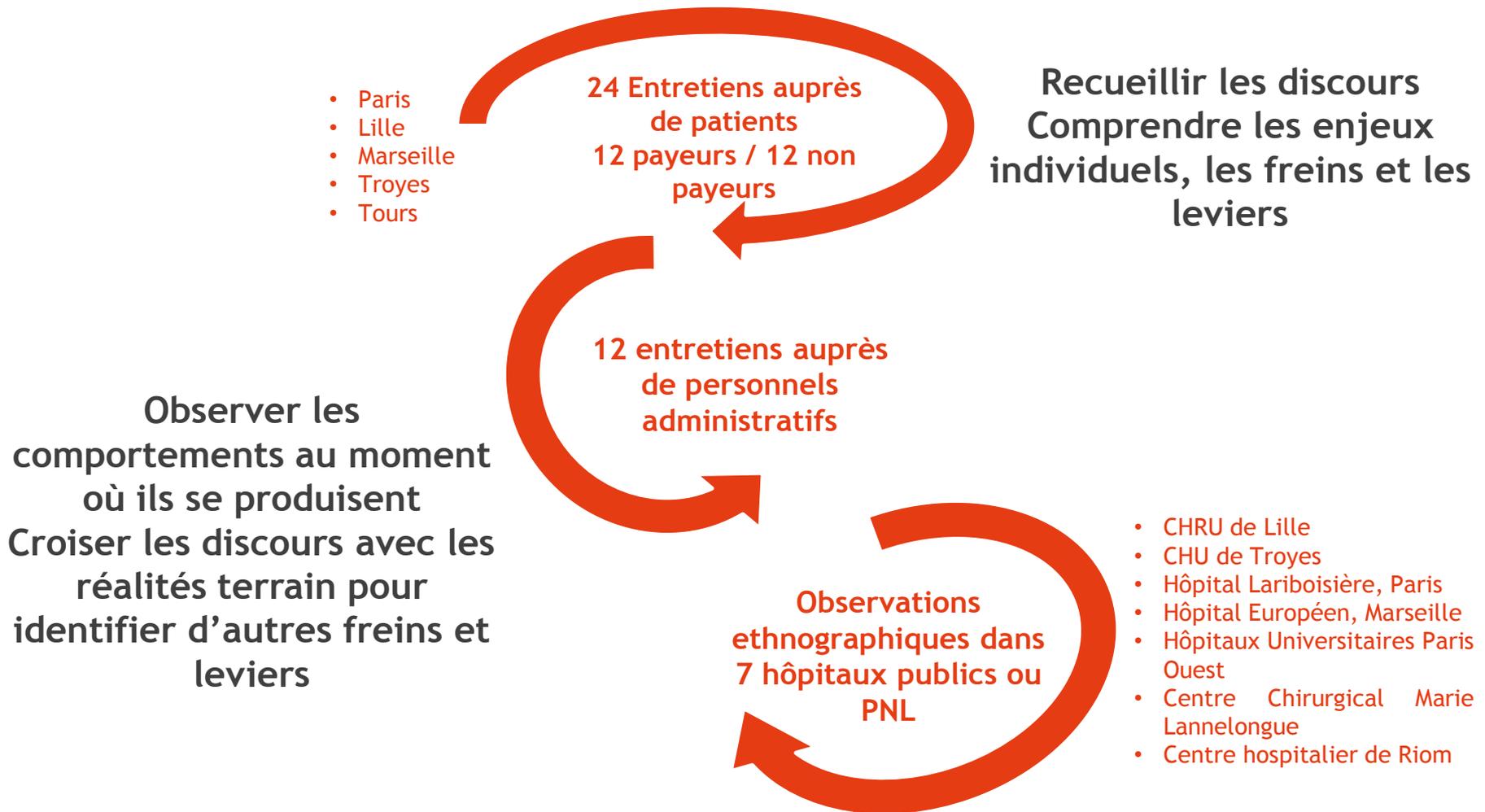
- **Rappel : 3 établissements expérimentateurs**
 - Montargis – Agfa
 - Meaux – Maincare
 - St Denis – Mipih

- **Agfa : développement en cours**
 - La gestion de l'appel et la réception des droits est quasi terminée
 - Intégration dans le logiciel de gestion administrative du patient en cours
 - Début de l'expérimentation au CH de Montargis courant **novembre 2015** pour un passage en production au deuxième trimestre 2016

- **Maincare : conception en cours, développement non débuté**
 - Echanges en cours avec le GIE sur des questions techniques
 - Prévision de Maincare : début de l'expérimentation **début d'année 2016**, qui pourrait être décalée au vu des récentes demandes de développements liées à des modifications réglementaires

- **Mipih : l'intégration de CDRi sera faite dans une version majeure du logiciel**
 - Le choix de Mipih s'explique par le fait que CDRi impacte le moteur de facturation et ne peut être traité par patch sans prendre de risque
 - Prévision du Mipih : l'expérimentation pourrait donc débuter en **avril 2016**

Le dispositif mis en place pour la démarche *Nudge* a permis de rencontrer les patients et les agents dans leur environnement respectifs ...



Les facteurs d'influence (1/2)

...Côté patients



INDIVIDUEL

- EGO : Peur d'être « fiché » mauvais payeur
- PEUR des pénalités
- Besoin de faire un nouveau soin



Leviers



Freins

- MÉCONNAISSANCE du système de prise en charge
- HABITUDE de ne pas payer
- INCOMPRÉHENSION du pourquoi un reste à charge
- EMOTION / FAIBLE DISPONIBILITÉ MENTALE quand le recours à l'hôpital se fait en urgence
- OUBLI qu'une facture a été reçue
- AVERSION À LA PERTE



SOCIAL

- CONSCIENCE CITOYENNE
- MESSAGER : Emetteur Trésor Public
- CONFIANCE dans le bien fondé de la facture
- Sentiment de RÉCIPROCITÉ pour le soin reçu
- Proches qui se chargent de payer la facture
- Signature d'un engagement de paiement

- ILLUSION DE SAVOIR / CROYANCE dans la gratuité du système de soin
- ILLUSION DE SAVOIR / CROYANCE en une prise en charge totale que dès lors qu'on a une mutuelle
- MINIMISATION DES CONSÉQUENCES à ne pas payer



ENVIRONNEMENT ORGANISATIONNEL

- Trucs et astuces pour créer de la SAILLANCE pour ne pas oublier la facture reçue

- Factures arrivant dans le désordre
- SAILLANCE : Manque de clarté de la facture
- SAILLANCE : Fréquence des relances peu élevée
- Manque de SAILLANCE des autres modes de paiement que le chèque
- Horaires des caisses limités pour payer à la sortie
- Temps d'attente important pour payer à la sortie

Les facteurs d'influence (2/2)

...Côté hôpital



INDIVIDUEL



SOCIAL



ENVIRONNEMENT ORGANISATIONNEL



Leviers

- Agent tient un discours au patient sur le reste à charge

- Discours agents
- Faire signer un engagement de paiement en amont au patient

- Davantage de discours en cas d'hospitalisation
- Système de ticket prioritaire pour payer
- Espaces de paiement accessibles en dehors des horaires d'ouverture des caisses
- Affichage clair
- Informations remises dès la pré-admission / prise de rdv
- Demande d'acompte



Freins

- Agent qui considère que ce n'est pas son rôle
- Peur de se tromper à l'encaissement
- Absence de vision du fonctionnement général du système

- Absence de discours ou discours trop vague des agents
- Pudeur des agents à parler d'argent
- Manque de sensibilisation des agents et des soignants au conséquence du non paiement

- Problématique de signalétique et sémantique au sein de l'hôpital
- Cotations pas faite en direct
- Temps important pour la facturation
- Montant et horaires d'encaissement limités

Ce que nous apprennent les profils type sur les freins et leviers :

Facteurs individuels
Facteurs situationnels
Facteurs sociaux

Le non payeur



Jérémie NOGIER
25 ans
A eu recours à l'hôpital pour une consultation

- Je ne savais pas qu'il fallait payer si on n'a pas sa carte de mutuelle sur soi
- Je n'avais pas le temps de faire la queue pour payer
- J'avais oublié que j'allais recevoir une facture
- Je croyais que c'était une amende comme c'était le Trésor Public
- Le problème, c'est qu'on ne peut payer que par chèque et ça m'embête
- Je suis du genre à remettre les choses au lendemain et j'ai oublié cette facture
- Ce n'est que 10€, c'est rien pour eux et ils vont pas m'attaquer pour ça...
- Je paierais si je reçois une relance des impôts

Le payeur



Michèle LALEAU
50 ans
A eu recours à l'hôpital pour une hospitalisation

- Je me suis bien renseignée avant sur la prise en charge
- L'hôpital m'a fait un devis et j'ai signé un engagement de paiement
- On a un système de santé privilégié en France, c'est normal de contribuer et j'ai été bien soignée
- Je n'aime pas avoir de dettes donc j'ai payé tout de suite
- Je suis fière de contribuer au système quand beaucoup d'autres fraudent

L'agent



Pascal LAPAIRE
57 ans
Agent depuis 20 ans en hôpital public

- On n'a pas beaucoup de temps pour expliquer le système aux patients
- On fait ce qu'on peut pour qu'ils reviennent payer avant de partir, mais on est pas des flics
- Je leur dis qu'ils ont des factures impayées quand je le vois dans le logiciel, et là, ils n'osent pas refuser de payer
- En fonction de l'heure, je ne peux pas toujours encaisser
- On est obligé d'attendre que les médecins fassent les cotations pour envoyer la facture
- Même si les gens payaient plus, ça changerait pas grand-chose à mes conditions de travail

Une lecture des factures le plus souvent en diagonal

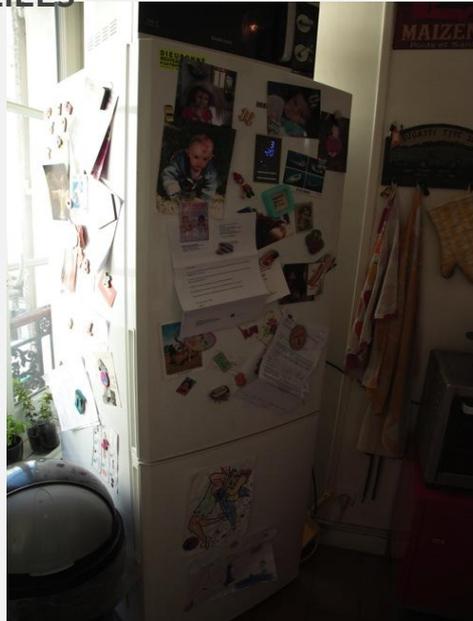
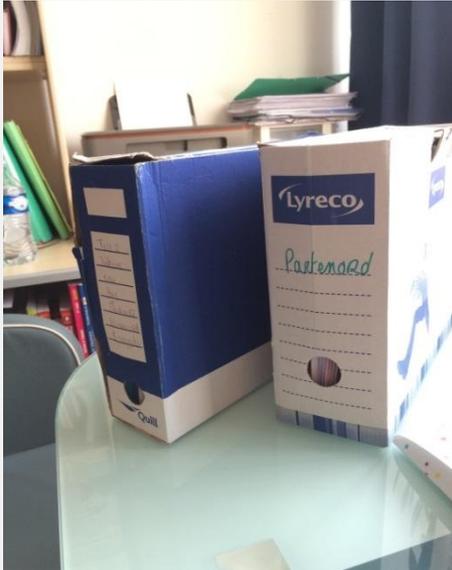
- Une ouverture des factures À RÉCEPTION
- Une lecture TRANSVERSALE



