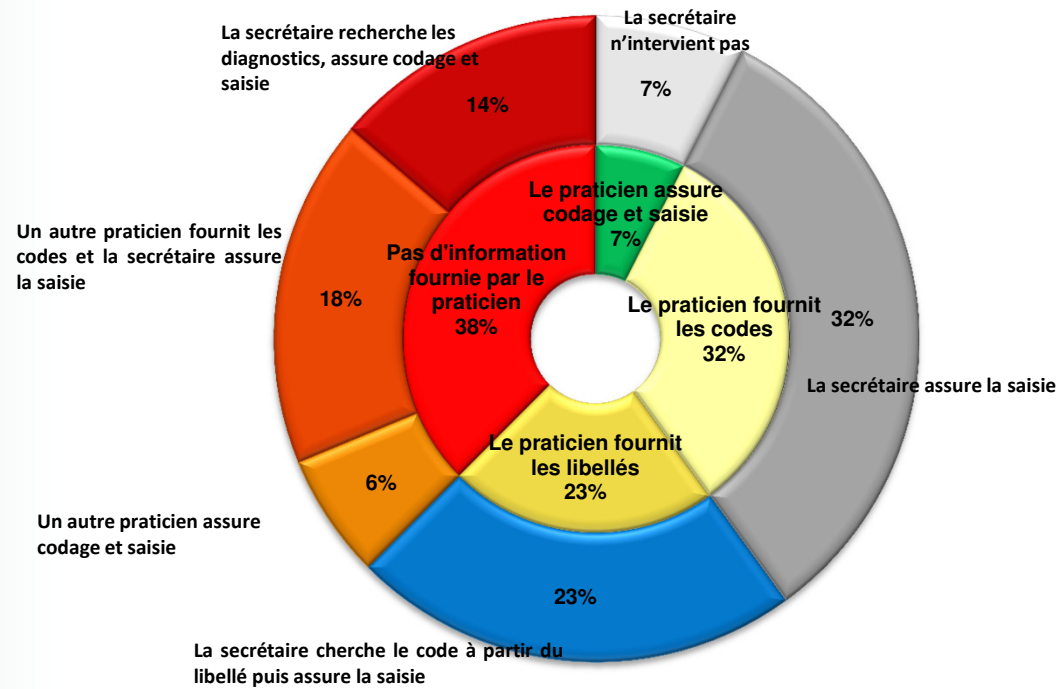


Projet d'organisation du codage PMSI

Etat des lieux

Résultat de l'audit interne réalisé en 2013



2016 : audit PMSI dans le cadre de la certification des comptes

- Au total, 18% des dossiers ont été jugés non conformes en regard du codage.
- Les deux principaux types d'anomalie relevés étaient :
 - ✓ Soit des erreurs de codage liées à une mauvaise application des règles du guide méthodologique ou de la circulaire frontière, accessoirement à des erreurs de retranscription
 - ✓ Soit une insuffisance de description de la pathologie codée dans le dossier.

Etat des lieux

Au total :

- ✓ La fiche RUM apparaît en définitive comme un document supplémentaire du dossier qui fait jouer au praticien une compétence PMSI qu'il n'a pas réellement, même s'il a eu des formations au remplissage des RUM.
- ✓ On constate également un glissement de tâche, la secrétaire jouant le rôle de technicienne de l'information médicale, sans avoir été formée au codage PMSI. Cette situation entraîne également des risques importants de codages inappropriés.
- ✓ C'est parfois les internes qui assurent le codage des RUM sans que la validation soit garantie par le senior.

L'ensemble de ces constats explique en grande partie les taux de non-conformité constatés lors des différents audits.

Etat des lieux

Le codage pratiqué au CHH a montré ses limites :

- ✓ Des fiches RUM non renseignées dans un tiers des cas, ne répondant pas à leur finalité avec un effet délétère important sur la qualité du codage.
- ✓ Des comptes-rendus d'hospitalisation incomplets, nécessitant un retour au dossier médical pour y trouver les informations nécessaires au codage.
- ✓ des secrétaires chargées dans plus d'un tiers des cas d'assurer le travail de technicienne de l'information médicale, ce qui n'a jamais été convenu institutionnellement.
- ✓ Des règles d'utilisation de la CIM-10 et de codage du PMSI complexes, conduisant à une sous ou une survalorisation des séjours par description inappropriée.
- ✓ Une équipe du SIMH qui s'épuise dans les contrôles d'aval (mêmes anomalies récurrentes à corriger) et pour la récupération des défauts d'exhaustivité (notamment des actes opératoires).

Schéma organisationnel

- doit permettre de répondre à plusieurs éléments :
 - ✓ La fiabilisation des recettes T2A
 - ✓ Une meilleure visibilité des résultats en cours d'exercice (les corrections faites par le DIM induisent un temps différé sur la recette).
 - ✓ satisfaire aux exigences de la certification des comptes sur le volet recettes
 - ✓ la préparation à FIDES séjour (où les corrections de facturation médicales ne seront plus possibles) par une fiabilisation du primo-codage et par la mise en place d'un système d'assurance qualité performant qui intercepte les dossiers douteux et les vérifie avant envoi.
 - ✓ Une optimisation de la valorisation des séjours
 - ✓ un gain de temps médical.

