



**RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



# **2<sup>ème</sup> Rendez-vous de l'information médicale**

**Jeudi 25 avril 2024**

**ARS IDF / DOS / Pôle Efficience / Département Pilotage Médico-Economique / Service Performance**

## Mots introductifs

Nous vous informons que ce webinaire est enregistré afin de réaliser un replay.

Nous vous remercions d'être aussi nombreux à suivre ce rendez-vous de l'information médicale proposé par l'ARS Ile-de-France

Nous avons noté l'intérêt suscité par le premier rendez-vous.

Comme le précédent, ce webinaire laisse la place aux départements d'information médicale des établissements sous forme de retour d'expérience, ainsi qu'à la mission PMSI, le service expert sur le PMSI au sein de l'ARS Ile-de-France et à tous les 4 voire 5 avec les urgences champs.

Nous proposons de prendre les questions dans le fil de la conversation. Nous pourrions si la présentation est dans les délais prendre 1 à 2 questions après chaque intervention mais nous laissons un grand temps d'échange à la fin. Les questions plus transversales seront notamment gardées pour la fin.

Voici le programme

## Au programme

**9h30 – 9h35 : Introduction**

**9h35 – 9h55 : Point régional PMSI, Emilie Baudelet de l'équipe PMSI, ARS IDF**

### **Retour d'expérience des établissements**

**10h00 – 10h15 : PSY – Retour d'expérience d'analyse des tableaux de la Dotation File Active (DFA), Dr Valérie Le Masson GHU Paris Psychiatrie et Neuro-science**

**10h15 - 10h30 : SMR – Dr Stéphane Said, médecin DIM SMR Ramsay général de Santé**

**10h30 – 10h45 : HAD – Dr Thomas Fauchier, HAD Croix Saint Simon**

## Au programme suite ...

**10h45 – 11h00 : MCO, Dr Nicolas Cocagne, Vivalto Ile-de-France**

**11h00 – 11h15 : Sécurisation Modulée à Activité (SMA), Christelle Morize -  
Ars Ile-de-France**

**11h15 – 11h35 : SNP Qualité et Syrius, Charline Mas et Imane Meskaoui,  
SeSAN ARS IDF et Dr Mathilde Rousseau, DIM CH Créteil**

**11h35 – 12h00 : Echanges sur les retours d'expérience / Quels sont vos  
besoins en terme d'information médicale ?**

**12h00 – 12h15 : Synthèse et conclusion, E Devaux - Ars Ile-de-France**

# ARS et information médicale

## Emilie Baudalet

---

## Rappel des calendriers pour tous les champs - 2024

Les données sont à transmettre mensuellement et **cumulatives**

Période du recueil MCO – HAD et PSY	Période du recueil SMR	Date limite de validation par les ES
M1 – 01/01/24 – 31/01/24	M1 – 01/01/24 – 28/01/24	29/02/2024
M2 – 01/01/24 – 28/02/24	M2 – 01/01/24 – 03/03/24	31/03/2024
M3 – 01/01/24 – 31/03/24	M3 – 01/01/24 – 31/03/24	30/04/2024
M4 – 01/01/24 – 30/04/24	M4 – 01/01/24 – 28/04/24	31/05/2024
M5 – 01/01/24 – 31/05/24	M5 – 01/01/24 – 26/05/24	30/06/2024
M6 – 01/01/24 – 30/06/24	M6 – 01/01/24 – 30/06/24	31/07/2024
M7 – 01/01/24 – 31/07/24	M7 – 01/01/24 – 28/07/24	31/08/2024
M8 – 01/01/24 – 31/08/24	M8 – 01/01/24 – 01/09/24	30/09/2024
M9 – 01/01/24 – 30/09/24	M9 – 01/01/24 – 29/09/24	31/10/2024
M10 – 01/01/24 – 31/10/24	M10 – 01/01/24 – 27/10/24	30/11/2024
M11 – 01/01/24 – 30/11/24	M11 – 01/01/24 – 01/12/24	31/12/2024
M12 – 01/01/24 – 31/12/24	M12 – 01/01/24 – 29/12/24	31/01/2025

## Rappel et impact du non-respect du calendrier

DGF

Des arrêtés mensuels notifiant la valorisation de l'activité sont produits par l'ARS et transmis à chaque établissement :

- MCO – HAD ex-DGF
- **A compter de M3 2024 pour le SMR ex-DGF.**
- Ces arrêtés sont transmis aux caisses selon un calendrier fixé par la CNAM.

### Impacts :

- Données non-exhaustives : Perte de valorisation des séjours
- Retard d'envoi aux caisses : retard de paiement du solde prévu au 05 du mois M+3
- Données non-exhaustives : Analyse régionale incomplète, non prise en compte des spécificités des établissements

+ OQN

## Focus sur les consignes de remplissage de vos remontées

### Tous champs :

- Le taux de chainage : impacte sur la qualité des données et sur la valorisation des séjours
- Les CP imprécis
- La déclaration des suppléments transports
- Médicaments

### Points particuliers de la psychiatrie :

- Tableaux liés aux Unités Médicales et à la Forme d'activité
- Isolement thérapeutique

### Points particuliers du SMR :

- Les plateaux techniques spécialisés
- Les activités d'expertises

## Tous champs : le taux de chainage

Contrôle sur le numéro de sécurité sociale du fichier administratif.

Les anomalies détectées peuvent être :

- Longueur incohérente,
- Renseigné avec une valeur manquante,
- Contient un ou des caractères non numériques,
- Format incorrect

Contrôle N° de Sécurité sociale	Effectif	Effectif cumulé	%	% cumulé
0 pas de problème à signaler	1 365	1 365	97,8	97,8
2 utilisation de la valeur manquante (13 fois le caractère X)	26	1 391	1,9	99,7
3 n° non conforme suite au contrôle de la clé	1	1 392	0,1	99,8
9 Traitement impossible	3	1 395	0,2	100,0

Contrôle des données administratives, pour ne pas être pénalisés financièrement. Une erreur peut impacter le séjour concerné pour un des motifs suivants :

- Séjours avec problème de chainage
- Séjours avec problème de codage des variables bloquantes

## Tous champs : les codes postaux imprécis

### CP imprécis :

- manquants ou erronés (code géographique = 99999)
- imprécis : code France (code géographique = 99100) ou un code département (code géographique se terminant par 999 mais différent de 99999).

Autant que possible, il faut corriger ces codes géographiques :

- ❖ Afin que les bases régionales sur les provenances de patients soient les plus correctes possibles
- ❖ Afin que le taux de Présence d'un code postal valide soit le plus proche de 100% pour que vous ayez la rémunération liée à cet indicateur (en psy)
- ❖ Afin que le taux de présence d'un code géographique soit le plus proche de 100% pour que votre score qualité ne soit pas impacté.

## Les fichiers médicaments

DGF

- **Les effectifs atypiques** : C'est-à-dire plus de 20 UCD en moyenne par journée de présence.

Il vous sera adressé un mail dès lors qu'il y aura des effectifs atypiques afin de nous apporter un complément d'information ou que vous puissiez corriger cette atypie.

+ OQN

Atypie sur quantités UCD (MED et MEDATU)	Effectif RHA
RHA avec plus de 20 UCD en moyenne par journée de présence	3

- **Attention : pour le champ MCO,** le montant peut être 10 fois supérieur ou inférieur au tarif de responsabilité

Tableau [1.V.2.VMED] D - Date du traitement: 29/12/2023 15:13:09  
UCD avec un prix incohérent par rapport au tarif de responsabilité - controle non bloquant  
10 fois supérieur ou 10 fois inférieur au tarif de responsabilité

2023 M11 : de janvier à novembre

UCD 13	UCD 7	Libellé	Prix unitaire	Tarif de responsabilité	Nombre de ligne	Nombre UCD	Montant
3400890009898	9000989	PEMETREXED ACC 25MG/ML FL40ML	45,91	662,57	48	48,00	2 203,87
3400894179832	9417983	VORICONAZOLE ARW 200MG INJ FL	5,97	81,67	3	32,00	191,13

## SMR : Activité d'expertise (Tableau [1.D.2.LUS] du tableau E à R)

Tableau [1.D.2.LUS] F - Date du traitement: 28/02/2024

Lits/places identifiées/dédiées et UM spécifiques

Activités d'expertise : bilan

2024 M1 : janvier

Effectif SSRHA Total	Effectif SSRHA avec une seule activité d'expertise	Effectif SSRHA avec plusieurs activités d'expertise
1	1	0

A compter de 2024, les AE seront à décrire et seront identifiées dans le tableau 1.D.2.LUS

Cela permettra d'identifier l'activité des établissements experts pour reconduire ou non de leur expertise

Des arbitrages sont en cours (DGOS/ATIH) concernant la remontée 2024.

### Liste des activités d'expertise :

- 1 - Equipes mobiles d'expertise en réadaptation (EMER) neuro-locomotrice
- 2 - La prise charge en réadaptation neuro-orthopédique
- 3 - La prise en charge en service de réadaptation post-réanimation (SRPR)
- 4 - PEC en réadaptation PREcoce Post-Aiguë Neurologique (PREPAN)
- 5 - PEC en unités de soins dédiées aux personnes en état de conscience altérée
- 6 - PEC en réadaptation PREcoce Post-Aiguë Respiratoire (PREPAR)
- 7 - PEC en réadaptation PREcoce Post-Aiguë Cardiologique (PREPAC)
- 8 - PEC des tbles cognitifs et comportementaux des patients cérébro-lésés
- 9 - PEC des patients atteints de troubles cognitifs sévères liés à une conduite addictive
- 10 - PEC des patients atteints de lésions médullaires
- 11 - PEC des patients atteints d'obésité complexe
- 12 - PEC des patients amputés, appareillés ou non
- 13 - PEC des patients atteints polyhandicapés en structure autorisée à la modalité pédiatrie
- 14 - PEC des patients atteints de troubles du langage et des apprentissages en structure autorisée à la modalité pédiatrie.