« Je regarde toujours en premier la somme, puis la date d'échéance. »

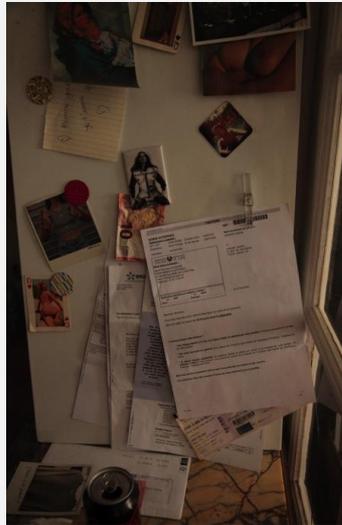
Des factures qui ne sont pas traitées de suite (1/2)

DES FACTURES ENTASSÉES, PUNAISÉES...AU RISQUE D'ÊTRE OUBLIÉES



Des factures qui ne sont pas traitées de suite (2/2)

DES FACTURES ENTASSÉES, PUNAISÉES...AU RISQUE D'ÊTRE OUBLIÉES



Un enjeu autour de la clarté de la facture (1/3)



FACTURE CLAIRE

- ✓ Une **PRÉSENTATION ASSEZ CONDENSÉE** permettant d'avoir rapidement aux yeux les principaux éléments permettant de recontextualiser la facture et d'explicitier la nature du montant dû.
- ✓ Une **PRÉSENTATION VISUELLE** avec des encadrés, des tableaux et des couleurs permettant immédiatement de repérer les informations clés : le montant, la personne et le service concerné, etc.
QUI / QUOI / COMBIEN
- ✓ Une facture sur **UNE PAGE** (ou un recto avec les principales informations et un verso avec le détail)



FACTURE PEU CLAIRE

- ✗ Une **PRÉSENTATION CONFUSE**, tout en noir et blanc, où rien ne ressort : montant global et échéance peu visibles
- ✗ Un **MONTANT GLOBAL NON EXPLICITÉ OU DÉTAILLÉ MAIS OBSCURS**, difficile à comprendre en raison d'un vocabulaire technique ou jargonneux, qui semble plus vouloir « brouiller les cartes » qu'expliquer de manière pédagogique le montant à payer
- ✗ Une facture éditée par **UNE AUTRE SOCIÉTÉ, UN AUTRE ORGANISME** que celui dont ils sont à la base client
 - ➔ Les factures jugées les plus compliquées sont celles **DU PUBLIC**

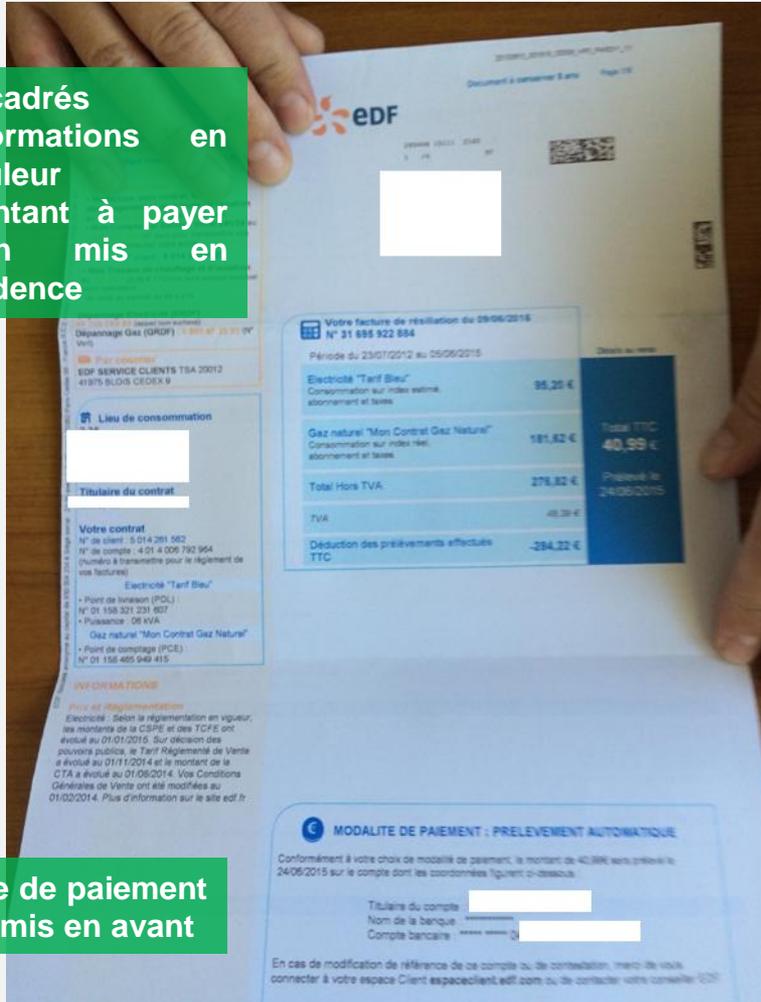
« Une facture simple c'est quand on voit tout de suite qui c'est, ce pour quoi je paye, et en bas l'échéance et le tarif. » (Patient, non payeur)

Un enjeu autour de la clarté de la facture (2/3)

Saillance

FACTURE CLAIRE

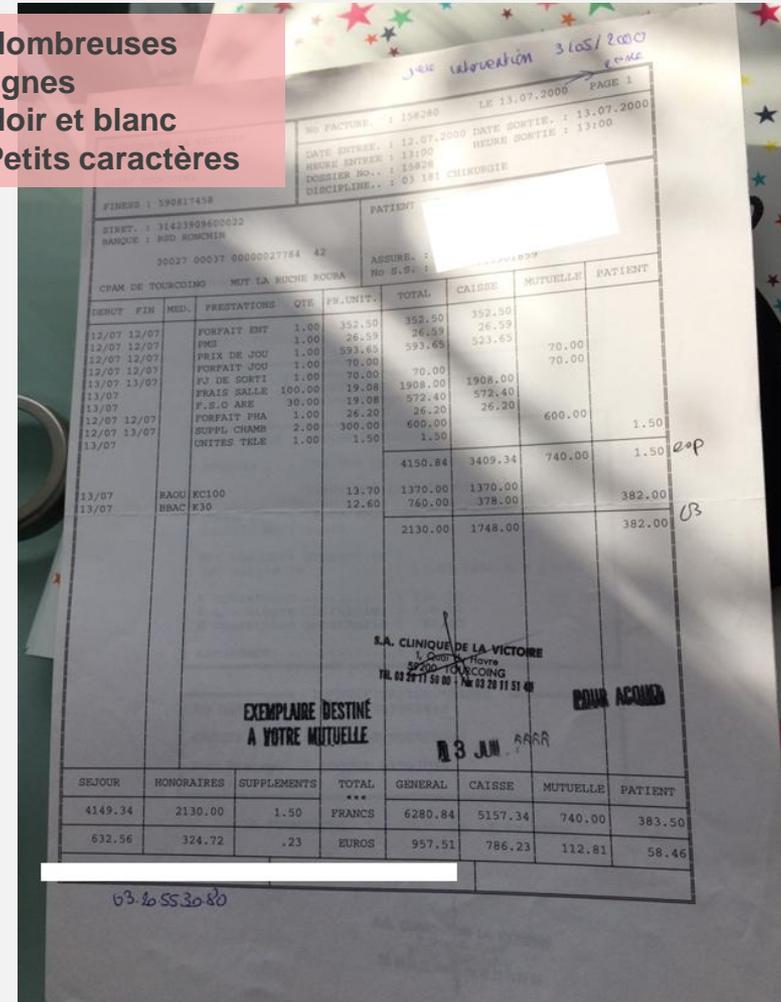
- ✓ Encadrés
- ✓ Informations en couleur
- ✓ Montant à payer bien mis en évidence



- ✓ Mode de paiement bien mis en avant

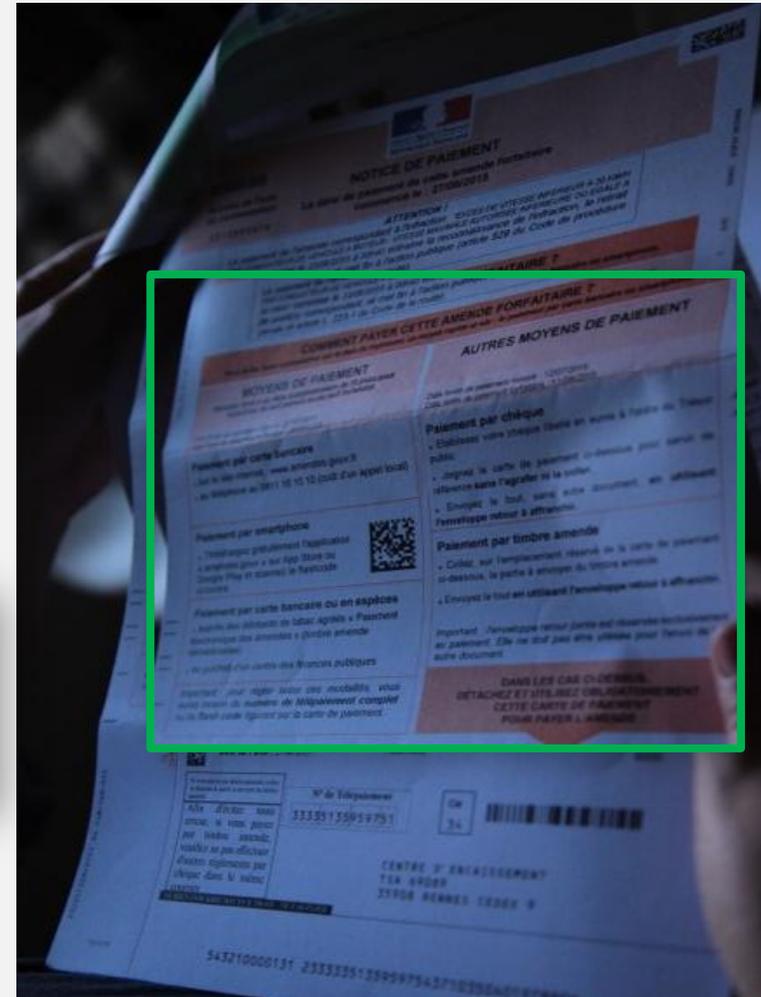
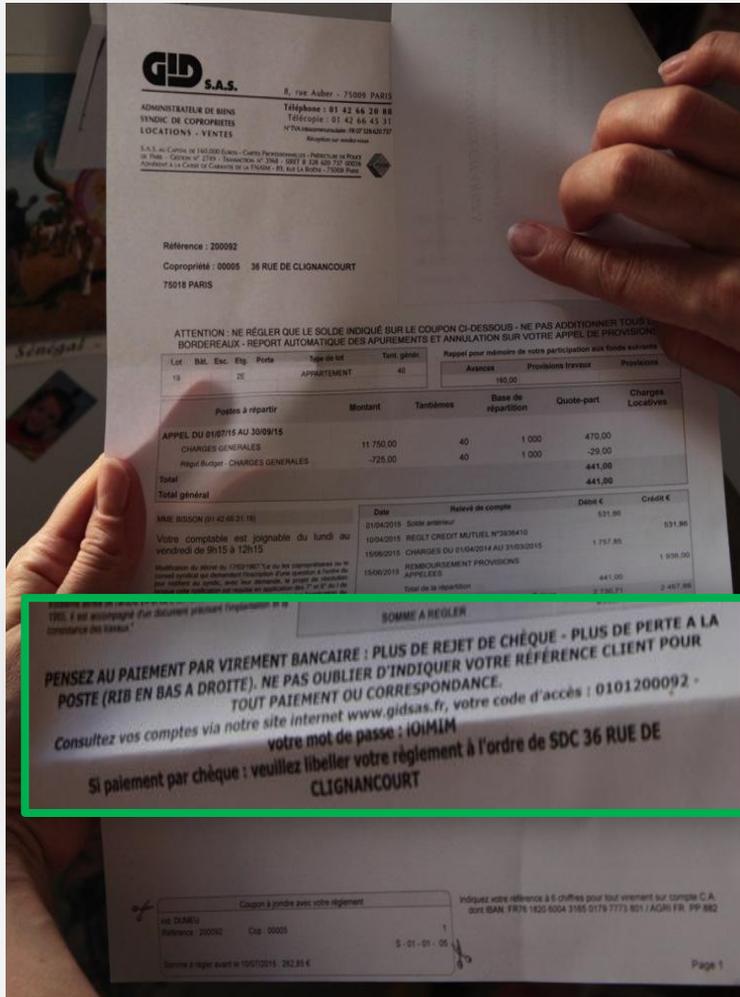
FACTURE PEU CLAIRE