Les modèles d'organisation du codage

- **Codage décentralisé**
 - ✓ Réalisé par les médecins ayant pris en charge le patient
 - ✓ Les techniciens d'information médicale (TIM) contrôlent le codage au sein du Département d'information médicale
- **Codage professionnel déconcentré**
 - ✓ Les TIM codent au sein des pôles sous la responsabilité du DIM
 - ✓ Les TIM placées au sein du DIM assurent le contrôle qualité
- **Codage professionnel centralisé**
 - ✓ Les TIM élaborent le codage au sein du Département d'information médicale et assurent le contrôle qualité

Les besoins pour le codage

La disponibilité des comptes rendus d'hospitalisation (CRH) ou autres documents de sortie dans le délai exigé pour assurer la continuité des soins est un enjeu de **l'amélioration de la qualité de la prise en charge** du patient (relations avec les médecins de ville)

Le contenu de ces documents, supports exhaustifs d'une information PMSI est un enjeu de **l'amélioration de la qualité du codage** (référence lors des contrôles).

Modèle retenu : codage professionnel déconcentré

- Dans beaucoup d'établissements où ce type d'organisation a été mis en place, les TIM sont des infirmières en repositionnement professionnelle.
- Elles codent environ 7 000 dossiers d'hospitalisations complètes par an (par ETP).

Modèle retenu : codage professionnel déconcentré

- L'intérêt de ce type de personnel est de deux ordres :
 - ✓ Une action de repositionnement pour des professionnelles authentifiées par un avis de la médecine du travail d'incapacité sur les postes de soins, (avec des arrêts maladie parfois très longs et itératifs, payées par l'hôpital).
 - ✓ des personnels qui acquièrent rapidement une compétence médicale sur les domaines qu'elles codent. Les infirmières ont la connaissance des dossiers de soins permettant d'identifier des niveaux de sévérité.

Bilan : les ressources

- **Ressources mises à disposition**
Les TIM sont des infirmières en repositionnement professionnel.
Dans un premier temps 4 personnes (3 ETP).
- **Rattachement des TIM de premier niveau au SIMH**
- **Pas de rattachement à une unité ou un service**

Bilan : engagements

- **Engagements du DIM :**
 - ✓ Assurer la formation initiale
 - ✓ Assurer la formation continue
 - ✓ Faire le point régulièrement sur les difficultés rencontrées
 - ✓ Retour régulier vers les cliniciens en terme de qualité du codage
- **Engagements des cliniciens :**
 - ✓ Fournir les informations dès la sortie du patient
 - ✓ Fournir des informations précises concernant
 - le(s) motif(s) de venue
 - les affections prises en charge lors du séjour
 - Eventuellement, le(s) diagnostic(s) positif(s) retenu(s) à la sortie

Bilan : déploiement

- Début formation initiale des TIM de premier niveau de février à juin 2017
- Déploiement sur le pôle cardio-neuro-chirurgie vasculaire : mai 2017
- Déploiement sur le Pôle de médecine interne : juin 2017
- Déploiement sur le Pôle mère-enfant : décembre 2017
- Bilan initial à six mois
- Généralisation : 2018 ?

Bilan : déploiement

Répartition des RUM de 2016 selon les services

Pôle	Service	Nombre de RUMS / séances 2016
Pôle Chirurgie	2100 - ORTHOP. TRAUMATOLOGIE	1 852
	2150 - CHIR. DIG.-VISCERALE	1 647
	8800 - O.R.L.	1
	3050 - Chirurgie ambulatoire	2 294
Sous total Pôle Chirurgie		5794
Pôle Cardio-Neuro-Vasculaire	1100 - CARDIOL. ET MEDECINE	5 579
	1130 - NEUROLOGIE	1286
	2210 - CHIR. VASCULAIRE I	607
	2220 - CHIR. VASCULAIRE II	274
	3050 - Chirurgie ambulatoire	199
Sous total Pôle Cardio-Neuro-Vasculaire		7945
Pôle femme enfant	1600 - PEDIATRIE	2 419
	2700 - GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	4 868
	3050 - Chirurgie ambulatoire	452
Sous total Pôle femme enfant		7739
Pôle médecine interne	1200 - MED. GASTR. ENTER.	4 429
	1250 - HEPATO-GASTRO-ENTERO	1 338
	3900 - GERIATRIE	905
	3050 - Chirurgie ambulatoire	1043
Sous total Pôle médecine interne		7715
Pôle réa-Néphrologie SAU	1400 - NEPHROLOGIE ET HEMODIALYSE	983
	3000 - REANIMATION	1 017
	3200 - UHCD	4 454
	1400 -séances HEMODIALYSE	7 944
Sous total Pôle réa-Néphrologie SAU (hors séances)		6454
TOTAL		43 591