## SMR : Plateaux techniques spécialisés (tableau [1.D.2.PTS])

→ Un contrôle sera réalisé entre les établissements dont un PTS a été reconnu et la déclaration dans le PMSI, et inversement, une déclaration d'un PTS sans en avoir la reconnaissance.

→ Cette non déclaration peut avoir un impact sur le financement.

Tableau [1.D.2.PTS] - Date du traitement: 28/02/2024

Plateaux techniques spécialisés

2024 M1 : janvier

Catégorie	Code modulateur ou extension documentaire	Effectif actes RR	% actes Total = actes acceptant ce code	Effectif SSRHA en HC	Effectif journées en HP
Modulateur de technicité	QC : Réalisation de lacte sur un plateau technique spécialisé, Simulateur et/ou véhicule adapté pour une rééducation du retour à la conduite	2	0,5	0	2
Modulateur de technicité	QF : Réalisation de lacte sur un plateau technique spécialisé, Rééducation intensive des membres inférieurs	1	0,0	0	3

Liste fermée d'établissements ayant la reconnaissance d'un PTS. Il existe 6 PTS :

- QM : Balnéothérapie
- QS : Rééducation assistée du membre supérieur
- QF : Rééducation intensive des membres inférieurs
- QI : Isocinétisme
- QC : Simulateur et/ou véhicule adapté pour une rééducation du retour à la conduite
- QQ : Laboratoire d'analyse quantifiée de la marche et du mouvement

## PSY : Le fichier des UM (Tableau [1.D.2.UMAD]) – Analyse formes d'activité (Tableau [1.D.2.FA])

UM	Type d'UM	Type d'autorisation de l'UM
2331	000 - Autre unité médicale	adulte
9617	000 - Autre unité médicale	adulte
0187	011 - Gériopsychiatrie	adulte
4407	011 - Gériopsychiatrie	adulte

### Liste des unités médicales (reconnaissance donnée par l'ARS) :

- 011 – Gériopsychiatrie
- 012 – Grands adolescents et jeunes adultes
- 061 – Post cure de réhabilitation intensive
- 071 – Centre de crise spécialisé
- Sinon 000 – Autres unité médicale

Forme d'activité
01 Hospitalisation à temps plein
02 Séjour thérapeutique
04 Accueil familial thérapeutique
06 Prise en charge en centre de post-cure psychiatrique
07 Prise en charge en centre de crise
20 Hospitalisation à temps partiel de jour
21 Hospitalisation à temps partiel de nuit
22
30 Prises en charge par le centre médicopsychologique (CMP)
31 Prises en charge en ambulatoire par d'autres dispositifs que le CMP et le CATT
32 Accueils et soins en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
TOTAL

Il est indispensable de bien vérifier qu'il n'y ait pas d'erreur dans les formes d'activité déclarées

## PSY : Isolement thérapeutique

Tableau [1.D.2.IT] - Date du traitement: 29/02/2024

### Isolement thérapeutique

2024 M1 : janvier

Données issues des RPS

Nombre de séjours	Nombre de journées couvertes par les séquences ( )	Dont nombre de journées d'isolement thérapeutique	Nombre de patients	Age moyen	% hommes	% provenance domicile	% séjours terminés	% destination domicile
36	664	291	36	38,3	66,7	94,4	27,8	70,0

Tableau [1.D.2.ISOCONT] - Date du traitement: 29/02/2024

### Synthèse de séquences d'isolement et de contention

2024 M1 : janvier

Données issues du FichComp

=A - toutes séquences confondues

	Isolement A	Isolement B	Contention C	Contention D	Contention E
Séquences : Nombre	38.0	.	15.0	.	.
Durée : Somme (en heure)	9777.4	.	1346.8	.	.
Durée : Min (en heure)	14.0	.	14.0	.	.

### Ce contrôle se porte sur :

- L'ensemble des informations des deux tableaux
- L'autorisation de l'établissement à faire cette déclaration

## Conclusion

Faire un mail en amont de  
votre transmission

Pour tout retard  
de transmission

Pour tout problème  
technique

Etre prévenues, nous permettra :

- De ne pas vous demander un complément d'information
- De ne pas bloquer la validation de vos données
- De ne pas vous relancer inutilement
- De pouvoir appuyer vos problèmes techniques auprès des bons interlocuteurs

Faire un mail parallèlement  
au dépôt de vos données

Absence de  
facturation

Absence de  
fichiers  
complémentaires

Atypies

Absence des  
ACE

### Rappel LAMDA :

Le formulaire du LAMDA doit être transmis sur le mois de la période de transmission des données

# En établissement PSY

---

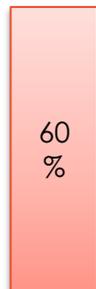
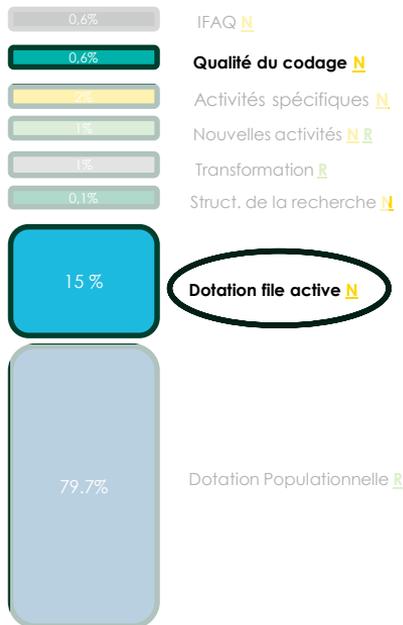
# Réforme du financement Les tableaux Ovalide

Département d'information médicale

Dre Le Masson / Dr. Anis Ellini

---

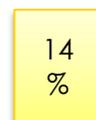
# Réforme du financement pour les établissements publics



Temps complet

Décompte à la journée

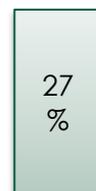
- Pondération selon la Forme d'activité
- Grilles Adultes / Enfants (moins de 18 ans)
- Pondération selon Age du patient (si autorisation ARS)
- Supplément SSC patient annuel



Temps partiel

Décompte à la journée

- Pondération selon la Forme d'activité
- Grilles Adultes / Enfants (moins de 18 ans)
- Pondération selon Age du patient (si autorisation ARS)



Ambulatoire

Décompte au patient

- Pondération selon l'intensité des soins
- Grilles Adultes / Enfants (moins de 18 ans)
- Survalorisation des lieux hors les murs
- Supplément pour la coordination selon la densité actes
- Supplément pour les PEC intensives

# Les tableaux expérimentaux

## 1.V.1.DFA

Activité NON comptabilisée dans la dotation file active			
Séquences > 31 jours		Durée cumulée > 366 jours dans une forme d'activité	
-		-	
Nombre de patients concernés sur au moins une séquence	Nombre de séquences	Nombre de patients	Nombre de journées
0	0	0	0

Tableaux adultes / enfants  
Formes d'activité pour le temps complet et temps partiel  
Données supprimées si « hors normes »  
Pour l'ambulatoire, tableau A/E/G, + coordination..

Tableau [1.V.1.DFA] - Date du traitement: 04/03/2024  
Effectifs comptabilisés dans la dotation file active  
Adulte - Temps plein

2024 M1 : janvier

Effectifs comptabilisés dans la dotation file active

Temps plein - File active Adulte - Répartition des journées en fonction de la pondération retenue

Total			Jeunes adultes : pondération= 2.309	Jeunes adultes : pondération= 2.309 x 0,5	Géronto-psychiatrie : pondération= 1	Géronto-psychiatrie : pondération= 1 x 0,5	Autres situations : pondération= 1	Autres situations sans nuités : pondération= 1 x 0,5
Nombre de patients	Nombre de journées	Nombre de séquences sans nuitée	Critères : âge 18-25 + identification ARS	Critères : âge 18-25+ identification ARS + 0 nuitées	Critères : âge >=65 + identification ARS	Critères : âge >=65 + 0 nuitées		
1 487	23 179	260	3 413	39	0	0	19 766	221

Tableau [1.V.1.DFA] - Date du traitement: 04/03/2024  
Effectifs comptabilisés dans la dotation file active  
Adulte - Temps plein



Ces éléments dans le  
**Tableau [1.D.2.FA]**

2024 M1 : janvier

Effectifs comptabilisés dans la dotation file active									
Temps plein - File active Adulte - Répartition des journées en fonction de la pondération retenue									
Total			Jeunes adultes : pondération= 2.309	Jeunes adultes : pondération= 2.309 x 0,5	Géronto-psychiatrie : pondération= 1	Géronto-psychiatrie : pondération= 1 x 0,5	Autres situations : pondération= 1		Autres situations sans nuitées : pondération= 1 x 0,5
Nombre de patients	Nombre de journées	Nombre de séquences sans nuitée	Critères : âge 18-25 + identification ARS	Critères : âge 18-25+ identification ARS + 0 nuitées	Critères : âge >=65 + identification ARS	Critères : âge >=65 + 0 nuitées			
1 487	23 179	260	3 413	39	0	0	19 766		221