- ✓ Nombreuses lignes
- ✓ Noir et blanc
- ✓ Petits caractères



Un enjeu autour de la clarté de la facture (3/3)

MODES DE PAIEMENT BIEN MIS EN AVANT



Le chèque, un moyen de paiement saillant, privilégié pour les factures ponctuelles mais pour autant pas le plus pratique (1/2)

Les freins

Les leviers

Chèque



FASTIDIEUX (aller à la Poste...)
COÛTEUX (timbre + coût d'un envoi avec AR (habitude prise avec l'administration))
PEUR DE LA PERTE DU COURRIER

Mode de paiement le plus **SAILLANT** / souvent **PAR DÉFAUT**
Possibilité de jouer sur les **DÉLAIS** (de réception, d'encaissement)
TRAÇABILITÉ (un montant et une date notés sur le talon du chéquier)

Internet



Craintes en matière de **SÉCURISATION**
CRAINTE DE DONNER SON NUMÉRO DE CB et ainsi une « entrée libre » à son compte bancaire à l'organisme qui facture (particulièrement pour les factures jugées « exceptionnelles » (comme les frais médicaux par exemple) et ce d'autant plus quand il s'agit d'un organisme privé ou des services des impôts)

Mode de paiement **ACCESSIBLE** / **PRATIQUE**
FACILITÉ par la mise à disposition d'un espace personnel où on se connecte via un identifiant
Permet une **GESTION** au jour le jour de leurs comptes (débit rapide)

Carte bleu



Nécessite **D'ALLER SUR PLACE**
CRAINTE DE DONNER SON NUMÉRO DE CB **PAR TÉLÉPHONE** et qu'il soit conservé par l'organisme qui facture

Permet une **GESTION** au jour le jour de leurs comptes (débit rapide)

Espèces



Nécessite **D'ALLER SUR PLACE**
Un mode de paiement souvent **REFUSÉ**

Permet une **GESTION** au jour le jour de leurs comptes (paiement immédiat)

Virement



Mode de paiement **RAREMENT PROPOSÉ** ET QUI **NE VIENT PAS SPONTANÉMENT À L'ESPRIT** pour une facture ponctuelle

Permet de **MAÎTRISER** ses comptes (date de paiement choisie)

Prélèvement



Mode de paiement **RAREMENT PROPOSÉ** ET QUI **NE VIENT PAS SPONTANÉMENT À L'ESPRIT** pour une facture ponctuelle
FAIBLE VISIBILITÉ SUR LA DATE de prélèvement
CRAINTE DE DONNER UNE « ENTRÉE LIBRE » à son compte bancaire

TIP

TIP

Mode de paiement **RAREMENT PROPOSÉ** ET QUI **NE VIENT PAS SPONTANÉMENT À L'ESPRIT**
FAIBLE VISIBILITÉ SUR LA DATE de prélèvement

MAITRISE DE L'AUTORISATION à prélever

Les freins – Un déficit d'information des patients sur le reste à charge (1/12)

DES PATIENTS QUI NE SAVENT PAS QU'ILS AURONT ÉVENTUELLEMENT DES FRAIS À PAYER

- Une **CROYANCE** en la gratuité de l'hôpital, renforcée par l'**HABITUDE** de ne pas payer
« On a encore beaucoup de gens qui pensent que l'hôpital c'est gratuit. » (Agent)
- Une vraie **MÉCONNAISSANCE** du fonctionnement du système de soin
 - Méconnaissance de la part des patients que **S'ILS NE PRÉSENTENT PAS TOUS LES PAPIERS, OU QUE CEUX-CI NE SONT PAS À JOUR, ILS DEVRONT S'ACQUITTER DU MONTANT DES FRAIS**
 - Des patients pas toujours au fait qu'il faut mettre régulièrement à jour la carte vitale
 - Qui oublie certains documents, notamment la carte de mutuelle, mais pensent que toutes les informations sont enregistrées puisqu'ils sont déjà venus, et que ce n'est donc pas grave de ne pas les avoir sur soi
« Pour moi je ne paye pas à l'hôpital, il y a le tiers payant, mais cette fois-ci, comme par hasard, j'avais oublié ma Carte de mutuelle. **Moi ce que je n'aime pas, c'est qu'ils me connaissent, la date pour ma Carte de mutuelle était encore valable et c'était dans leur ordinateur. Apparemment, il fallait quand même qu'ils me la demandent.** » (Patient)

Les freins – Un déficit d'information des patients sur le reste à charge (2/12)

→ Une **INCOMPRÉHENSION DU SYSTÈME DE CONVENTIONNEMENT DES MUTUELLES** : pour les patients, toutes les mutuelles sont automatiquement reconnues par tous les hôpitaux

« *Les mutuelles non conventionnées, j'essaye de leur expliquer, les gens tombent des nues, mais ce n'est pas très facile à dire.* » (Agent)

« *On a d'autres cas, c'est quand la mutuelle n'est pas conventionnée, le patient va devoir payer le Ticket modérateur en avance, sauf qu'à 184 euros ils ne peuvent souvent pas, ils ne s'attendent pas à ça. Pour eux, avoir une mutuelle ce n'est pas forcément avoir à payer quelque chose, alors que c'est bizarre, étonnamment en pharmacie ils peuvent. Alors on doit expliquer pourquoi la mutuelle n'est pas conventionnée, certains râlent, d'autres ne comprennent pas.* » (Agent)

→ **DES DIFFICULTÉS, DES PATIENTS PRIS EN CHARGE À 100%, À DISTINGUER CE QUI RELÈVE DE LEUR PRISE EN CHARGE À CE TITRE ET CE QUI N'EN RELÈVE PAS**, d'où un étonnement, voire une contestation, quand on leur indique qu'ils ont des frais à payer

« *Il y a plein de râleurs. Ils n'ont pas payé et ils reçoivent une facture et ils ne comprennent pas. Par exemple un médecin qui n'a pas validé le 100%. Mais sur la facture il y a le type de 100% qui est rappelé.* » (Agent)

« *Ceux qui ne payent pas, ce sont certaines personnes qui sont en ALD et ils ne comprennent pas qu'on les fasse payer, alors qu'ils viennent pour des examens qui n'ont rien à faire avec leur ALD.* » (Agent)

Patient dont la mutuelle n'est pas conventionnée = Mauvais payeur +

Patient ALD = Mauvais payeur ++

Les freins – Un déficit d'information des patients sur le reste à charge (3/12)

→ DES NOTIONS DE « TICKET MODÉRATEUR », ET SURTOUT DE « FORFAIT HOSPITALIER » MÉCONNUES

« **Le forfait journalier on est obligé de réexpliquer...** Ils font un amalgame (...) on explique que ce n'est pas que le repas, c'est tout ce qui n'est pas médical, ce n'est pas que le repas.», (Agent)

« Ici ça fait jamais 18 € (...) Si ils restent 2 jours c'est 2X 18 € + le PAT (18 € en plus. Ca fait 54 €. **Ils demandent : 'Ca correspond à quoi ?' ils sont énervés.** Je suis rentré à 23 h et je sors maintenant. Nous on leur explique que c'est les tarifs sécu. En ambulatoire ils payent juste le PAT. Souvent ils disent qu'ils partent avant manger. (...) Ils demandent ce qu'ils payent.» (Agent)

«J'ai le cas d'un patient en chirurgie. Il n'a que des droits Sécu. Il n'a pas été opéré pour x raisons. Il a le forfait journalier de 18 € à payer + le prix de journée de 218 €. Du coup, il se trouve surpris d'avoir à payer cette somme et il ne veut pas.» (Agent)



Méconnaissances qui engendrent *in fine* contestation (absence de prise de conscience de la possibilité d'un reste à charge) ...et non paiement (avec le sentiment d'être dans « son bon droit »)

Les freins – Un déficit d'information des patients sur le reste à charge (4/12)

ET UN DÉFICIT INFORMATIF DES PATIENTS RENFORCÉ PAR UN FAIBLE DISCOURS AGENT / SOIGNANT SUR LE SUJET

- **UN DISCOURS STANDARD DES AGENTS**, quel que soit l'hôpital, **QUI TOURNE AUTOUR DE LA DEMANDE DE LA CARTE D'IDENTITÉ, CARTE VITALE ET CARTE DE MUTUELLE** du patient
→ **AUTOMATISME**
 - Un discours au sujet des papiers nécessaires sur le registre de l'invitation, sans expliquer le « pourquoi » / la raison de cette nécessité : aucune information sur le « pourquoi » de la gratuité des soins qui assimile le recours à l'hôpital à une **TRANSACTION NEUTRE** ce qui alimente la croyance en la gratuité des soins
- Une **ABSENCE DE DISCOURS DE LA PART DES AGENTS COMME DU PERSONNEL MÉDICAL SUR LE COÛT DE L'HÔPITAL DE MANIÈRE GÉNÉRALE**
- Des **SOIGNANTS QUI N'ÉVOQUENT JAMAIS AUX PATIENTS LA NÉCESSITÉ DE REPASSER PAR L'ACCUEIL À LA SORTIE**

« On ne m'a rien dit aux urgences, juste 'donnez-moi vos papiers, votre carte vitale et votre carte de mutuelle mais rien sur si c'était à ma charge ou pas et sur combien ça coûte. » (Patient)

« On m'a juste demandé ma Carte Vitale et la MGEN est dessus. J'étais envoyée par mon médecin traitant, et c'est tout, on ne m'a jamais parlé d'un coût quelconque. » (Patient)

« On ne parle jamais de frais à l'hôpital. » (Patient)



Une absence de discours qui est prise par les patients comme une confirmation tacite de la gratuité des soins