Bilan : déploiement

- Unités concernées depuis juin 2017 par la nouvelle organisation du codage PMSI
 - ✓ Cardiologie
 - ✓ Médecine 5
 - ✓ Médecine 6
 - ✓ Hépto-gastro-entérologie
 - ✓ Oncologie
- Nombre de RUM : environ 13 500

Bilan : déploiement

- Unités concernées depuis janvier 2018 par la nouvelle organisation du codage PMSI
 - ✓ Pédiatrie
 - ✓ Gynéco-obstétrique
 - ✓ Court séjour gériatrique
- Nombre de RUM : environ 8 500
- Au total depuis janvier 2018 les TIM de premier niveau prennent en charge le codage d'environ 22 000 RUM

Bilan : temps rendu

Les données fournies ci-dessous sont basées sur l'hypothèse du remplissage et de la saisie de 7 000 RUM par an pour un équivalent temps plein (ETP).

Pour les unités concernées par le déploiement en 2017 un total de 1,55 ETP a été utilisé en 2015 réparti en :

- ✓ 0,82 ETP médecins
- ✓ 0,73 ETP secrétaires
- ✓ Exemple de la cardiologie

Exemple de la cardiologie

Etape codage	Choix des diagnostics	hiérarchisation	codage	saisie
Intervenant	médecin	médecin	secrétaire	secrétaire
temps en heures	475	534	178	237
ETP	0,31	0,35	0,12	0,15

Bilan : activité

Qu'attend-t-on ?

- ✓ Meilleure adéquation entre codage et éléments cliniques

Comment cela se traduit-il ?

- ✓ Absence de surcodage
- ✓ Absence de sous codage
- ✓ Amélioration de la précision de codes
- ✓ Meilleure pertinence de la hiérarchisation des codes

Les conséquences financières sont :

- ✓ soit directes (en plus ou en moins)
- ✓ soit indirectes (indus, sanctions lors des contrôles externes, certification des comptes, ...)

Bilan : activité

- Comparaison entre 2^{ème} semestre 2016 et deuxième semestre 2017
- Uniquement pour les séjours codés par les TIM (séjours comprenant uniquement des passages soit en médecine, soit en cardiologie)
- séjours de médecine

Année du RSS	Nombre de NDA
2016	2 361
2017	2 390

Moyenne de Age	hommes	femmes
2016	65,6	67,4
2017	65,5	69,4

Année du RSS	hommes		femmes		Total
	effectif	%	effectif	%	
2016	451	50,5%	442	49,5%	893
2017	461	52,3%	420	47,7%	881

Bilan : activité

Médecine

Moins de séjours de sévérité 3

Niveau de sévérité	2016		2017	
1	325	30%	304	30%
2	266	25%	314	31%
3	215	20%	137	13%
4	31	3%	30	3%

Une différence essentiellement due au codage de la dénutrition
Correction de surcodage ?

Nombre de Nb DAS	Code diagnostic associé	Année du RSS		Total général
		2016	2017	
2	E441	70	15	85
3	E43	122	28	150
	E440	125	36	161
Total général		317	79	396

Bilan : activité

- Cardiologie

Année du RSS	Nombre de NDA
2016	2 157
2017	2 167

Moyenne de Age	hommes	femmes
2016	67,6	73,3
2017	67,2	73,0

Sexe	hommes		femmes	
	effectif	%	effectif	%
2016	1 170	62,20%	710	37,80%
2017	1 282	64,50%	707	35,50%

Bilan : activité

- Cardiologie

en moyenne 1,4 DAS par séjour renseignés en plus en 2017 par rapport à 2016

Année du RSS	Nombre de NDA	Somme de Nb DAS	Moyenne de Nb DAS
2016	2 157	10 589	4
2017	2 167	15 343	5

Bilan : activité

Pas de différence significative de répartition des niveaux de sévérité entre 2016 et 2017 pour l'ensemble des séjours

Niveau de sévérité	2016		2017	
	niv 1	976	65,4%	927
niv 2	367	24,6%	388	26,1%
niv 3	121	8,1%	133	9,0%
niv 4	29	1,9%	36	2,4%
Total général	1493	100,0%	1484	100,0%

Cependant, une différence de répartition des niveaux pour les séjours hors GHM en K

Niveau de sévérité	2016		2017	
	niv 1	401	50,7%	317
niv 2, 3, 4	390	49,3%	408	56,3%

Conclusion

Une amélioration du codage des diagnostics (DP et DAS) qui entraîne :

- ✓ soit un impact direct sur la valorisation (meilleure adéquation du codage aux situations cliniques)
- ✓ Soit un impact indirect (contrôle T2A sur les séjours de niveau de sévérité 3)

Une équipe de TIM de deuxième niveau qui retrouve du sens aux contrôles qualité

Un repositionnement professionnel gagnant pour les techniciennes de premier niveau