Activité NON comptabilisée dans la dotation file active			
Séquences > 31 jours		Durée cumulée > 366 jours dans une forme d'activité	
Nombre de patients concernés sur au moins une séquence	Nombre de séquences	Nombre de patients	Nombre de journées
0	0	0	0



Qualité des mouvements  
Interface / contrôle de saisie

Tableau [1.V.1.DFA] - Date du traitement: 04/03/2024  
Effectifs comptabilisés dans la dotation file active  
Adulte - Temps plein

2024 M1 : janvier

Effectifs comptabilisés dans la dotation file active

Temps plein - File active Adulte - Répartition des journées en fonction de la pondération retenue

Total		Jeunes adultes : pondération= 2.309	Jeunes adultes : pondération= 2.309 x 0,5	Géronto-psychiatrie : pondération= 1	Géronto-psychiatrie : pondération= 1 x 0,5	Autres situations : pondération= 1	Autres situations sans nuitées : pondération= 1 x 0,5	
Nombre de patients	Nombre de journées	Critères : âge 18-25 + identification ARS	Critères : âge 18-25+ identification ARS + 0 nuitées	Critères : âge >=65 + identification ARS	Critères : âge >=65 + 0 nuitées			
1 487	23 179	260	3 413	39	0	0	19 766	221

+

Tableau [1.V.1.DFA] - Date du traitement: 04/03/2024  
Effectifs comptabilisés dans la dotation file active  
Enfant - Temps plein

2024 M1 : janvier

Effectifs comptabilisés dans la dotation file active

Temps plein - File active Enfant

Activité NON comptabilisée dans la dotation file active

Séquences > 31 jours

Durée cumulée > 366 jours dans une forme d'activité

Nombre de patients	Nombre de journées	Nombre de séquences sans nuitée - Pondération=0,5	Pondération retenue	Nombre de patients concernés sur au moins une séquence	Nombre de séquences	Nombre de patients	Nombre de journées
51	568	8	Pondération enfant= 2.309	0	0	0	0

=

23 747

GRUPE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE PARIS-PSYCHIATRIE ET NEUROSCIENCES (Finess=750062036)

2024 M1 : janvier

Forme d'activité	Nombre d'établissements	Nombre de secteurs distincts	Nombre de séjours	Nombre de journées	Nombre de demi-journées	Nombre d'actes	Nombre de patients
01 Hospitalisation à temps plein	10	25	1 668	23 513	0	.	1 524
01P Hospitalisation à temps plein de psychiatrie périnatale (unité parents bébé)	1	1	18	234	0	.	14



Seuil de coordination

Tableau [1.V.1.DFA] - Date du traitement: 04/03/2024  
Effectifs comptabilisés dans la dotation file active  
Adulte - Ambulatoire

2024 M1 : janvier

Ambulatoire - Adulte	Nombre de patients comptabilisés	PeC HLS % d'actes concernés	Coordination Nombre de patients concernés	PeC intensives Nombre de patients concernés
01-02 actes	14 422	5,10	734	0
03-06 actes	3 802	4,50	407	0
07-12 actes	724	4,80	131	0
13-24 actes	258	3,40	54	36
25-36 actes	60	5,60	18	47
37-52 actes	15	0,20	3	13
Plus de 52 actes	20	62,90	14	18



Enfant

2024

Ambulatoire - Enfant	Nombre de patients comptabilisés	PeC % d'actes
01-02 actes	1 730	
03-06 actes	950	
07-12 actes	156	
13-24 actes	37	
25-36 actes	13	
37-52 actes	1	



484 D/R  
968 L06/L09/L10

Les actes audio L07 sont comptés en HLS...

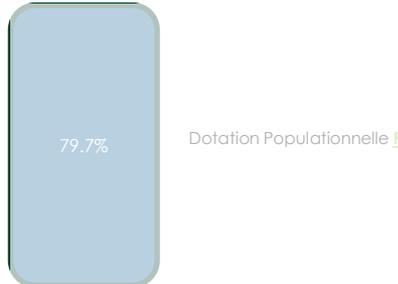
Comment seront valorisés les X ?  
Comment seront valorisés les patients D/R sans  
A/E/G ?

	Année en cours
Nb résumés activité ambulatoire transmis	62 051,00
Nb de R3A transmis avec anomalie	1 893,00
Nb de R3A transmis avec anomalie prioritaire	0,00
Patient: Nb patients	23 515,00

Avoir les pondérations totales  
+ valeur du point



# Réforme du financement



Nb de Journées  
De temps complet  
De temps partiel

Information  
SDRE/SPDT-  
SPPI

Nb d'actes

Lieu des actes  
+20% lieu hors  
hôpital

Fiche  
mouvement

Utilisation du  
planning

Fiche codage  
E/A/G  
D/R/X

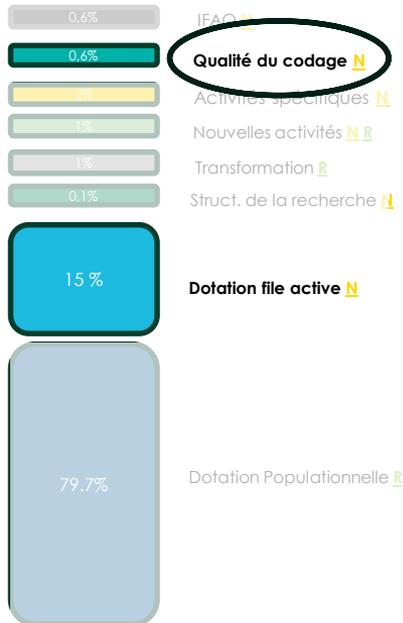
Fiche codage  
lieu des actes



Visite Sites



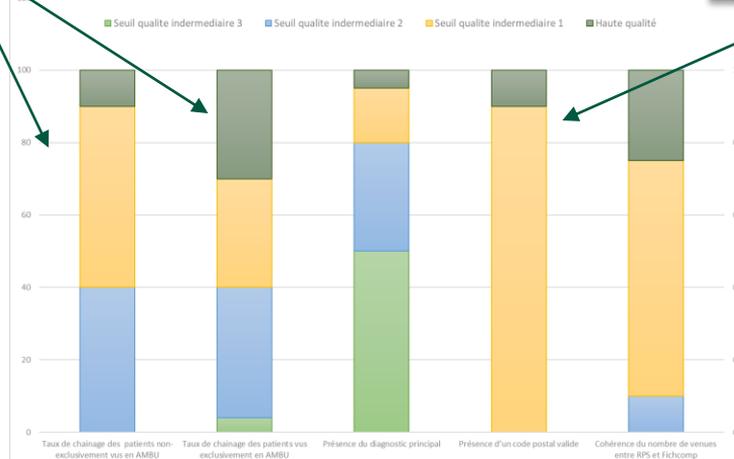
# Réforme du financement



5 enveloppes

Au moins N°AM (N°Ano) valable sur l'année, sauf si Z5970 en DA

Au moins un code postal précis sur l'année, sauf Z590 en DA ou 99 999

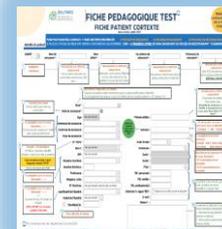


Au moins un DP sur l'année (hors codes imprécis et codes interdits typé 3)

Tableau [1.Q.14.DQC] - Date du traitement: 04/03/2024  
Dotation Qualité du Codage

2024 M1 : janvier

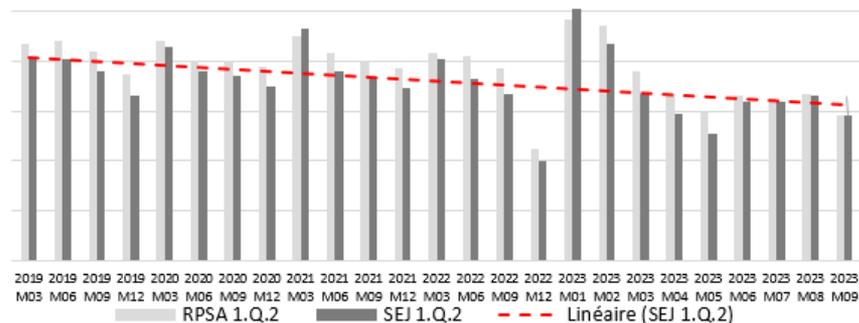
Indicateurs	Score	Rémunération en %
Taux de chaînage pour les patients pris en charge non-exclusivement en ambulatoire	87.96%	50%
Taux de chaînage pour les patients pris en charge exclusivement en ambulatoire	82.59%	100%
Présence du diagnostic principal	94.90%	50%
Présence d'un code postal valide	98.76%	100%
Cohérence du nombre de venues entre RPS et Fichcomp	99.62%	100%



% de sequences de soins ou d'actes sans diagnostic principal



Le taux d'erreurs de chaînage (N° SS)



**En établissement SMR  
Retex « 4 mois d'application de la  
réforme de financement SMR au  
niveau du DIM »  
Dr Stéphane Saïd, médecin DIM SMR – Ramsay  
Santé**

---

# 1. Contexte

# Organisation du codage à Ramsay Santé

- 39 établissements SMR
- Codage décentralisé (majoritairement)
  - CIM 10 :
    - 1<sup>er</sup> MP / AE par le médecin au terme du bilan d'entrée
    - Selon les établissements, certains acteurs peuvent coder (ex : Assistante sociale pour les FSE)
  - CSARR : Par les intervenants
  - Dépendance : IDE / AS
  - CCAM Médecins
- Contrôle centralisé par les TIMs
  - Ajout des DAS
  - Contrôle de la MP et de l'AE
  - Contrôle de l'exhaustivité des CSARR / dépendance
  - Formation des intervenants par les TIMs
  - Ajout des autres champs du PMSI
  - ...