2 B NUDGE – Méthode

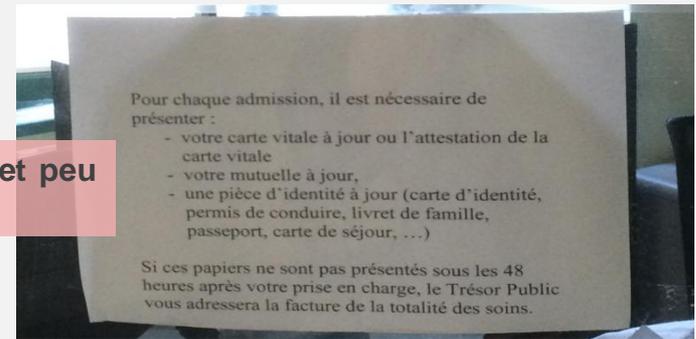
Les freins – Un déficit d'information des patients sur le reste à charge

(11/12)

DES AFFICHES ASSEZ PRÉCISES SUR LE RESTE À CHARGE, LES TARIFS...MAIS PEU VISIBLES, DILUÉES PARMIS D'AUTRES INFORMATIONS PLUS GÉNÉRIQUES

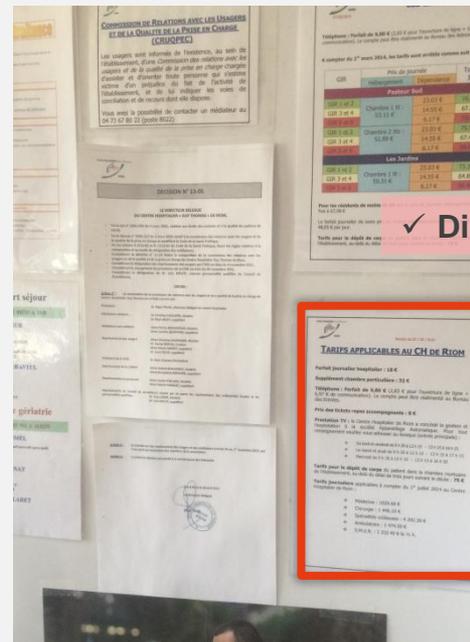
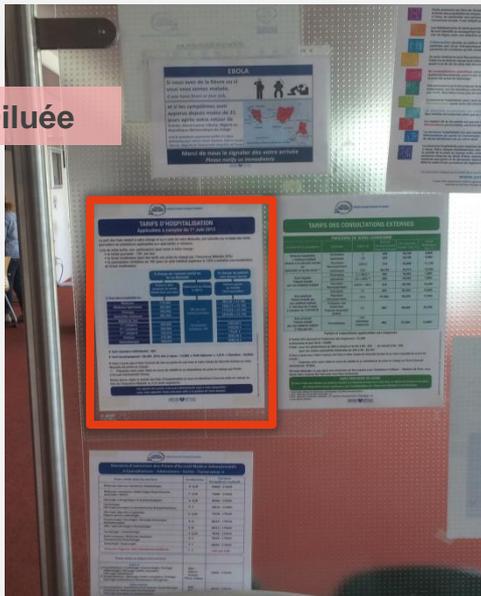


✓ Petite et peu visible sur un pan de mur



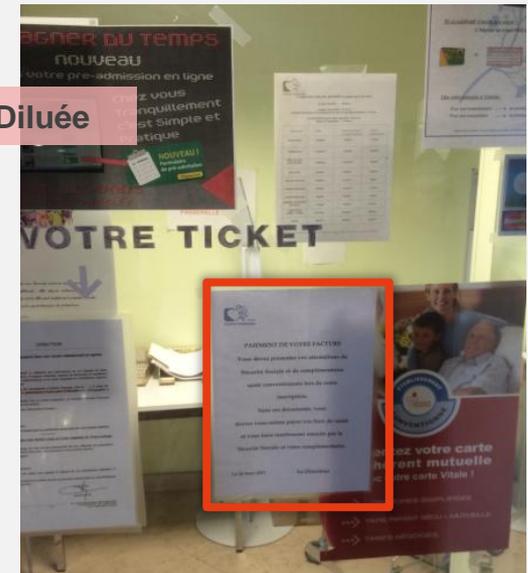
✓ Petite et peu visible

✓ Diluée



✓ Diluée

✓ Diluée



Les freins – Un déficit d'information des patients sur le reste à charge (12/12)

SALLE D'ATTENTE AVEC PEU D'AFFICHAGE ET PAS TOUJOURS TRÈS VISIBLE



✓ Très peu d'affichage



✓ Très peu d'affichage et peu visible

✓ Quelques informations de petite taille au mur



Les leviers – En matière d'information des patients (1/2)

Le niveau d'information des patients et la prise de conscience d'un éventuel reste à charge est bien plus grand quand :

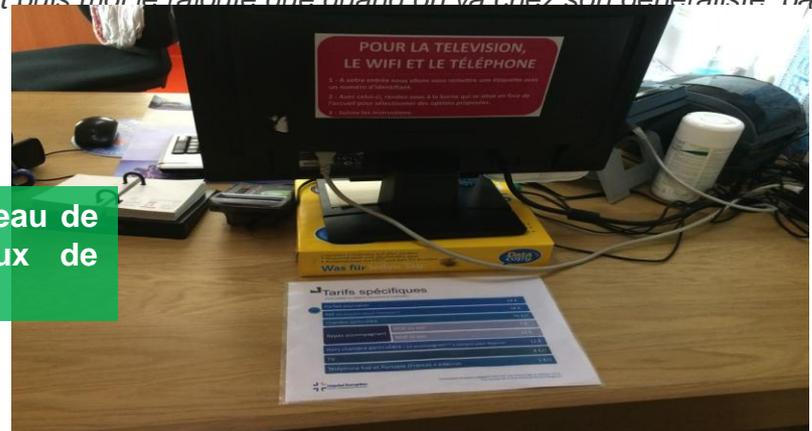
- **LES AGENTS INTÈGRENT SYSTÉMATIQUEMENT À LEURS DISCOURS** des éléments d'information sur le reste à charge dans certains hôpitaux où c'est la coutume (hôpitaux semi-privé)...
- ...ce d'autant plus que la personne en face semble peu au fait du fonctionnement
- ...ce d'autant plus que le statut d'hôpital non public rend plus facile – et plus accepté – le fait de « parler argent »

« Ça se passe bien la facturation, on leur dit en amont qu'il va falloir payer. A l'APHP, peut-être qu'on n'a pas à payer, mais ici c'est pas la même chose. Ils reviennent facilement nous payer en fin de consultation, même certaines secrétaires médicales leur disent de le faire. » (Agent)

« Ceux qui ne comprennent pas le fonctionnement on explique, pour les petits vieux ou les très jeunes. On dit qu'on n'est pas l'assistance publique, qu'on fonctionne différemment. Et puis moi je rajoute que quand on va chez son généraliste bah on paye, comme ici. » (Agent)

- **L'AFFICHAGE EST BIEN VISIBLE**

✓ Tarif affiché sur le bureau de l'agent sous les yeux de l'utilisateur



LA PROBLÉMATIQUE DE LA SIGNALÉTIQUE

DIFFICULTÉ À SE REPÉRER,
ne serait-ce que pour trouver
l'accueil général

ABSENCE DE MENTION de
la nature des box

Des termes TROMPEURS

Bureau intitulé « admissions »
qui fait aussi les sorties

Bureau intitulé « sortie » qui fait
aussi les admissions...

« Je fais les entrées, les sorties, la facturation, mais le problème c'est qu'il n'y a écrit qu'entrée. » (Agent)

Une sémantique PEU EXPLICITE

Pas toujours formulés en
« entrée / sortie » encore
moins en « caisse »...donc des
lieux qui ne sont pas
identifiables comme des lieux
« où payer »

MANQUE DE SAILLANCE

Les freins – Le poids de l’environnement (2/3)

LA PROBLÉMATIQUE DE LA SIGNALÉTIQUE

- ✓ A l’entrée du bureau des admissions est affiché la répartition des guichets... du bureau des sorties



- ✓ Box sans mention vraiment visible de leur nature



- ✓ accueil « général »
- ✓ ...sans que ne soient précisés les termes de sorties ou de facturation

Les freins – Le poids de l'organisationnel de l'hôpital (1/2)

LA PROBLÉMATIQUE DES HORAIRES ET MODES DE PAIEMENT LIMITÉS

Amplitude horaire des caisses PAS ASSEZ LARGE

→ **Obligation de fermer sa caisse à 16h30 pour rendre le contenu de celle-ci à la régie pour 17h... alors que le service peut fermer à 20h**

« On a un problème d'ouverture de régie : déjà ils ont supprimé les fonds de caisse, et **les caisses doivent fermer à 16h30, parce qu'on doit rendre l'argent à la régie centrale avant 17h. Donc on ne peut plus rien encaisser après 16h30. Et on peut fermer à 20h....** » (Agent)

« Si une personne étrangère, par exemple, vient pour une hospitalisation prévue **et qu'elle veut payer à 16h30, on ne peut pas, c'est trop tard.** » (Agent)

→ **Ouverture des caisses pas toujours assurée le week-end...alors que c'est le moment où les gens ont le temps de se déplacer pour payer**

« La première fois, **je suis sortie un dimanche donc les caisses étaient fermées.** La seconde fois, je n'ai pas payé tout de suite non plus car la caisse était fermée comme il était 17h30. » (Payeur)

Tous les modes de paiement ne sont PAS PROPOSÉS / ACCEPTÉS

→ **Difficultés à payer en espèces par manque de fond de caisse**

« Certains agents ont un fond de caisse, par exemple moi, mais il n'est pas très élevé. **Déjà, avant 9h, puisque nous on ouvre tôt, on incite à payer en chèque ou en CB.** » (Agent)

Un MONTANT MAXIMAL d'encaissement autorisé dans les services

→ **Des agents obligés de rediriger les patients vers la régie pour payer**

« Dans les POMA, **on ne peut pas encaisser plus de 300 euros, on est obligé d'aller en régie.** » (Agent)

Les freins – Une facture d’hôpital que l’on a du mal à « resituer » à réception (1/3)

UN ÉMETTEUR TRÉSOR PUBLIC QUI NE PERMET PAS DE FAIRE LE LIEN IMMÉDIAT AVEC L'HÔPITAL

Une compréhension difficile en première lecture qu’il s’agit d’une facture d’hôpital : des usagers qui ne s’attendent pas à cet émetteur, et ne voient pas le lien entre celui-ci et l’hôpital

Un émetteur qui peut générer un sentiment de malaise, voire de culpabilité qui ne trouvant pas de justification spontanée, peut accroître le sentiment d’incompréhension, voire d’injustice qui incite, en retour, à ne pas payer, ou pas immédiatement, la facture

« J’ai reçu une facture deux ou trois semaines après mon passage aux urgences. Je l’ai ouverte parce que c’était écrit Trésor Public. Je pensais que c’était ma feuille d’impôt. » (Patient)

