

Facturation en temps réel et centralisation du recueil

Le cas d'un établissement public



Jean-François BOTTON

Professeur Associé

IFROSS
Université Lyon III



Médecin DIM

Service de l'Information Médicale
pôle évaluation & soins transversaux
CENTRE HOSPITALIER DE VILLEFRANCHE S/SAÔNE

Anamnèse

- ❑ La nécessité de produire de l'information « à flux tendu » est une tendance forte des 10 dernières années
 - ❑ La qualité du recueil PMSI est devenue un enjeu stratégique fort des établissements de santé
 - ❑ Les données de base gérées par le système de facturation ont des sources plus nombreuses
 - ❑ L'absence de maîtrise des données collectées pose le problème de la responsabilité personnelle / institutionnelle
-

La tendance vers le flux tendu



- Évolution du rythme de transmission des fichiers PMSI depuis 9 ans :
 - Jusqu'en 1994 : un envoi annuel
 - 1994 : envois semestriels
 - 2004 : envois trimestriels
 - 2007 : envois mensuels
 - 2009 ou 2010 ou ... : envois pluriquotidiens ?
- Conséquences :
 - Réduction des capacités de contrôle et d'interaction au sein de l'organisation
 - Mises en tension :
 - de l'organisation du DIM (congrés annuels !)
 - des liens avec les fournisseurs de données (unités de soins, plateau technique)
 - position inconfortable du DIM écartelé entre la pression qu'il doit mettre aux unités de soins et celle de l'ARH qui lui réclame des fichiers...

Assumer le flux tendu : quelques pistes



- Réduction des capacités de contrôle et d'interaction au sein de l'organisation
 - → accepter des fichiers de moindre qualité :-)
 - → industrialiser les procédures de contrôle
 - contrôle en cours de saisie
 - requêtes automatisées de dépistage d'anomalies
 - DATIM (nécessite un traitement par lot) ou DATIM-like
 - → automatiser les interactions avec les unités de soins
 - mails
 - listes de rejets (workflow)
-

Assumer le flux tendu : quelques pistes



- ❑ Mises en tension :
 - de l'organisation du DIM
 - ❑ gérer les présences en fin de chaque mois
 - ❑ impact sur les effectifs ou la productivité
 - Un envoi mensuel = 5 journées-homme (contrôles, mise en forme des fichiers) = 0,25 ETP
 - des liens avec les fournisseurs de données (unités de soins, plateau technique)
 - ❑ Répéter l'importance de transmettre de bonnes données dans de bons délais...
 - position inconfortable du DIM écartelé entre unités de soins et ARH
 - ❑ Gérer le « c'est pas moi, c'est l'autre »

Enjeu stratégique de la qualité des informations médicales

- d'une logique descriptive
 - Les origines du PMSI : simple outil de gestion interne
 - on est passé à une logique financière directe
 - La T2A sans (presque) changer les outils, en change radicalement la destination

 - La qualité nous est imposée :
 - Par nos confrères : TU ne valorises pas bien mon activité
 - Par nos directeurs : VOUS sous-évaluez la production de notre bel établissement
 - Par nos tutelles : DATIM met en évidence NOS failles
 - Par nos confrères médecins-conseils : VOUS avez manqué de sens critique sur le RUM de votre confrère
 - Alors que nous ne maîtrisons que partiellement la source de « NOS » données
 - Alors que la technicité nécessaire pour réaliser un RSS « optimal » est de plus en plus grande avec les versions successives de la fonction groupage.
-

Multiplicité des sources de données



- ❑ Ajouts successifs de FICHSUP, FICHCOMP, etc...
 - ❑ Facturation de l'activité externe
 - Complètent la description des ressources consommées
 - Rendent plus précise la facturation de l'activité
 - ❑ MAIS
 - De nouveaux intervenants dans le circuit
 - ❑ Pharmacie
 - ❑ Gestion des stocks (DMI)
 - ❑ Bureau des admission
- travail collectif (cellules d'analyse médico-économique)
- nombreux aller/retours du DIM avec d'autres services (réajustements)
- corrections indispensable des incohérences entre les différentes sources
- mise en forme plus complexe d'un plus grand nombre de fichier
-
- ❑ La participation du DIM dans ce processus est variable d'un établissement à l'autre. Elle doit être valorisée.
-