# Fonctionnement avant la réforme

- Financement historique :
  - Financement à 90% par les prestations de facturation : PJ, SNS, SHO, SSM, ...
  - Financement à 10% par la DMA
- Codage et facturation dissociés
  - Facturation des journées de présence à la dizaine ou à la quinzaine
  - Envoi cumulatif PMSI jusque M12
- Logiciels utilisés :
  - GAP : Loghos 3 / SHS
  - PMSI et DPI : HM

# Changement de GAP et report de la réforme

- Mi 2021 : Annonce de la fin de vie de nos logiciels GAP historiques pour fin 2024
  - MCO et SMR soit une centaine d'établissements
- Mi 2022 :
  - Début de la migration des établissements vers une solution HM
  - Annonce de l'éditeur GAP historique de l'impossibilité d'adapter son outil à la réforme SMR
    - → Avancement du calendrier de bascule des SMR à avant juillet 2023 (incertitude sur la date effective de démarrage)
- Juin 2023 :
  - Déploiement d'HM GAP (≠ d'HM DPI)
  - Poursuite du codage sur HM DPI jusqu'au 31/12/2023
  - Puis bascule du codage d'HM DPI vers HM GAP à partir du 01/01/2024
    - Nécessité d'avoir le PMSI dans le même HM que la facturation pour la réforme
    - Le DPI restant inchangé dans un premier temps
    - Les établissements ont donc deux HM différents qui doivent communiquer pour la synchronisation des séjours et la récupération du codage fait pour les soignants

## 2. Préparation

# Sensibilisation des équipes soignantes

- Pas de changement majeur pour les équipes soignantes MAIS
  - La réforme implique un codage au fil de l'eau
  - Une fois le séjour facturé, il n'est plus possible de revenir sur le codage des dossiers
- Sensibilisation sur l'importance de l'exhaustivité du codage CSARR / CIM / CCAM / Dépendance :
  - → **Travail d'harmonisation des pratiques**
  - Exemple : Utilisation de l'agenda HM → Permet de s'assurer que chaque RDV / séance de rééducation est bien associé à un acte CSARR
    - Travail au long cours, des disparités entre établissements

# Préparation du PMSI et de la facturation

## PMSI

- Formation des TIMs sur les impacts de la réforme
- Construction d'outils de BI
  - Suivi de production (exhaustivité, priorisation des séjours)
  - Suivi d'activité
- Organisation des remplacements pour assurer une continuité de codage
- Construction de « listes de travail » permettant des contrôles qualité

## Équipes administratives

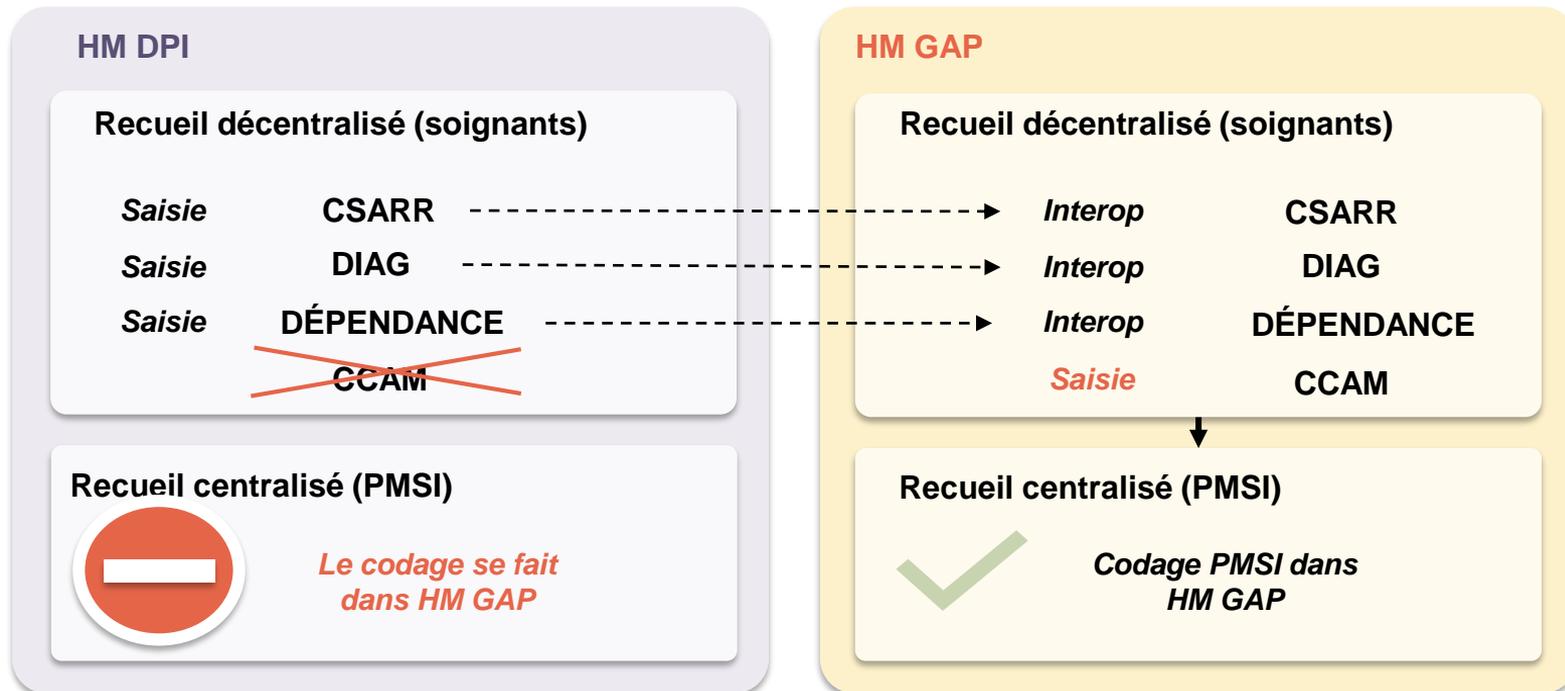
- En partenariat avec la direction centrale de gestion administrative patient
- Mise en place de canaux de communication entre PMSI / Facturation / Admissions
- Diffusion conjointe des consignes

# 3. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2024

# Départ = remise à zéro des compteurs

- Changement d'UFM (Unités fonctionnelles médicales) car changement de DMT
  - Un mouvement doit être réalisé pour pouvoir facturer avec la bonne DMT
- Pour les séjours à cheval, pas de fermeture administrative des séjours mais
  - Facturation de la partie 2023 selon l'ancien système et sur l'ancienne DMT
  - Facturation de la partie 2024 selon les nouvelles modalités, sur la nouvelle DMT
- Pseudo réinitialisation des séjours au 01/01/2024
  - Calcul des zones de GME à partir d'une pseudo date d'entrée au 01/01/2024
  - Donc pas de GMT Hebdo avant le 01/04/2024
- Au départ séjours non facturables car :
  - Attente du GO des caisses
  - De l'accréditation définitive de l'éditeur
  - Par ailleurs, pas de facturation en HC tant que le séjour n'est pas terminé

# Allumage de l'interop



# Problématiques de l'interop

- Mouvement pour prise en compte de la DMT
  - OK pour l'HC
  - Pour l'HdJ, le mouvement n'a pas systématiquement été pris en compte → Nécessité de reprise des mouvements
    - Identifié très tôt et correction assez rapide
  - Des mouvements qui ne passaient pas du DPI vers la GAP : Ajustements faits en janvier et février
- Problèmes sur les CSARR, dépendance et CIM 10
  - Si le mouvement d'HdJ n'est pas créé → Pas de bascule du recueil du DPI vers la GAP
  - → Mise en place de requêtes de contrôle entre GAP et DPI
- D'autres problématiques :
  - Ex : Mauvaise date d'intervention transmise entre GAP et DPI → Correction manuelle
  - Ex : Les gestes complémentaires ne passent pas via interop

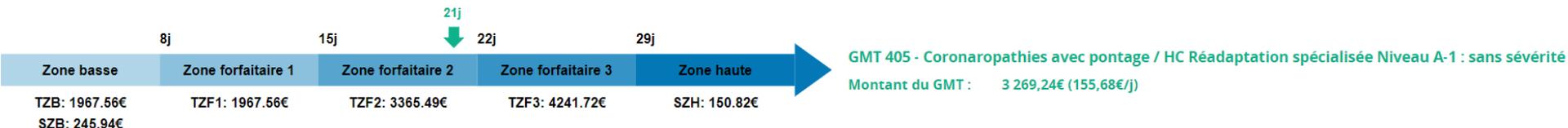
# Groupage PMSI

- Groupeur : fonctionnement **Normal**
- Quelques ajustements au niveau de la gestion des RHS
  - La finalisation du dernier RHS entraîne la finalisation des précédents RHS
  - La définalisation d'un RHS entraîne la définalisation des RHS ultérieurs
  - **Il n'est plus possible de définaliser un RHS quand la période correspondante est facturée**
    - Peut poser problème pour le mouvement de sortie « non programmé » des HdJ
- Vigilance +++ sur les jours de présence en HdJ
- Vérification des dates d'intervention
- Quelques anomalies corrigées au fur et à mesure
  - Dernier RHS qui ne se finalisait pas
  - Problèmes de paramétrages sur quelques UFM