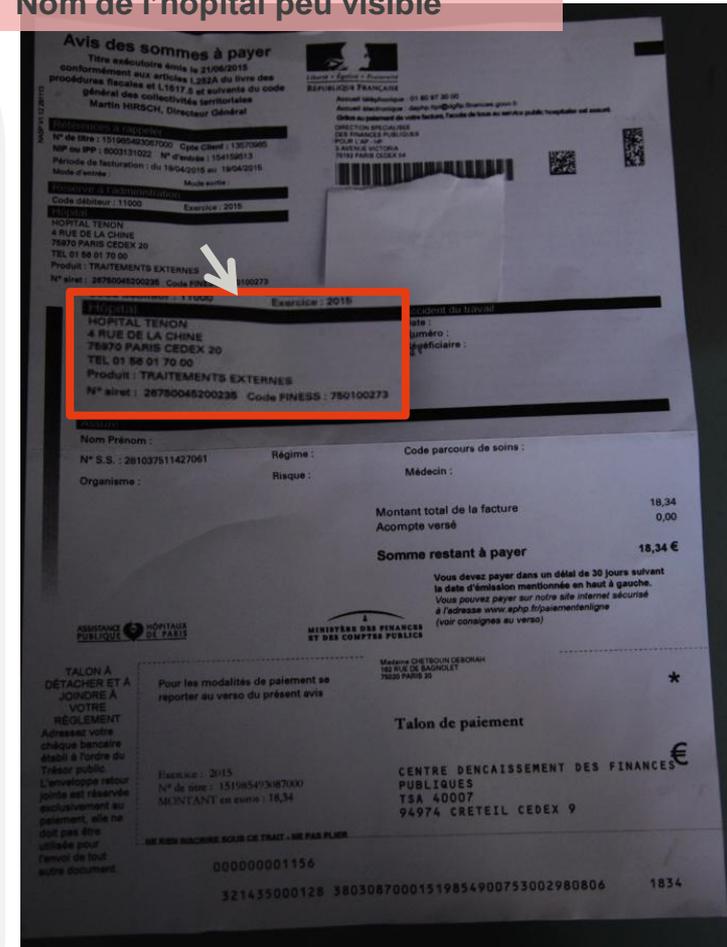
« Le principe n’est pas logique, l’hôpital avait déjà donné la facture au Trésor Public. J’ai le sentiment qu’on ne nous fait pas confiance. » (Patient)

« On reçoit la facture, on voit Trésor Public, on appelle les impôts car on ne comprend pas. Après on appelle l’hôpital mais on n’arrive pas à les joindre ! J’ai d’abord cru que c’était les impôts. C’est seulement après que j’ai vu le mot soins. Même ‘hôpital Necker’, c’est écrit riquiqui. » (Patient)

« La facture de l’hôpital, j’ai remarqué que c’est le Trésor Public. Je me dis pourquoi, c’est bizarre. Je m’attends toujours au logo de l’assistance publique mais pas du Trésor Public. » (Patient)

« On voit Trésor Public, on se dit ‘aïe’, comme si on était parti sans payer. » (Patient)

✓ Nom de l’hôpital peu visible



Les freins – Une facture d'hôpital que l'on a du mal à « resituer » à réception (2/3)

UN TEMPS DE RÉCEPTION TROP LONG

Une réception de la facture bien après la consultation qui fait que l'on ne se souvient plus de quoi il ressort

« Il faut courir après mes factures car **elles arrivent six mois après, on ne se souvient pas de ce que c'est.** » (Patient)

« **Le problème des factures hospitalières, on les reçoit six à huit mois après la consultation donc parfois on oublie et on doit appeler pour savoir pourquoi on a reçu une facture !** Par exemple, là, j'ai vu 'consultation du 21/05/14', ils ont fait la facture le '19/01/15' seulement. Huit mois pour faire une facture, ça me paraît long et j'avais appelé car je ne m'en rappelais même plus ! » (Patient)



Une facture qui peut alors arriver à un moment où ELLE « TOMBE MAL »

Difficultés financières ponctuelles

Une facture qui n'est plus la priorité du moment

« Au bout de 15 jours, ça n'arrive pas. Au bout d'un mois, on a oublié. **Au bout de six mois, ça arrive et là, ça tombe mal car ce n'est pas un mois où l'on a des sous !** » (Patient)

Les freins – Une facture d'hôpital que l'on a du mal à « resituer » à réception (3/3)

DES FACTURES QUI ARRIVENT DANS LE DÉSORDRE OU MORCELÉES

Des factures qui n'arrivent pas forcément dans l'ordre temporel des consultations

Ou plusieurs factures correspondants à différents actes d'une même consultation

→ Des patients perdus, qui ne comprennent pas pourquoi ils reçoivent plusieurs factures, qui ont le sentiment d'avoir déjà tout payé à la réception de la deuxième facture, qu'il n'honore du coup pas nécessairement, se sentant dans leur bon droit

« Comme je suis allée plusieurs fois à l'hôpital dans l'intervalle, je ne savais même pas à laquelle le montant réclamé correspondait. L'hospitalisation était prise en charge mais pas la consultation, et ça, je ne comprends pas. Au final, la dernière facture est arrivée avant la première et on ne comprend pas du tout. » (Patient)

« Il y avait 6,90 euros : ce n'est pas grave, je paye car c'est peu mais on ne sait même pas ce que c'est. Après, j'en ai reçu une qui me réclamait 14,99 euros : on se dit, c'est bizarre car j'ai déjà payé 6,90 euros. C'est seulement après que j'ai compris que consultation et imagerie sont sur deux factures différentes. J'ai dû appeler pour comprendre car c'est à s'arracher les cheveux ! » (Patient)

Les freins – Une difficulté à comprendre sa facture (1/3)

UNE FACTURE BROUILLÉE PAR DES INFORMATIONS ADMINISTRATIVES COMPLEXES

- Des informations administratives « parasites » (codes, chiffres, etc.) , ne renvoyant à rien pour les patients, qui noient l'information principale
 - Un manque patent de visibilité des informations-clés
- Des phrases type qui peuvent générer de l'incompréhension car ne correspondant pas à sa situation
 - Un recto de la facture jamais lu car jamais aperçu (la plupart le découvre pendant l'entretien)

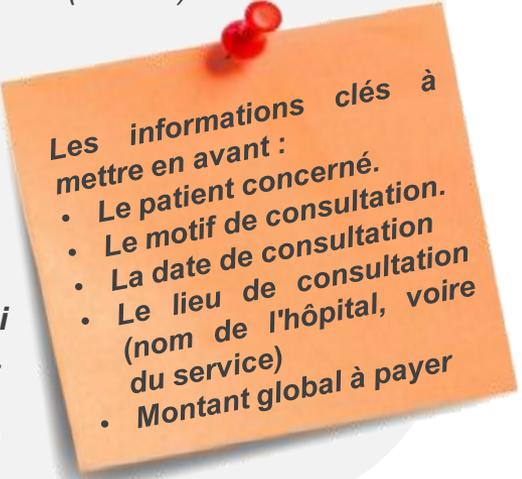
« Il y a plein de codes, le 'numéro NIP' par exemple, c'est quoi ? Il y a aussi 'compte client' et 'numéro de dossier' et 'référence' : mais on ne sait pas ce que sont ces quatre éléments ! » (Patient)

« Il y a des termes que je ne comprends pas : c'est les termes de la Sécurité Sociale. Je comprends bien 'consultation de spécialiste' mais 'hors dispositif PSC :X' je ne sais pas du tout ce que c'est. Ou 'DMT : 157', c'est quoi ? Ou 'RISQ10 MT 07' ? Ca doit être des références pour eux. **Pourquoi me mettre ces infos sur la facture ?** » (Patient)

« Les codes là, sont un peu...chiants. On ne sait pas à quoi ça correspond, **ce n'est pas lisible pour nous et c'est regrettable.** » (Patient)

« **Ils nous appellent : 'je ne comprends pas...'** C'est vrai que c'est mal fait : « **Si vous avez déjà payé cette facture, ne payez pas** ». Cette phrase là est indiquée. C'est une lettre type. » (Patient)

« La facture c'est pas claire, il y a le calcul à faire, si on décrypte mal on peut se dire que c'est un dépassement d'honoraire. » (Patient)

- 
- Les informations clés à mettre en avant :
- Le patient concerné.
 - Le motif de consultation.
 - La date de consultation.
 - Le lieu de consultation (nom de l'hôpital, voire du service)
 - Montant global à payer

Lors d'un atelier, personnels hospitaliers et patients ont choisi des leviers pour **favoriser le paiement des factures par les patients avant leur sortie de l'hôpital**

EXEMPLES DE PROPOSITIONS

- **COMMUNICATION :**
 - **Message téléphonique d'accueil/ d'attente** tel que "l'hôpital n'est pas gratuit" ou autre
 - **Campagne locale et nationale de communication** avec le **slogan "Chacun sa part"** (sensibiliser le patient sur la grosse part de remboursement par l'AMO, puis l'AMC éventuellement et la relative faible **contribution qui lui reste à sa charge**)
- **FORMATION :**
 - Les « **4 C** » à apporter à chaque consultation/hospitalisation : **C**arte vitale, **C**arte d'identité, **C**arte de Mutuelle, **C**arte bancaire ou Chéquier

FACTEURS CLES DE SUCCES

- **EXPERIMENTATIONS** des leviers
- **CLARIFICATION** des factures (travaux ASAP patient DGFIP-DGOS)
- **INTEGRATION** des leviers dans les chantiers « professionnalisation de la chaîne et communication »