L'irresponsabilité des acteurs



- La réglementation :
 - Le médecin clinicien est responsable de son RUM
 - Le DIM est responsable du groupage
 - Le directeur valide les données e-PMSI
- En pratique :
 - La secrétaire remplaçante de l'unité de soins hiérarchise et code les diagnostics sans formation préalable
 - Le DIM ne parvient pas à convaincre le clinicien qu'il n'a pas fait « le bon choix »
 - Le directeur valide les yeux fermés...
- A titre individuel : la responsabilité nécessite de se porter garant et donc une maîtrise du dispositif qui est garanti.
- Pour l'organisation : l'usage et les aménagements au fil du temps privent souvent l'organisation de vraies responsabilités identifiées.
- Mais en cas de problème (qualité insuffisante, envois hors délais, perception d'une sous valorisation...) : tout le monde est responsable.

« L'autorité doit aller de pair avec la responsabilité. »
James O. McKinsey – Pr. Univ. Chicago (1889-1937)

Bientôt...



- D'une situation où la complexité accrue et les rythmes soutenus d'envoi n'ont pas toujours permis à l'hôpital de se réorganiser
 - Nous allons bientôt vivre la nouvelle révolution de la facturation en temps réel.
 - Y sommes nous prêts sans changer radicalement l'organisation ?
-

Un choix d'organisation au CH de Villefranche : la centralisation du recueil PMSI



- Un choix à contre courant, plutôt « iconoclaste »
 - Décentralisation prônée depuis 1999
 - Les principales motivations
 - Reprendre la maîtrise
 - Cibler la formation permanente au PMSI
 - Raccourcir les procédures de contrôle et correction
 - Réduire la charge d'une tâche jugée inintéressante par de nombreuses unités de soins
-

La démarche de centralisation du recueil



- Les premières étapes
 - 2005 : étude des temps consacrés au PMSI dans les unités de soins
 - évaluation de la charge liée à la centralisation et des gains pour les unités de soins
 - 2005 : test de centralisation sur un, puis 2 services de médecine
 - apport de 0,5 ETP de TIM au SIM
 - Fin 2005 : évaluation
 - Le recueil centralisé fonctionne (l'accès aux données médicales n'est pas un frein)
 - La qualité du recueil ne semble pas avoir baissé
 - Les unités de soins sont ravies ...
-

La démarche de centralisation du recueil



- Année 2006 : le transfert
 - Service par service
 - Tout au long de l'année
 - Apport de 1 ETP au SIM
 - Réorientation de 1 ETP du personnel du SIM sur le recueil
 - Maintien d'une fonction de contrôle de qualité des données
 - Structuration de l'encadrement de l'équipe
-

Le lien avec le clinicien : charte de recueil

- ❑ Pacte avec le clinicien
- ❑ Signée entre le chef de chaque service clinique et le chef de service du DIM
- ❑ Article 1 : le service de soins convient de confier au SIM le recueil des diagnostics du PMSI, pour les séjours des patients relevant de sa responsabilité ayant quitté le service à compter du ...
- ❑ Engagement de qualité et de délais de la part du SIM
- ❑ Engagement d'une communication de données médicales par le service de soins :
 - Qualifiée : liste des documents, mode de transmission
 - Encadrée : délais, recours au clinicien
 - Évaluée

Charte de recueil de l'information médicale

Entre
Le service de Pédiatrie, représenté par son chef de service, le Docteur Philippe REBAUD, désigné ici sous l'appellation « le service de soins »
et
Le Service de l'Information Médicale, représenté par son chef de service le Docteur Jean-François BOTTIN, désigné ici sous l'appellation « le SIM »