# Échanges avec la facturation et les admissions

- La facturation doit attendre les prestations GMT +/- SZH pour pouvoir facturer
  - Celles-ci apparaissent une fois l'ensemble des RHS groupés et finalisés.
  - Beaucoup d'allers-retours entre facturation et PMSI
  - Des incompréhensions sur ce que peut faire et ne peut pas faire le PMSI
- Besoins de contrôle de la somme facturée, sans accès aux visuels PMSI :

Valorisation du séjour (fermé) :



# Échanges avec les caisses

- À date, tous les établissements peuvent facturer (jusqu'à fin février)
  - Des caisses et des établissements prêts plus tard que d'autres
- Problématiques de coefficients au départ : Différences de coefficients entre établissements et caisses
- Des rejets sur différentes problématiques
  - Dates incohérentes au niveau de la prestation SZH → correction de la part de l'éditeur
  - Des actes NGAP rejetés à tort : les kinés libéraux peuvent facturer en sus du GMT leurs cotations NGAP
    - Refus des caisses, expliquant que le GMT est un tarif tout compris.
    - Or l'établissement en question a un coefficient honoraire de -42%.
  - Des rejets pour discordances Nb de FJ – Nb de jours GMT
    - Ex : Séjour de 5 nuits pour un patient décédé
    - → On compte le dernier jour comme une présence au PMSI
    - → On ne le compte pas pour le FJ
    - Rejet des caisses car discordance mais normal pour ce cas de figure

# 4. Au total

# Au total

- La réforme a impliqué un changement de système d'information plus tôt que planifié
  - Nécessitant la mise en place d'interface entre les logiciels DPI et GAP, plutôt fonctionnels mais avec des anomalies à monitorer
- Le fonctionnement du PMSI doit être ajusté et se rapprocher de celui du MCO
  - Raccourcissement des délais de codage
  - Sensibilisation des soignants et suivi rapproché de l'exhaustivité du codage pendant le séjour
  - Communication rapprochée avec la facturation
- Des règles de rejet à améliorer côté caisses
  - Quid des interlocuteurs pour remonter les problèmes

# **En établissement HAD Analyse de la précarité et des déterminants d'hospitalisation**

**Dr. Thomas FAUCHIER médecin DIM  
HAD Croix Saint Simon**

---

# Introduction

Notion abordée sur le terrain par les travailleurs sociaux

L'intervention à domicile collecte la réalité sociale des patients

Le travail psychosocial est un élément essentiel de l'HAD par son mode de prise en charge défini par le guide méthodologique, un des seuls composants non médicaux

Les travaux sur la réforme du PMSI en HAD intègrent les facteurs socio environnementaux dans la lourdeur des séjours.

Quels sont les liens et l'impact de la précarité parmi les autres déterminants médicaux sur l'hospitalisation et sur sa durée ?

Etude réalisée dans le cadre du COTRIM HAD de l'ARS IdF

# Matériel et Méthode

PMSI HAD 2022 : DP, DCMPP/A, DAS, MPP, MPA, MPD

Renforcement du PMSI par les registres internes concernant le travail psychosocial

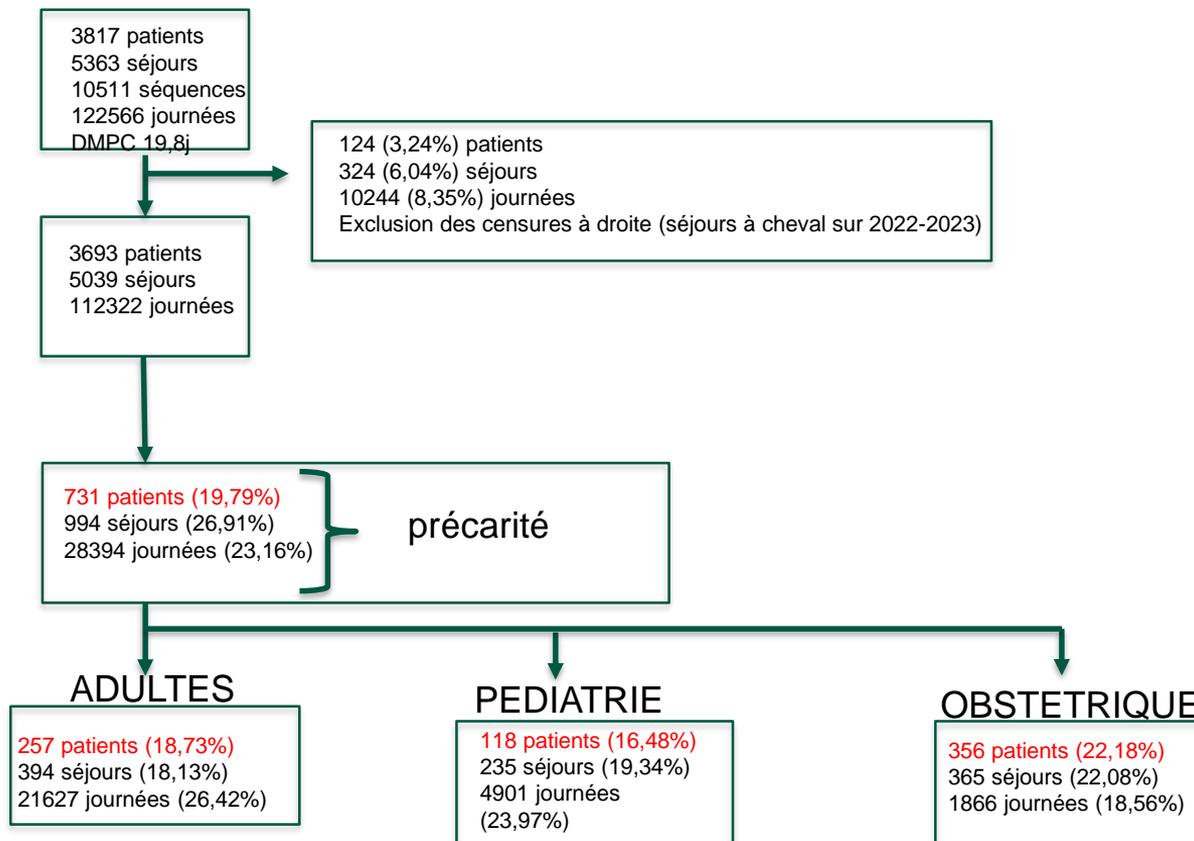
Codification de la Précarité par les codes Z59 Z60 Z61 + extensions (opérateur OU inclusif)

Indicateurs supplémentaires : FDEP15, densité de généralistes par canton, revenu médian/pauvreté/ dette communale par habitant

Indicateurs personnels hors PMSI : âge, durée, nb de séjours

*Critères d'exclusion* => censure des séjours au 01/01/2023

# Diagramme de flux



	Abs de précarité (3133)	Précarité (757)	p-value
Réentrées (mean (SD))	1.45 (5.58)	1.26 (2.45)	0.36
Réentrées Oui n(%)	1902 (60.7)	410 (54.2)	<0.001
IK (mean (SD))	59.46 (18.38)	58.39 (15.98)	0.02
FDEP15 (mean (SD))	-0.90 (1.90)	-0.37 (1.90)	<0.001
FDEP en quintiles Q n (%)			<0.001
Q1	1548 (49.4)	306 (40.5)	
Q2	574 (18.3)	117 (15.5)	
Q3	221 ( 7.1)	66 ( 8.7)	
Q4	295 ( 9.4)	90 (11.9)	
Q5	494 (15.8)	177 (23.4)	
Démographie médicale (mean (SD))	74.21 (25.29)	72.06 (25.18)	0.04
Pauvreté communale(mean (SD))	17.23 (7.07)	18.75 (7.27)	<0.001
Endett. com /hab (mean (SD))	1655.0 (1172.60)	1664.82 (1108.20)	0.84
Med Traitant = n (%)	1143 (36.5)	264 (34.9)	0.43
Méd traitant prescripteur n (%)	36 ( 1.1)	5 ( 0.7)	0.33
Sexe = H n (%)	864 (27.6)	186 (24.6)	0.10
Age (mean (SD))	40.79 (28.54)	40.18 (26.40)	0.59
Age>75a = O (%)	545 (17.4)	111 (14.7)	<0.01
AVQ (mean (SD))	9.31 (4.77)	9.08 (4.36)	0.22
AVQ physique médiane [IQR]	5 [4-7]	5 [4-8]	<0.001

	Abs de précarité (4043)	Précarité (994)	p-value
Durée du séjour (mean (SD))	20.75 (44.91)	28.59 (55.95)	<0.001
FDEP15 (mean (SD))	-0.96 (1.95)	-0.83 (1.97)	0.07
FDEP en quintiles Q n (%)			0.21
Q1	2017 (49.9)	463 (46.7)	
Q2	690 (17.1)	166 (16.7)	
Q3	323 ( 8.0)	93 ( 9.4)	
Q4	373 ( 9.2)	107 (10.8)	
Q5	639 (15.8)	163 (16.4)	
IK (mean (SD))	59.06 (17.19)	57.04 (15.33)	0.001
Démographie médicale (mean (SD))	76.91 (26.33)	75.83 (26.09)	0.24
Pauvreté communale(mean (SD))	17.16 (6.96)	17.07(7.02)	0.72
Endett. com /hab (mean (SD))	1757.90 (1232.37)	1738.34 (1233.04)	0.65
Med Traitant = n (%)	1695 (41.9)	423 (42.6)	0.75
Méd traitant prescripteur n (%)	35 ( 0.9)	8 ( 0.8)	1.00
Sexe = H n (%)	1358 (33.6)	292 (29.4)	0.01
Age (mean (SD))	40.12 (28.40)	41.97 (28.07)	0.07
Age>75a = O (%)	669 (16.5)	189 (19.0)	0.07
AVQ (mean (SD))	9.26 (4.62)	9.52 (4.18)	0.11
AVQ physique (mean (SD))	6.40 (3.63)	6.69 (3.41)	0.02