Projet ENSU

Rappel de l'objectif

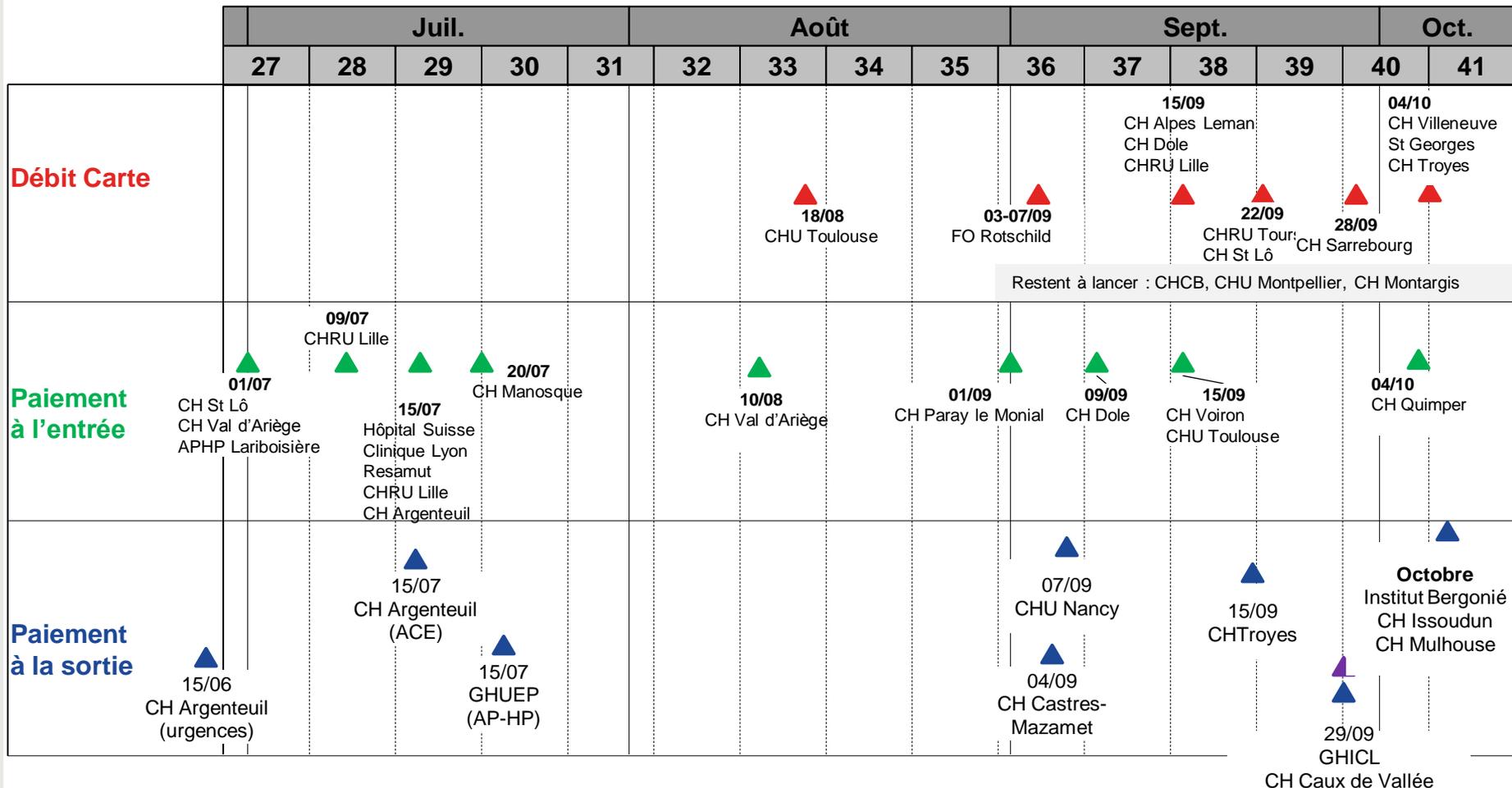
- Les travaux conduits par la DGOS et la DGFIP visent à :
 - concevoir une nouvelle facture patient qui prend en compte
 - l'art. 23 du projet de loi de santé qui implique la remise au patient d'un document l'informant de la part couverte par l'AMO, par l'AMC et du solde qu'il doit acquitter
 - les leviers au paiement d'une facture issus de l'étude ethnographique : facture non médicalisée, saillance de la facture, double logos hôpital / DGFIP...
 - mettre à la disposition du patient une facture non médicalisée dématérialisée sur l'ENSU ou en version papier adressée par voie postale
- Concrètement, les livrables attendus :
 - œ modifier les spécifications du protocole PES_ASAP du logiciel HELIOS
 - œ concevoir une nouvelle maquette de l'ASAP hospitalier « nudgée » dans HELIOS
 - œ Décliner cette maquette pour les factures (notes de frais) émises par l'hôpital dans un cahier des charges à destination des éditeurs de logiciel de facturation hospitalière

Prochaines étapes

- la spécification fonctionnelle de la nouvelle facture patient (DGOS / 5 oct.-15)
- une réunion de travail DGOS-DGFIP (7 oct.-15)
- la proposition d'une nouvelle maquette de l'ASAP hospitalier (DGFIP / **date à préciser**)
- la publication des spécifications du PES_ASAP (DGFIP / juillet 16)

Les expérimentations paiement à l'entrée, paiement à la sortie et débit carte sont lancées dans la plupart des établissements pilotes

CALENDRIER DE LANCEMENT DES EXPÉRIMENTATIONS



Les premiers retours des expérimentations sont positifs et montrent une très forte adhésion des patients

	PAIEMENT À L'ENTRÉE	DÉBIT CARTE	PAIEMENT À LA SORTIE
Nombre d'établissements	13 établissements lancés sur 13	9 établissements lancés sur 14	7 établissements lancés sur 10
Encaissements réalisés	<ul style="list-style-type: none"> 1334 encaissements réalisés en anticipé 	<ul style="list-style-type: none"> 20 prises de coordonnées bancaires 16 encaissements 	<ul style="list-style-type: none"> 1268 encaissements réalisés à la sortie
Les premières victoires 	<ul style="list-style-type: none"> L'acceptation des solutions proposées par les patients est excellente <ul style="list-style-type: none"> 80% d'acceptation sur la solution de paiement à l'entrée Plus de 80% pour la solution débit carte 90% d'acceptation pour Paiement à la sortie Les agents, même les plus réticents (50% d'acceptabilité dans certains ets), sont plus sensibilisés au recouvrement et à la simplification administrative et adhèrent de plus en plus 		
Les enseignements spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> Coordination entre BE, services de soins et secrétariats médicaux indispensable à la qualification des venues 	<ul style="list-style-type: none"> Dispositif validé au niveau réglementaire 	<ul style="list-style-type: none"> La solution n'est pas en rupture avec les pratiques courantes Plusieurs modèles organisationnels sont possibles et efficaces
Enjeux pour la suite de l'accompagnement 	<ul style="list-style-type: none"> Etendre les expérimentations à d'autres secteurs et à des parcours de soins complexes 	<ul style="list-style-type: none"> Faciliter aux établissements la résolution des bug techniques et contractuels avec les prestataires Automatisation des modalités de rapprochement comptable et bancaire 	
Prochaines étapes	<ul style="list-style-type: none"> Collecter et consolider les données de pilotage pour ajuster au mieux les dispositifs Construire le retour d'expérience et les guides de mise en œuvre associé Publier un cahier des charges pour lancer une généralisation « débit carte » optimale 		

L'étude d'impacts Forfait s'est conclue par une journée de travail avec les établissements le 6 novembre

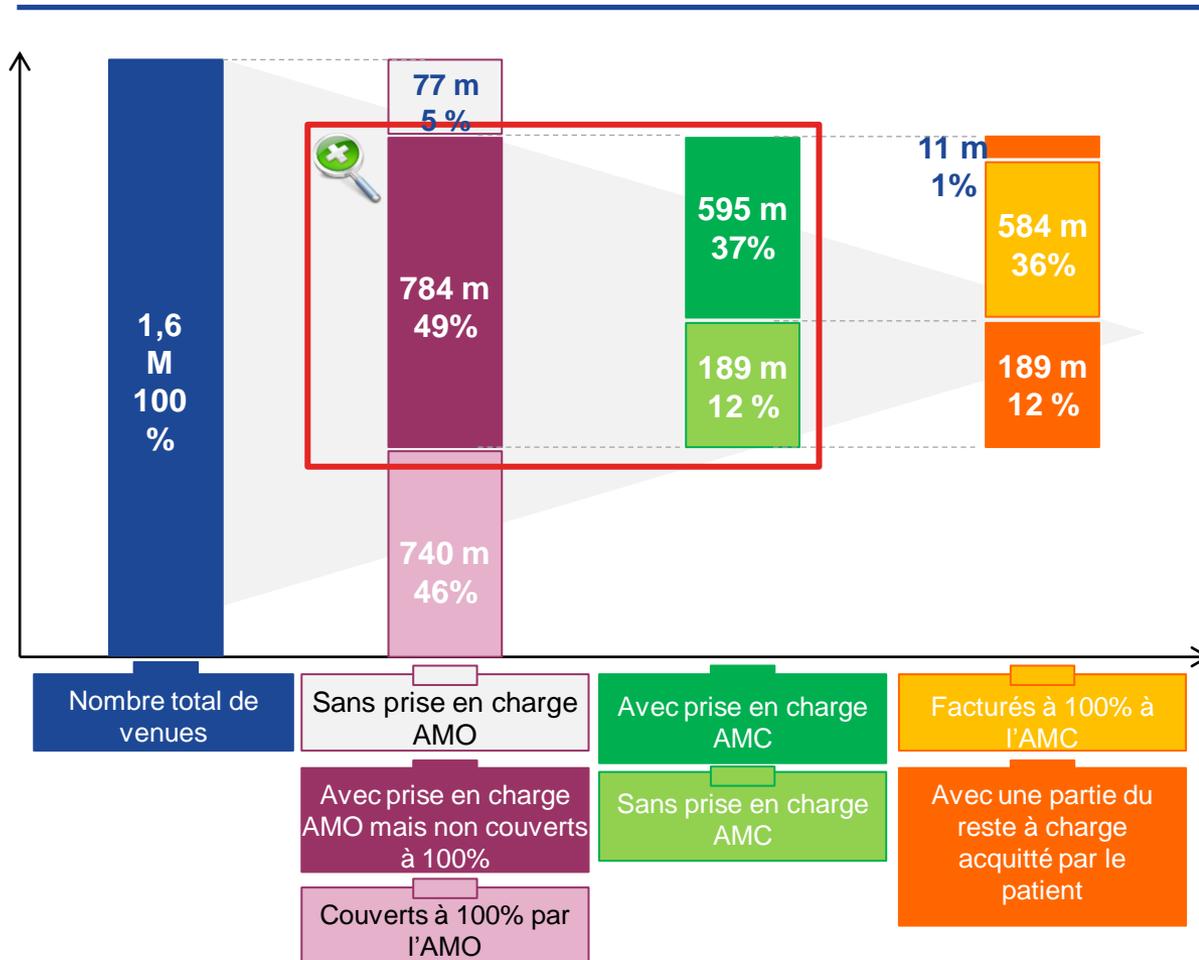
ETAT D'AVANCEMENT DES TRAVAUX

- Consolidation des données de 7 établissements au mois d'Août 2015

- Première analyse sur la qualification des venues
 - Profil de patient par type de prise en charge
 - Montants facturés par payeur par type de couverture
 - Répartition des restes à charge (AMC + patients)

