

Réunion du 2 juillet

Sous commission activités recettes

Membres CME : G Benoit, C Boileau, A Buisine, A Gervais, V Perut, C Richard, G Sebag
Defip : L Bernard, D Manac'h, L Nivet
DMA : D Le Stum
AGEPS : O Parent

1/ analyse des écarts entre dispositifs médicaux (DM) implantables financés et remboursés (D Manac'h) cf diaporama joint

Les dépenses en produits de santé sont importantes (300 millions annuels pour DM et 700 millions pour les médicaments). Une première discussion porte sur l'évaluation des dépenses en DM HORS GHS (67,5 millions/an). Leur financement intervient le plus souvent lors de la pose, il n'y a donc pas de stock immobilisé (déjà acheté) important. Il semble plus logique à certains participants d'évaluer les DM achetés à l'échelon de l'hôpital et non de l'unité de soin

Le circuit et la gestion des référentiels dans SAP (outil de gestion) et le SAG (outils de facturation) sont complexes. Les DM peuvent être commandés à partir de marchés AGEPS (85-90% des cas), donnés par les firmes, commandés localement (10-15% des commandes). La gestion du référentiel des DM dans SAP (par l'UF Etudes Medico-Economiques et Referentiels, EMER) est d'autant plus difficile que cet outil n'est pas sécurisé, un agent de l'APHP peut modifier une fiche produit (ce qui impactera toute l'APHP), et qu'il existe de multiples réorganisation des sociétés dans le domaine des DM qui imposent des modifications du référentiel....

Pour être remboursé le DM posé doit être facturé via le SAG par la saisie d'un code LPP (code figurant sur la Liste des Produits et Prestations) ce qui nécessite :

- d'une part d'avoir un référentiel propre ce qui n'est pas le cas aujourd'hui en raison par exemple de la création de produits « locaux » par les hôpitaux.
- d'autre part de relier la référence commerciale du DM à un code LPP, aujourd'hui cette opération n'est pas sécurisée par lecture optique d'un code barre. Le plus souvent le cadre associe manuellement le DM implanté à un code dans le SAG. Il n'existe pas de code unique pour un DM et de nombreux intervenant peuvent créer une nouvelle fiche produit dans le logiciel SAG source des données

Il peut donc y avoir des saisies fausses de code de DMI, des anomalies de référentiels dans SAG. Ainsi un stimulateur cardiaque sera affecté à un code de lame de sinus (4000 euros l'un, 84 l'autre). Par ailleurs les DM provenant de banque (os...) soit 1.4% des DM ne sont pas dans SAG. D'autre part des codes erronés (issus d'un référentiel local) peuvent « contaminer » tout SAG.

Enfin lors de la transmission des e-pmsi, certains séjours ne sont pas codés avec l'acte donc le DM afférant.

Il est proposé

- d'améliorer SAG pour avoir une aide au codage, des alertes bloquantes
- d'aller vers une automatisation des saisies (douchettes, logiciel PUC)
- alors seulement bloquer les intervenants pour avoir moins de risque de création de mauvais code.
- Sensibiliser localement sur l'importance de la saisie (y compris pour la traçabilité) mais aussi aux DIM (mauvaise saisie des séjours avec non codage des poses de DM)
- Envisager le ré-étiquetage des DM pour avoir un code approprié à saisir (mais travail titanesque pour les pharmacies)
- Elaboration de tableaux de bord dans Opale,
- Rencontre avec les sites (DIM, pharmaciens, direction des finances) pour analyser les différents cas rencontrés, suivi des actions correctrices.

2/ crédits de paiements et équipements (D Le Stum)

La sous utilisation sur les 6 premiers mois de l'enveloppe « travaux » amène à débloquer une enveloppe de 10 millions pour des équipements. Il s'agit d'échographes, endoscopes, pompes, respirateurs, frigo...pour lesquels il y a un marché passé, un bon état d'inventaire permet l'attribution dans chaque GH d'une partie de l'enveloppe en fonction de l'ancienneté du nombre d'équipements, des activités.

3/ Soins Urgents et AME (L Bernard)

Les soins urgents représentent 12,6M€, l'AME 111M€ dont 104 pour l'Hospitalisation et 7 pour les soins externes. Enfin l'APHP reçoit 9,6M€ au titre de la MIG une enveloppe pour la prise en charge des PASS.

Sur les mécanismes de prises en charge, les mécanismes SU et AME sont exclusifs l'un de l'autre et totalement indépendants.

- les soins urgents concernent les patients en situation irrégulière en France depuis moins de 3 mois, l'APHP est alors rémunérée sur la base du TJP seul et non des GHS+ TJP majoré, valorisation pour le moment plus favorable que celle de l'AME qui repose sur un tarif mixte.

- l'AME pour les patients en situation irrégulière, en France depuis plus de 3 mois, l'APHP est rémunérée sur la base d'un tarif composé de : GHS (80 %) et TJP (20 %) majoré.

Durant les 3 premiers mois un patient en situation irrégulière ne peut donc être éligible qu'au SU et, si sa situation se prolonge, il bascule, une fois des droits ouverts, en AME. Il n'est donc pas possible de « convertir » des dossiers ouverts en SU en AME

Prochaine réunion le 2 septembre 17h avec le directeur de la DREES.