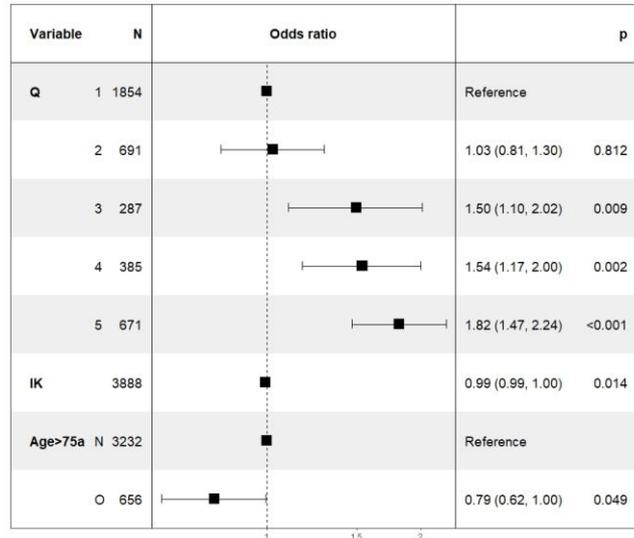
## Analyse de la durée de séjour sur les modes de prise en charge

Mode de Prise en charge Principal	Précarité Médiane, [IQR]	Absence de précarité Médiane, [IQR]	Tendance
02 nutrition parentérale	19 [13-25]	8 [1-31]	augmenté
04 soins palliatifs	28 [13-66]	19 [7-42]	augmenté
07 prise en charge de la douleur	52 [16-92]	13 [5-29]	augmenté
09 pansements complexes	38 [11-98]	32 [14-74]	augmenté
13 surveillance post chimio	16 [5-37]	8 [1-27]	augmenté
14 nursing lourd	39 [29-43]	18 [1-27]	augmenté

# Association Précarité –variables INSEE PMSI modèle multivarié

Régression logistique : variables explicatives de la

<b>FDEP15</b>	<b>1,161 [1,112 ; 1,212]</b>	<b>&lt;0,001</b>
IK	0,994 [0,988 ; 0,999]	0,02
Age	0,998 [0,994 ; 1,001]	0,24



# Association Durée de séjour Précarité –variables INSEE PMSI modèle multivarié

Régression linéaire simple : 6.95 IC 95%[0,92 ; 12,98] pour la précarité concernant la variation de la durée de séjour

<b>Précarité</b>	<b>6,584 [3,386; 9,783]</b>	<b>&lt;0,001</b>
IK	-0,657 [-0,733 ; -0,582]	<0,001
Age	0,019[-0,025 ; 0,064]	0,76
FDEP15	-0,899 [-1,550 ; -0,248]	<0,001

Régression linéaire modèle final tout séjour

<b>Précarité</b>	<b>7,142 [1,185; 13,010]</b>	<b>0,02</b>
IK	-0,643 [-0,763 ; -0,524]	<0,001
Age	0,014[-0,074 ; 0,101]	0,76
FDEP15	-3,686 [-4,984 ; -2,388]	<0,001

Régression linéaire modèle final séjour > 1 semaine (donc hors obstétrique)

# Association Durée de séjour Précarité –variables INSEE PMSI modèle multivarié des variables catégorisées

- Tout séjour

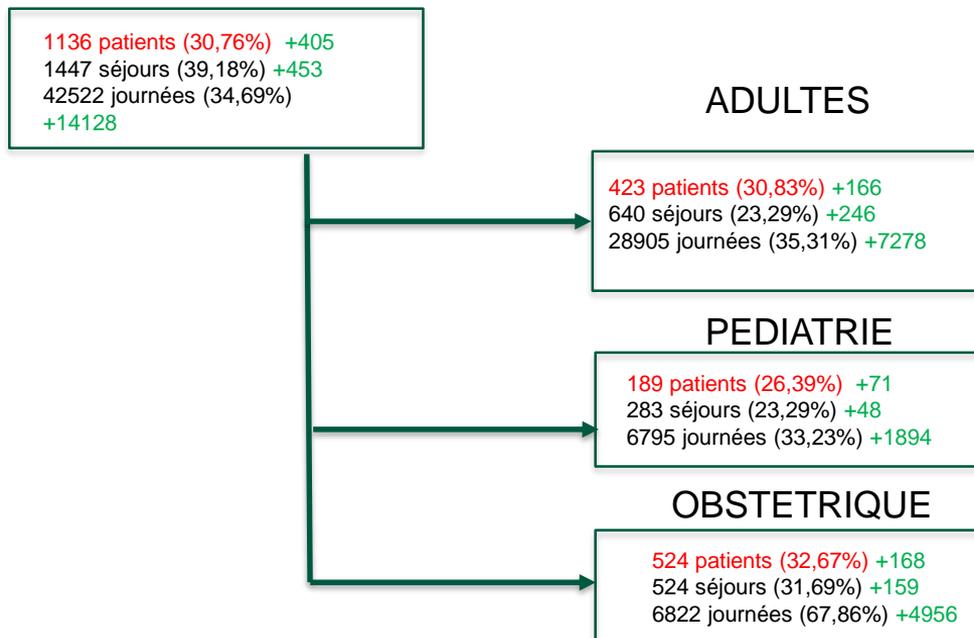
Variable	N	Estimate	p
Précarité	5034	6.57 (3.37, 9.78)	<0.001
IK	5034	-0.66 (-0.73, -0.58)	<0.001
Age>75a	N 4176	Reference	
O	858	1.13 (-2.26, 4.53)	0.51
Q	Q1 2480	Reference	
	Q2 856	-0.84 (-4.42, 2.75)	0.65
	Q3 416	-1.31 (-6.09, 3.47)	0.59
	Q4 480	-3.90 (-8.41, 0.61)	0.09
	Q5 802	-3.02 (-6.69, 0.65)	0.11

- Plus d'une semaine

Variable	N	Estimate	p
Précarité	2369	7.28 (1.30, 13.27)	0.017
IK	2369	-0.65 (-0.77, -0.53)	<0.001
Age>75a	N 1968	Reference	
O	401	2.32 (-4.26, 8.91)	0.489
Q	Q1 1093	Reference	
	Q2 430	-6.59 (-13.40, 0.22)	0.058
	Q3 219	-8.77 (-17.61, 0.07)	0.052
	Q4 232	-11.55 (-20.22, -2.88)	0.009
	Q5 395	-10.92 (-17.95, -3.89)	0.002

# Analyses de sensibilité

Intégration dans le modèle de précarité les codes Z55 à Z65 et Z74-Z75



# Conclusion

Prévalence de la précarité entre 20 et 30% des patients

Facteurs associés à la précarité : IK, FDEP15

Association de la précarité dans l'augmentation de la durée de séjour, avec FDEP15/IK

Présence ubiquitaire de la précarité

Travail des assistants sociaux et conseillers en économie sociale et familiale essentiel pour identifier et prendre en charge les patients basculant en précarité et n'ayant pas accès aux prestations rapidement pour cause de ressources

Incidence majeure dans la réforme du PMSI HAD « lourdeur »

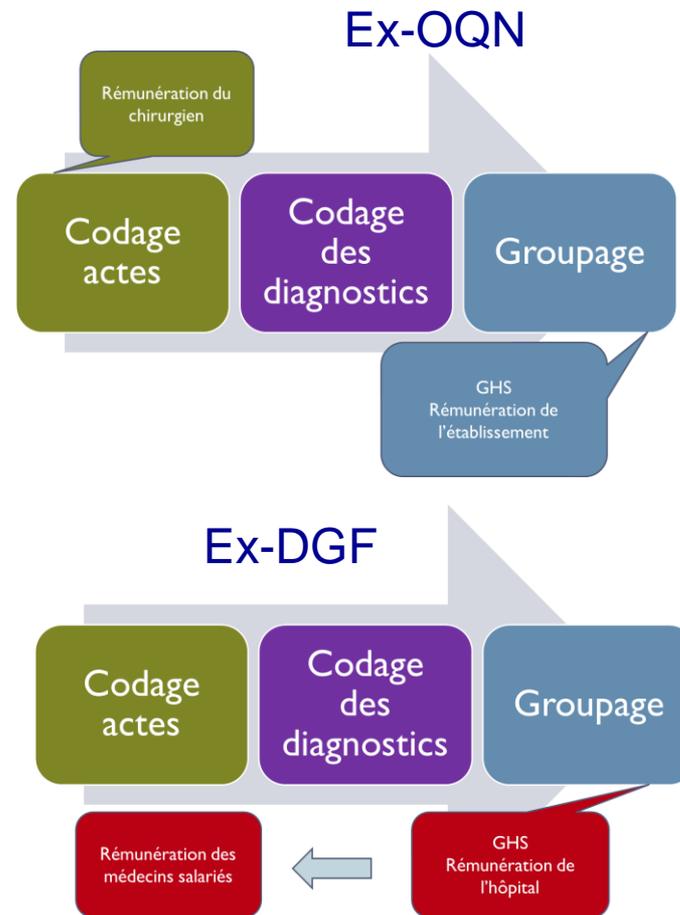
# **En établissement MCO Retour sur l'application de la SMA 2023**