49% de l'échantillon ont fait l'objet d'un reste à charge

RÉPARTITION DES VENUES PAR TYPE DE PRISE EN CHARGE

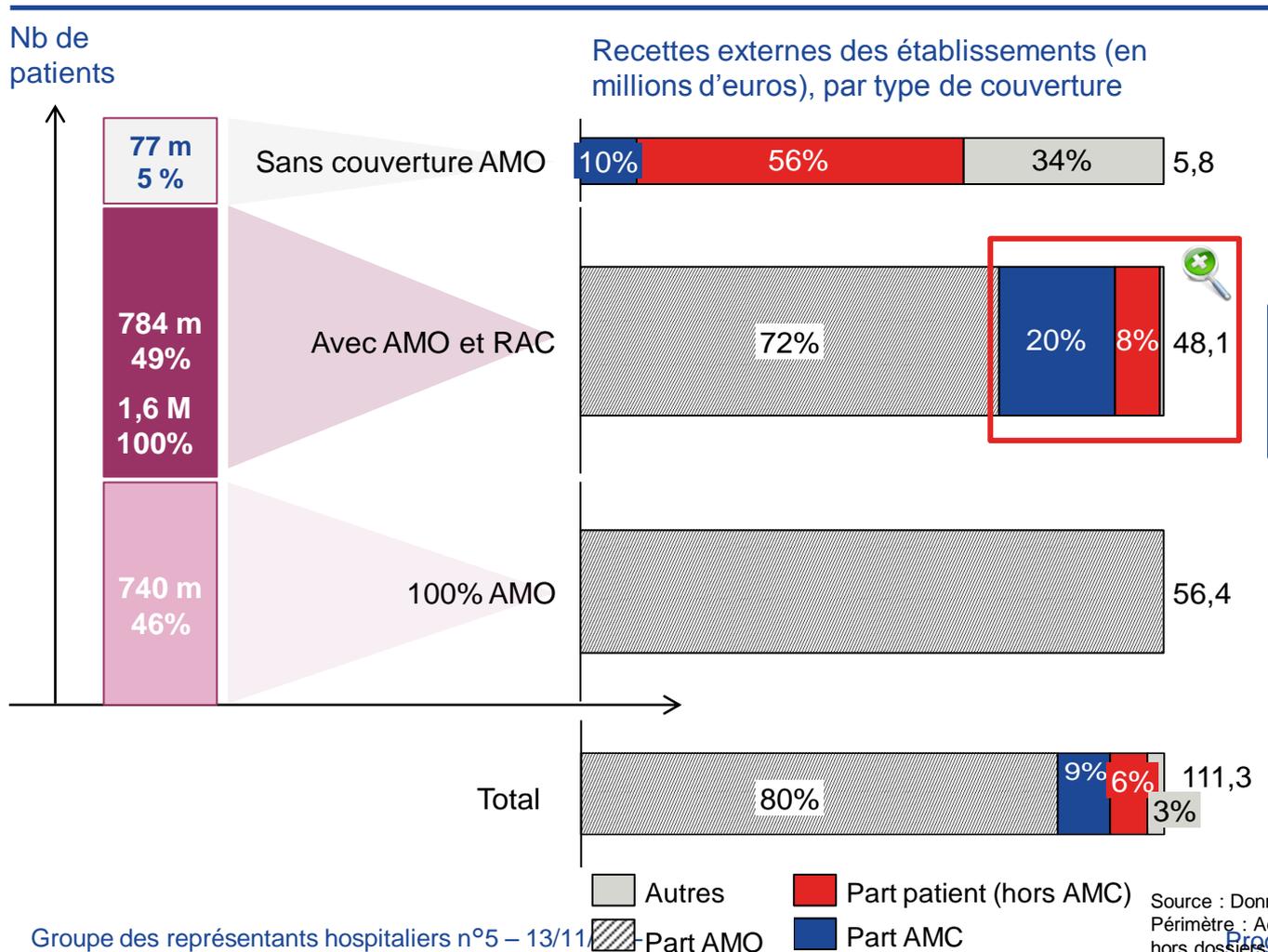


ANALYSE

- Parmi ces venues :
 - **36%** ont fait l'objet d'une facturation à **l'AMC** uniquement
 - **1%** a fait l'objet d'une facturation à **l'AMC et au patient** (lien à venir avec les contrats responsables)
 - **12,5%** ont fait l'objet d'une facturation **uniquement au patient**

Zoom sur les venues avec prise en charge AMO mais non couverts à 100%

RÉPARTITION DES MONTANTS ENCAISSÉS PAR PAYEUR

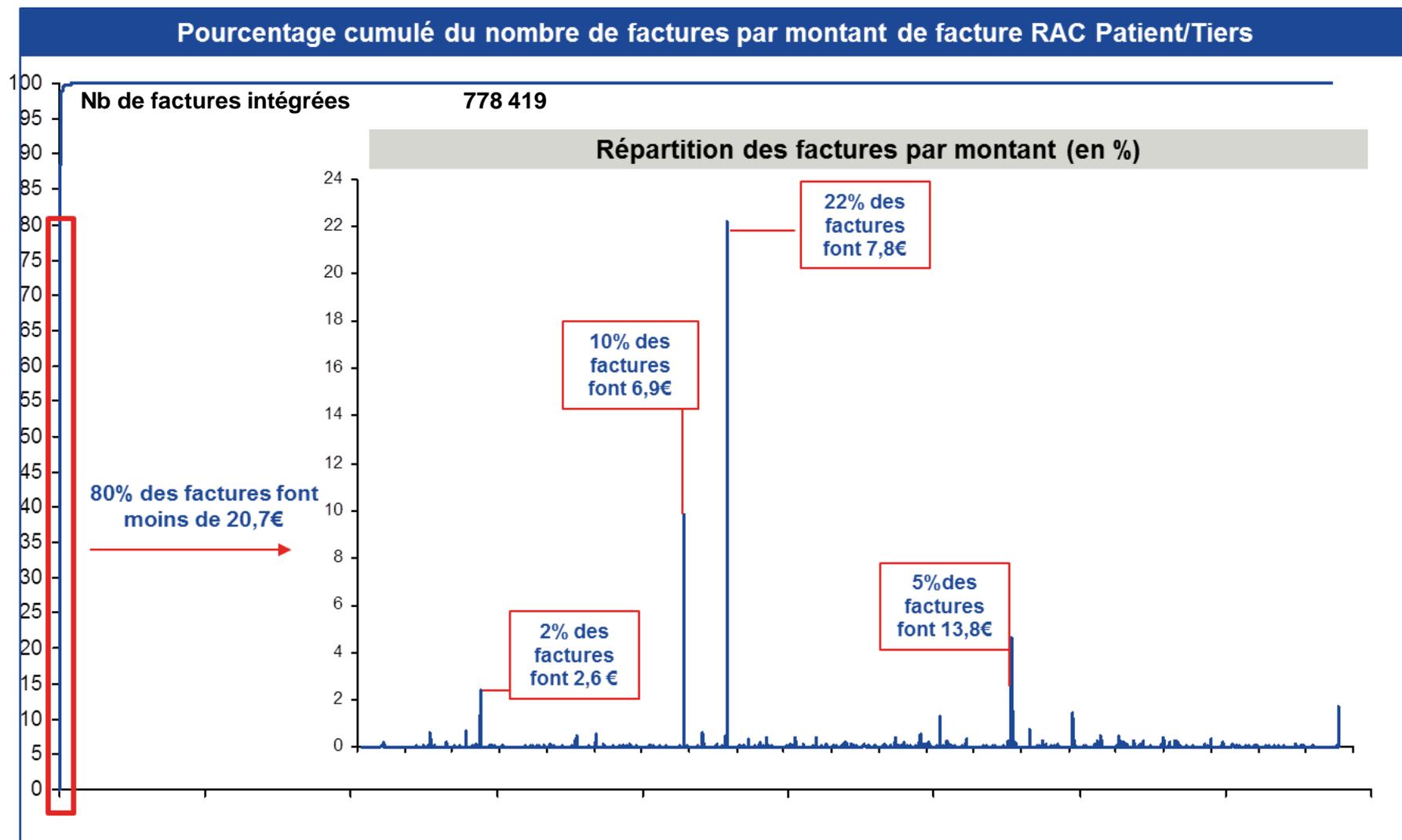


ANALYSE

- Pour les venues avec prise en charge AMO mais non couverts à 100%
 - 72% des montants sont payés par l'AMO
 - 20% par les AMC
 - 8% par les patients

Source : Données de facturation de 7 établissements – 2014
 Périmètre : Actes et consultations externes, hors urgences, hors dossiers avec annulation de facture d'un des payeurs

80% des factures font moins de 20,7 € et représentent 46% du montant total facturé



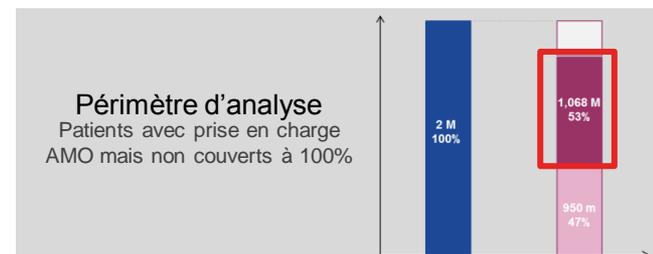
La répartition des montants et la complexité des typologies de venue militent en faveur d'une simplification des règles de facturation

**80% des restes à charge (patients et mutuelles) sont inférieurs à 20,7€.
Ces factures représentent 46% des montants facturés**

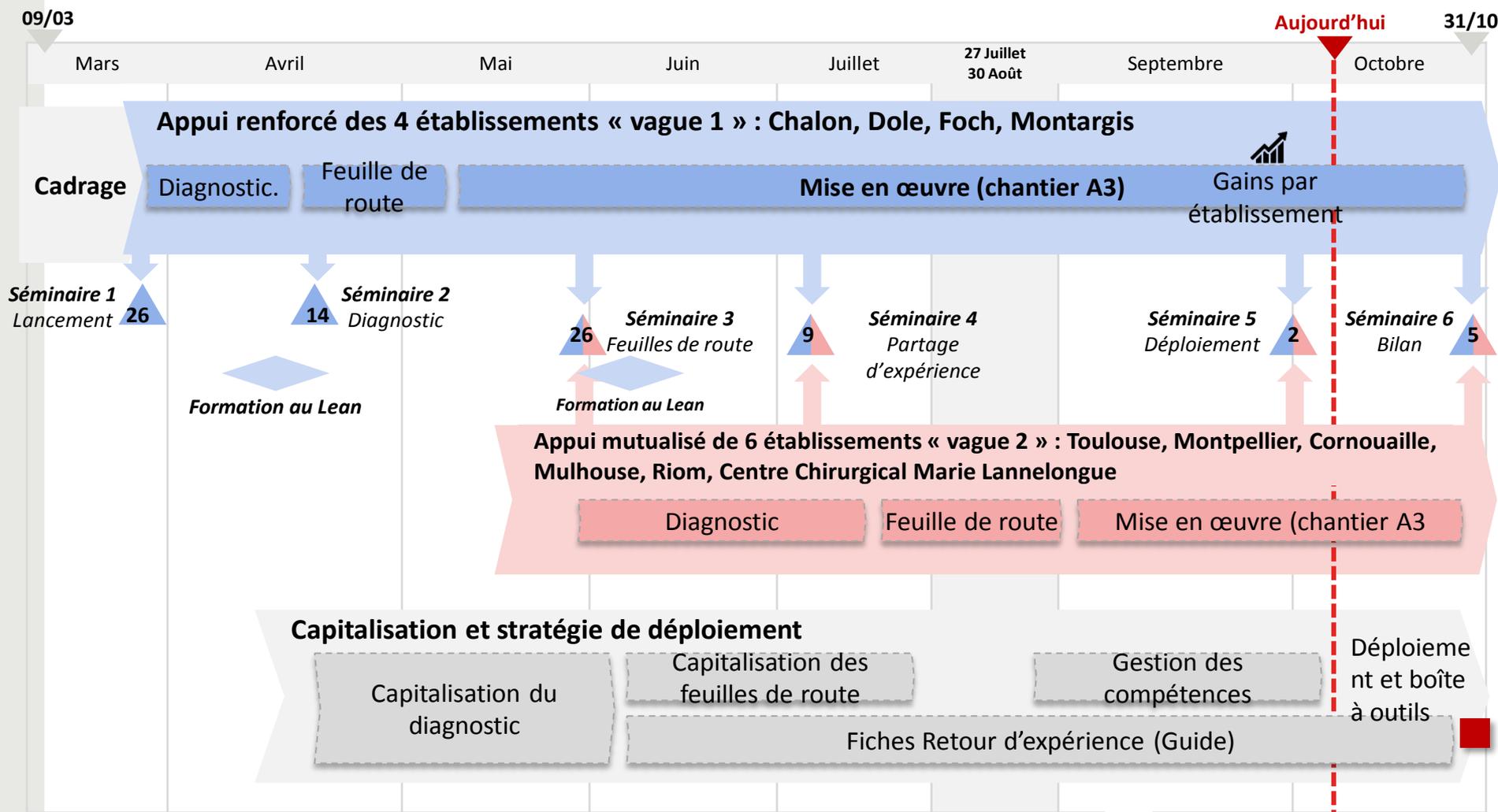
Les 10% de venues aux montants les plus élevés représentent 40% du montant total facturé aux patients (et/ou à leur mutuelle)