1. Le service de soins convient de confier au SIM le recueil des diagnostics du PMSI, pour les séjours des patients relevant de sa responsabilité ayant quitté le service à compter du 11/09/2006.
2. Le SIM s'engage à recueillir les données médicales du PMSI pour ces séjours :
 - a. Selon les règles et les usages établis par les textes réglementaires, les nomenclatures, classifications et les guides méthodologiques officiels.
 - b. Afin de fournir une description la plus juste possible de ces séjours, en incluant la dimension médico-économique du séjour.
 - c. Dans des délais les plus courts possibles, et en tout état de cause permettant à l'établissement l'envoi des fichiers sur la plateforme e-PMSI dans les délais réglementaires.
 - d. En informant de manière systématique le service de soins des conséquences du recueil de chaque séjour par un message électronique adressé au chef de service. Ce message inclura pour chaque séjour le GHM vers lequel le séjour aura été orienté, ainsi que la tarification correspondante.
3. Le service de soins s'engage à transmettre au SIM toute l'information médicale nécessaire au recueil des résumés d'unités médicales du PMSI :
 - a. En lui communiquant de manière systématique, dans un délai de 10 jours ouvrables après la sortie du malade du service une copie des pièces suivantes :
 - Quatre de sortie avec : état d'entrée, antécédents, traitement et prise en charge transmis si possible par une synthèse des pathologies occasionnelles.
 - b. Dans le cas où le service utilise le module de gestion de dossiers médicaux Galper du logiciel Cristal Net, la transmission de ces documents n'est plus nécessaire, mais le service s'engage à alimenter le module Galper dans les mêmes délais après la sortie du malade.
 - c. En assurant la saisie dans SabACTIV des actes qu'il réalise, au plus tôt après la réalisation de l'acte et en tout état de cause dans des délais inférieurs aux délais ci-dessus.
 - d. En acceptant de placer le référent médical du patient en recours dans des délais raisonnables pour déclarer le SIM sur le recueil de pathologies inhabituelles afin d'assurer un recueil d'une qualité optimale.
4. Une évaluation de ce dispositif aura lieu 3 mois après son démarrage, puis de manière systématique chaque année.

A Villefranche, le 18 septembre 2006

Le Chef du Service de Pédiatrie
Dr Philippe REBAUD

Le Chef du Service de l'Information Médicale
Dr Jean-François BOTTIN

• 1 consultant Service de soins
• 1 consultant SIM
• 1 consultant Direction

Un premier bilan

- Sur le plan technique
 - Entre 2006 et 2007 : valorisation moyenne des séjours hors CM 24/28 : stable
 - Mais identification de nombreuses situations en 2006 :
 - de sur-codage (cancers en DAS sans prise en charge, etc...)
 - de sous-codage (oubli de CMA...)
 - Une amélioration globale de la qualité devra être vérifiée par un contrôle interne prévu mi 2008
-

Les constats



- Moindre implication des cliniciens
 - Mais effet T2A +
- Le DIM en première ligne...
- Nécessité de caler l'évolution des ressources du DIM sur celle de l'activité du MCO
- Travail du SIM plus dans l'exécution
→ nécessité d'un pilotage opérationnel de la production



- Accroissement de la technicité du SIM
- Moins de perte de temps dans la communication avec les unités de soins
 - Mais risque de marginalisation
- Centralisation de certains flux accompagnant le recueil PMSI
 - système d'alerte biologie
 - système d'alerte pharmacie

En conclusion, quelques remarques

- ❑ La centralisation du recueil est une solution discutable et discutée, mais valide sur un plan opérationnel
 - ❑ Le DIM y gagne en maîtrise (mais aussi en soucis...)
 - ❑ La centralisation facilite l'exploitation de sources de données nouvelles susceptibles d'améliorer la qualité du recueil PMSI
 - ❑ Il est important de préserver le lien avec les unités de soins en misant sur les retours d'information
 - ❑ Ce n'est qu'une réponse à un seul maillon de la nouvelle chaîne de facturation : l'ensemble doit être repensé...
-