**Dr Nicolas Cocagne, Territoire IdF Vivalto Santé**

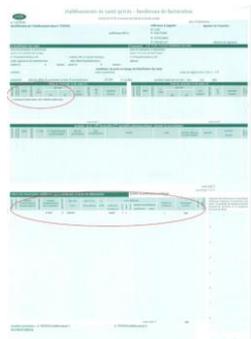
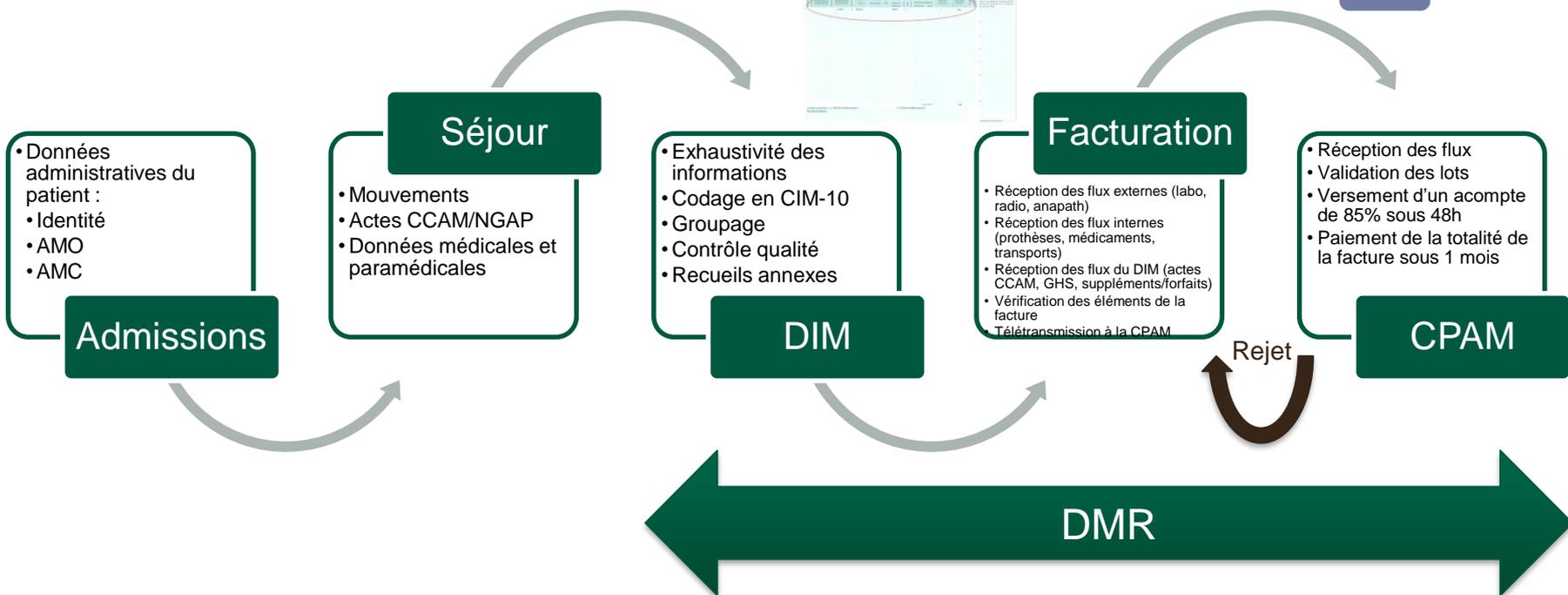
---

## Secteur ex-OQN : les praticiens

- Praticiens libéraux
- Rémunération à l'acte
- Pas de lien hiérarchique avec la direction d'établissement
- DPI complété par les praticiens mais propriété de l'établissement



# Secteur ex-OQN : la facturation au fil de l'eau

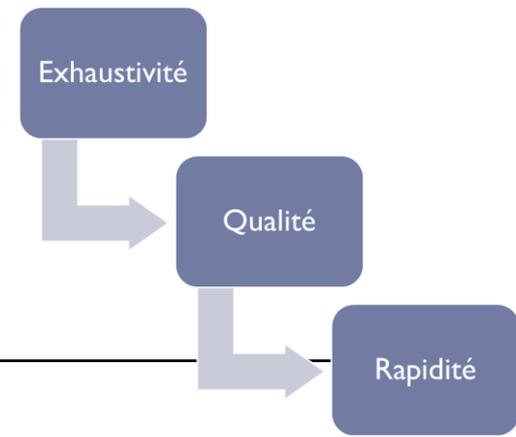
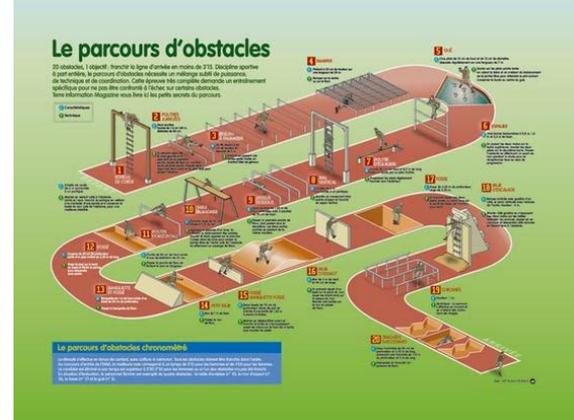


## Secteur ex-OQN : droit à l'erreur ? droit à l'oubli ?

- Pas de possibilité de modifications du RSS ou de la facture après télétransmission (au bon vouloir de chaque CPAM et en pratique très compliqué)
- Pas de lambda

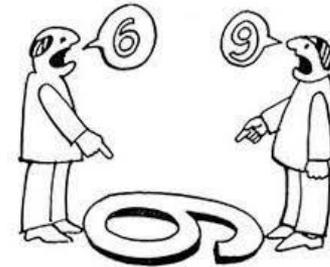


# Secteur ex-OQN : les TIMs



## Secteur ex-OQN : les lots

- Plus simple qu'en ex-DGF :
  - RSS
  - RSF (LPP, PH8, Forfaits transport, etc...)
  - Quelques FICHCOMP (DMI intra GHS)
  - Quelques FICHSUP (RIHN, PPCO, etc...)
- Mais non corrigible donc...
- Envoi et validation par le médecin DIM



# Secteur ex-OQN : ce fameux ~~1<sup>er</sup> mars...~~ ~~1<sup>er</sup> avril...~~ 15 avril ?

- Tout est bloqué !
- Impacts :
  - Pour l'établissement
  - Pour les praticiens
  - Pour les patients





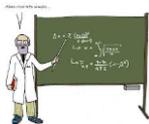
# **Dispositif de sécurisation modulée à l'activité (SMA)**

**Christelle Morize**

---

## SMA 2023

- ❑ Les **activités d'hospitalisation** des champs MCO et HAD bénéficient d'une part d'une base de sécurisation de **70%** calculée au prorata **d'un montant de référence** et d'autre part d'une sécurisation indexée sur la valorisation d'activité correspondant à **30%** de **l'activité valorisée**.
  - Le montant de référence annuel 2023 est calculé en s'appuyant sur le montant 2022 (GF) auquel a été ajouté l'effet prix



Méthode de calcul **SMA = (montant de référence annuelle \* 70% \* période / 12) + (valorisation d'activité sur la période \* 30%)**

- ❑ Les établissements seront concernés par la Sécurisation Modulée à l'Activité si leur activité valorisée est inférieure à leur montant de référence proratisé.

## SMA 2024

- ❑ **A partir du 1er janvier 2024**, les notifications sont réalisées sur la base du 70/30 et des montants de référence annuels 2023 dans l'attente de la fixation du montant annuel au titre du dispositif de sécurisation pour 2024
  
- ❑ **Le montant de référence annuel de SMA 2024** est actualisée de l'évolution tarifaire 2024
  - Se compose de deux douzièmes de la campagne tarifaire 2023 et de dix douzièmes de la campagne tarifaire 2024.



**Bascule** du dispositif de calcul à savoir 50% + 50%, (en attente de publication)

## PERIMETRE SMA



- Le périmètre des recettes concernées par la SMA sont l'ensemble des recettes liées aux GHS et suppléments (y compris transports), aux GHT, aux prestations de dialyse et aux prestations PO.
- La prise en charge des patients bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat et des soins urgents, ainsi que du reste à charge des détenus sur le même périmètre, est intégrée dans la SMA.
- Les recettes des actes et consultations externes (prestations SE/ATU/FU/FFM/IVG/APE), de la liste en sus (médicaments et DMI), les forfaits annuels (urgences, greffes) ne sont pas concernés par le mécanisme de SMA.