En moyenne, les patients (et/ou leur mutuelle) doivent s'acquitter de 17,2€

+ de 10 000 combinaisons enregistrées d'actes CCAM, NGAP et NABM



L'expérimentation Lean rentre dans sa dernière phase, l'effort est porté sur la capitalisation, les gains, et la stratégie de déploiement



Les visites terrain ont mis en évidence des bonnes pratiques et des points d'amélioration sur toute la chaîne de valeur AFR (1/2)

Thématiques	Principaux points d'amélioration	Exemples de leviers définis
Processus / Flux	<ul style="list-style-type: none"> ■ Peu d'initiatives de coordination entre les services pour fiabiliser le processus en amont (prise de coordonnées, mutuelles, ...) et renforcer la qualité des dossiers entrants ■ Taux de non conformité ou non complétude des dossiers reçus pour la facturation (4% de NPAI sur part patient pour E3) ■ Hétérogénéité des parcours clients selon les accueils décentralisés 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Revue des interactions avec les services internes et externes (médicaux administratifs, gestion des RDV) ■ Définition des critères de niveau de service (temps d'attente patient, temps de passage au guichet, ...) ■ Gestion du flux (simplification du parcours patient, analyse et adéquation de la charge / capacité, réorganisation des guichets, articulation entre l'admission et la facturation...)
Systèmes de management	<ul style="list-style-type: none"> ■ Manque de visibilité sur les activités et risques associés ■ Chaque niveau d'animation met en place son propre système de management, avec une articulation améliorable entre chaque niveau ■ Peu de coordination avec les services « prescripteurs » sur les engagements réciproques (secrétariats médicaux/BE, BE/contentieux etc.) ■ Dispositif de retours d'expériences non développé 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Identification des indicateurs clés pour gérer l'activité à afficher dans un management visuel (création de requêtes, optimisation du <i>reporting</i>, ...) ■ Mise en place de points d'équipes et de points interservices (animation hebdomadaire des équipes autour des indicateurs d'activités et de résultats des services, point entre les pôles médicaux et le BDE, ...) ■ Coaching des cadres de proximité au pilotage et à la résolution de problèmes ■ Clarification des responsabilités entre cadres de proximité

Les visites terrain ont mis en évidence des bonnes pratiques et des points d'amélioration sur toute la chaîne de valeur AFR (2/2)

Thématiques	Principaux points d'amélioration	Exemples de leviers définis
Règles de gestion	<ul style="list-style-type: none"> ■ Démultiplication des procédures (métiers et systèmes d'information) ■ Retard de classement et d'archivage des dossiers générant des encombrements des espaces de travail et des recherches de dossiers 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Revue et définition des processus de standardisation des activités (modes opératoires, modalités de partage et de mise à jour, ...)
Culture et développement des compétences	<ul style="list-style-type: none"> ■ Une culture de la performance et de l'efficacité hétérogène ■ Equipes spécialisées par secteur (ACE / séjours) ou par métier (admission / facturation) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Planification de la polyvalence adaptée à chaque établissement (définition d'un juste équilibre entre expertise et polyvalence totale : accueil physique et téléphonique, facturation, traitement des rejets,...) ■ Matrices de compétences pour piloter les activités du service, assurer la montée en compétences des agents et valoriser le travail accompli ■ Création / mise à jour des fiches de poste cadres et agents

Le Lean est un accélérateur pour les expérimentations des nouvelles cibles de facturation et a permis de réaliser 4 « types » de gains

Gains d'efficience

Diminution du taux de rejet de 3 points en moyenne, permettant de gagner en productivité en facturation : gains de 5% en moyenne par établissement en facturation (E2, E3, E4)

Revue de l'organisation des activités, permettant de gagner en productivité

- Gain de **18% de productivité à l'admission** en centralisant l'ensemble des régies (E1)
- Gain de **15% de productivité en facturation séjour** en diminuant le double contrôle manuel (E4)
- Gain de **5,5% de productivité** en dématérialisant les documents imprimés (E4)
- Gain de **2% de productivité en facturation ACE** en supprimant le double contrôle manuel des titres (E3)

Gain de qualité de vie au travail

Succès du management visuel et de la mise en place des points d'équipe hebdomadaires (E1, E2, E3, E4)

- **100%** des agents satisfaits (E2)

Développement de l'animation d'équipe pour les managers

- **Augmentation** du temps passé à faire de l'animation d'équipe de 3%/5% à **20%** (E1, E2, E3)

Diminution / maintien du taux d'absentéisme

- De 17% à **13%** (E3)
- De 7,54% à **6,83%** (E4)
- **0%** pour E2

Développement des compétences

- Cible de 8 agents polyvalents (sur 50) pour lisser l'activité (E2)

Gains financiers

Diminution des délais de facturation, conduisant à une amélioration du BFR

- **2,5 M€** de gain en avance de trésorerie (E1)
- **Diminution de 1/3** du reste à facturer en 3 mois (E2)
- Gain de **335 k€** en avance de trésorerie (E3)
- Gain de **927 k€** en avance de trésorerie (E4)

Economies sur les impressions

- Plus de **7,5 k€ d'économies** par an en diminuant les impressions (E3)
- Plus de **7,5 k€ d'économie** par an en dématérialisant les documents imprimés (E4)

Gain de qualité de service

Diminution de la file d'attente patient

- **Diminution de 25min à 7min** de la file d'attente (E4)
- **Maintien** de la file d'attente à **4min malgré une augmentation du flux de 10% par an** (E1)
- **Désengorgement** du hall d'accueil ACE (E2)

Ces gains, validés par les établissements concernés, sont illustratifs et n'ont pas vocation à être extrapolés à ce stade des travaux

E1, E2, E3 et E4 : 4 établissements de la « vague 1/ accompagnement renforcé », les gains des 6 autres établissements de la vague 2 seront évalués fin octobre

Retour d'expérience de la démarche Lean

Points forts

- Le verbatim partagé par tous les établissements : **“Le Lean, ça marche”**
- Une capacité à réaliser des gains prévisionnels
- Un accélérateur des expérimentations
- Une démarche bottom-up impliquant les agents et initiant une dynamique d'amélioration continue
- Une capacité à faire monter en compétences les managers (boîte à outils, animation d'ateliers, ...)
- La création d'un réseau de responsables de BDE échangeant leurs bonnes pratiques (Cf. fiches REX)
- Une communication interservices améliorée

Difficultés rencontrées

- Une sélection d'établissements de natures différentes limitant les synergies (2 PNL, 1 CHU et des CH de tailles différentes)
- Un retard de lancement de la vague 2 coïncidant avec les congés estivaux
- La vague 2 a été lancée alors qu'il restait encore des enseignements à tirer de la vague 1 (fiches REX...)
- Des difficultés à mettre les établissements de la vague 2 en ordre de marche par la faible présence sur site

Prérequis pour entrer dans la démarche

- Garantir un fort **sponsor** de l'ensemble de la chaîne managériale
- Suivre la **formation** initiale LEAN (managers, référents) de 5 jours
- **Sensibiliser** l'ensemble du personnel du BDE au Lean (réunion de lancement, atelier, ...)
- Garantir une relative **disponibilité de ses équipes**
- Construire des vagues ayant une cohérence de taille, de façons de faire (logiciels de facturation, ...) etc.





ANNEXES



Le paiement à l'entrée est désormais proposé par tous les établissements expérimentateurs

Les 13 établissements expérimentateurs

- **47 secteurs expérimentateurs du paiement à l'entrée**
 - 34 secteurs d'ACE, 3 secteurs d'hospitalisation de jour, 3 secteurs d'hospitalisation complète, 3 secteurs d'urgences, 2 secteurs multi-venues
- **Plus de 4,5 M€ de RAC** patient facturés en 2014 sur ces secteurs
- **14 000 patients** sur les secteurs d'expérimentation en 2014

Les premiers retours

- Le taux d'acceptation des patients est très élevé – **80 % en moyenne**
- **Le taux d'encaissement à l'entrée atteint 50%** dans certains secteurs d'expérimentation
- **Les agents** de toute la chaîne d'accueil / soins sont **de plus en plus sensibilisés au recouvrement**

Les points à consolider

- **Dans certains établissements, les agents sont réfractaires** et ne se sentent pas légitimes pour réclamer le paiement
- **Des difficultés de communication/coordination entre BE, services de soins et secrétariats médicaux** empêchent la qualification précise de la venue au BE des venues les plus complexes

Les prochaines étapes

- Accompagner les établissements pour les mettre en capacité de **facturer en anticipé les venues plus complexes**
- **Assurer le pilotage quantitatif de l'expérimentation**
- **Structurer le retour d'expérience**

9 établissements sur 14 établissements proposent à ce jour une solution « débit carte » à leurs patients

Les 14 établissements expérimentateurs

- **31 secteurs expérimentateurs du débit carte**
 - 16 secteurs d'ACE, 3 secteurs d'hospitalisation de jour, 9 secteurs d'hospitalisation complète, 2 secteurs d'urgences, 1 secteur multi-venues
- **Plus de 3 M€ de RAC** patient facturés en 2014 sur ces secteurs
- **34 500 patients** sur les secteurs d'expérimentation en 2014

Les premiers constats

- **La coopération entre les établissements et le trésor public local fonctionne bien**
- **L'acceptation des patients très positive** et encourageante
- **Les établissements montrent une réelle volonté** pour proposer cette solution à leurs patients malgré les difficultés techniques de conception

Les difficultés

- **Incapacité d'un des tiers de confiance** à répondre aux exigences du GIE CB sur l'évolution de la solution mise en place avant fin 2015
 - Maintien du prestataire jusqu'au 01.01.16 pour les établissements déjà lancés, avant bascule vers l'autre solution
- **Les solutions** mises à disposition par les tiers de confiance sont **peu ergonomiques** au stade actuel de conception
- **Modalités de rapprochement comptable et bancaire manuelles et chronophages** aujourd'hui

Les prochaines étapes

- Travail avec les tiers de confiance et les éditeurs de logiciel GAP pour définir **le cahier des charges des évolutions logiciel** qui permettront d'automatiser les étapes de rapprochement bancaire
- **Assurer le pilotage de l'expérimentation et structurer le retour d'expérience**

Paiement à la sortie : les premiers enseignements des expérimentations

- **L'acceptabilité des patients est bonne, sous réserve que les flux physiques les conduisent vers les caisses et qu'ils soient prioritaires**
- **Le paiement à la sortie n'est pas en rupture avec les pratiques courantes**
- **La clarification des rôles et des processus pour conduire le changement est nécessaire (formalisation, formation)**
- **La disponibilité des actes au fil de l'eau dans le SI reste un frein dans le dispositif**
- **La communication à destination des agents est essentielle**
- **Plusieurs modèles organisationnels sont possibles et efficaces**
- **Les services de soins ont un rôle important à jouer pour assurer la réussite des expérimentations dans la continuité de l'information auprès du patient**