## FINANCEMENT – EXEMPLE ETABLISSEMENT A LA SMA

Tableau [I.SMA] A - Date du traitement: 05/12/2023 15:39:10

Récapitulatif global Sécurisation modulée à l'activité

**Etablissement A**

2023 M10 : de janvier à octobre

Séjours/séances finis depuis le 1er janvier 2023	
Montant de référence annuel de l'établissement	85 754 007,00
Montant de référence pour la période de l'établissement	71 461 672,50
Montant de valorisation pour les soins à partir du 1er janvier sur la période, y compris AME, SU et RAC détenus séjours	71 142 763,07
Financement	SMA
Montant de SMA pour la période	71 365 999,67
Montant dû pour la période = valo ou SMA	71 365 999,67

Calcul SMA = (montant de référence annuelle \* 70% \* période / 12) + (valorisation d'activité sur la période \* 30%)

$$= (85\,754\,007 * 70\% * 10 / 12) + (71\,142\,763.07 * 30\%)$$

$$= (50\,023\,170.75) + (21\,342\,828.921)$$

$$= 71\,365\,999.671$$

## FINANCEMENT – EXEMPLE ETABLISSEMENT A LA SMA

Tableau [I.SMA] B - Date du traitement: 05/12/2023 15:39:10

Répartition par type de prestations liées à la SMA

### Etablissement A

2023 M10 : de janvier à octobre

	Séjours/séances finis depuis le 1er janvier 2023			
	Valorisation AM cumulée	Montant de référence annuel	Montant de SMA pour la période	Montant dû pour la période
Forfait GHS + supplément	69 730 531,21	84 177 069,00	70 022 449,61	70 022 449,61
PO	0,00	0,00	0,00	0,00
Transports	171 181,42	476 491,00	329 307,51	329 307,51
Alt dialyse	0,00	0,00	0,00	0,00
Forfait GHS + supplément AME	1 052 428,62	970 709,00	881 975,50	881 975,50
Transports AME	1 440,70	4 538,00	3 079,38	3 079,38
Forfait GHS + supplément soins urgents	148 617,95	66 761,00	83 529,30	83 529,30
Transport soins urgents	264,25	215,00	204,69	204,69
RAC Séjours détenus	38 298,93	58 224,00	45 453,68	45 453,68
<b>Total</b>	<b>71 142 763,07</b>	<b>85 754 007,00</b>	<b>71 365 999,67</b>	<b>71 365 999,67</b>

↓  
Montant de valorisation activité



↓  
Montant SMA (réf annuelle \* 70% \* M10 / 12) + (valo activité sur la période \* 30%)

## FINANCEMENT – EXEMPLE VALORISATION DE L'ACTIVITE

Tableau [1.SMA] A - Date du traitement: 29/11/2023 13:27:15

Récapitulatif global Sécurisation modulée à l'activité

**Etablissement B**

2023 M10 : de janvier à octobre

Séjours/séances finis depuis le 1er janvier 2023	
Montant de référence annuel de l'établissement	73 404 183,00
Montant de référence pour la période de l'établissement	61 170 152,50
Montant de valorisation pour les soins à partir du 1er janvier sur la période, y compris AME, SU et RAC détenus séjours	77 747 094,47
Financement	Valorisation de l'activité
Montant de SMA pour la période	66 143 235,09
Montant dû pour la période = valo ou SMA	77 747 094,47

Calcul SMA = (montant de référence annuelle \* 70% \* période / 12) + (valorisation d'activité sur la période \* 30%)

$$= (73\,404\,183 * 70\% * 10 / 12) + (77\,747\,094,47 * 30\%)$$

$$= (42\,819\,106,75) + (23\,324\,128,34)$$

$$= 66\,143\,235,09$$

SMA

Montant de valorisation à l'activité notifié sur l'arrêté de versement car supérieur au montant SMA

## FINANCEMENT – EXEMPLE VALORISATION DE L'ACTIVITE

Tableau [1.SMA] B - Date du traitement: 29/11/2023 13:27:15

Répartition par type de prestations liées à la SMA

**Etablissement B**

2023 M10 : de janvier à octobre

	Séjours/séances finis depuis le 1er janvier 2023			
	Valorisation AM cumulée	Montant de référence annuel	Montant de SMA pour la période	Montant dû pour la période
Forfait GHS + supplément	76 184 502,59	71 756 373,00	64 713 235,03	76 184 502,59
PO	72 011,65	153 789,00	111 313,74	72 011,65
Transports	134 678,46	156 163,00	131 498,62	134 678,46
Alt dialyse	0,00	0,00	0,00	0,00
Forfait GHS + supplément AME	1 352 506,97	1 321 653,00	1 176 716,34	1 352 506,97
Transports AME	2 301,15	2 873,00	2 366,26	2 301,15
Forfait GHS + supplément soins urgents	332,24	2 353,00	1 472,26	332,24
Transport soins urgents	0,00	84,00	49,00	0,00
RAC Séjours détenus	761,42	10 895,00	6 583,84	761,42
<b>Total</b>	<b>77 747 094,47</b>	<b>73 404 183,00</b>	<b>66 143 235,09</b>	<b>77 747 094,47</b>

↓  
Montant de valorisation activité



↓  
Montant SMA (réf annuelle \* 70% \* M10 / 12) + (valo activité sur la période \* 30%)

## FINANCEMENT – EXEMPLE DE PASSAGE DE LA SMA A LA VALORISATION DE L'ACTIVITE

Tableau [I.SMA] A - Date du traitement: 05/12/2023 15:39:10

Récapitulatif global Sécurisation modulée à l'activité

### Etablissement A

2023 M10 : de janvier à octobre

Séjours/séances finis depuis le 1er janvier 2023	
Montant de référence annuel de l'établissement	85 754 007,00
Montant de référence pour la période de l'établissement	71 461 672,50
Montant de valorisation pour les soins à partir du 1er janvier sur la période, y compris AME, SU et RAC détenus séjours	71 142 763,07
Financement	SMA
Montant de SMA pour la période	71 365 999,67
Montant dû pour la période = valo ou SMA	71 365 999,67

	Séjours/séances finis depuis le 1er janvier 2023			
	Valorisation AM cumulée	Montant de référence annuel	Montant de SMA pour la période	Montant dû pour la période
Forfait GHS + supplément	69 730 531,21	84 177 069,00	70 022 449,61	70 022 449,61
PO	0,00	0,00	0,00	0,00
Transports	171 181,42	476 491,00	329 307,51	329 307,51
Alt dialyse	0,00	0,00	0,00	0,00
Forfait GHS + supplément AME	1 052 428,62	970 709,00	881 975,50	881 975,50
Transports AME	1 440,70	4 538,00	3 079,38	3 079,38
Forfait GHS + supplément soins urgents	148 617,95	66 761,00	83 529,30	83 529,30
Transport soins urgents	264,25	215,00	204,69	204,69
RAC Séjours détenus	38 298,93	58 224,00	45 453,68	45 453,68
Total	71 142 763,07	85 754 007,00	71 365 999,67	71 365 999,67

Tableau [I.SMA] A - Date du traitement: 08/01/2024 16:58:36

Récapitulatif global Sécurisation modulée à l'activité

### Etablissement A

2023 M11 : de janvier à novembre

Séjours/séances finis depuis le 1er janvier 2023	
Montant de référence annuel de l'établissement	85 754 007,00
Montant de référence pour la période de l'établissement	78 607 839,75
Montant de valorisation pour les soins à partir du 1er janvier sur la période, y compris AME, SU et RAC détenus séjours	78 968 891,89
Financement	Valorisation de l'activité
Montant de SMA pour la période	78 716 155,39
Montant dû pour la période = valo ou SMA	78 968 891,89

	Séjours/séances finis depuis le 1er janvier 2023			
	Valorisation AM cumulée	Montant de référence annuel	Montant de SMA pour la période	Montant dû pour la période
Forfait GHS + supplément	77 406 842,13	84 177 069,00	77 235 671,92	77 406 842,13
PO	0,00	0,00	0,00	0,00
Transports	204 684,36	476 491,00	367 153,70	204 684,36
Alt dialyse	0,00	0,00	0,00	0,00
Forfait GHS + supplément AME	1 133 642,54	970 709,00	962 964,37	1 133 642,54
Transports AME	1 515,17	4 538,00	3 366,43	1 515,17
Forfait GHS + supplément soins urgents	181 170,79	66 761,00	97 189,55	181 170,79
Transport soins urgents	396,38	215,00	256,87	396,38
RAC Séjours détenus	40 640,51	58 224,00	49 552,55	40 640,51
Total	78 968 891,89	85 754 007,00	78 716 155,39	78 968 891,89

## ARRETE DE VERSEMENT M11 ETABLISSEMENT A: EXEMPLE DE REPRISE DE MONTANT NEGATIF

Montant VALO M11      Montant SMA M10

	Montants N-1 (LAMDA)				Montants N (hors LAMDA)					Montants à notifier pour ce mois		
	B : Dernier montant de l'activité LAMDA au titre de l'année 2022 (cumul depuis janvier)	C : Montant LAMDA dû au titre de l'année 2022, pour la période (cumul depuis janvier)	D : Montant LAMDA dû cumulé effectivement pris en compte pour la période (cumul depuis janvier)	E : Montant LAMDA à notifier pour ce mois	F : Montant dû pour la période	G : Total des montants notifiés de l'activité N hors LAMDA jusqu'au mois précédent	H : Montant de référence annuelle	I : Montant d'acompte en cours	J : Montant calculé pour le mois en cours (F+I-G)	K : Montant T2A de l'activité Lamda de ce mois-ci notifié (rappel de E, modifiable)	L : Montant complémentaire activité N notifié (régularisation) (rappel de J, modifiable)	M : Montant total notifié (activité N et N-1)
RAC séjours détenus	0,00	0,00	0,00	0,00	40 640,51	45 453,68	58 224,00	0,00	-4 813,17	0,00 ( Modifier ) Montant calculé -> payé	-4 813,17 ( Modifier ) Montant calculé -> payé	-4 813,17
RAC ACE détenus	0,00	0,00	0,00	0,00	52 750,54	51 145,22	0,00	0,00	1 605,32	0,00 ( Modifier ) Montant calculé -> payé	1 605,32 ( Modifier ) Montant calculé -> payé	1 605,32
<b>Total</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>93 391,05</b>	<b>96 598,90</b>	<b>58 224,00</b>	<b>0,00</b>	<b>-3 207,85</b>	<b>0,00</b>	<b>-3 207,85</b>	<b>-3 207,85</b>

Reprise du trop perçu SMA, l'établissement étant passé à la valorisation

# Les Urgences

---

# Deuxième rendez-vous de l'information médicale – Présentation SNP Qualité

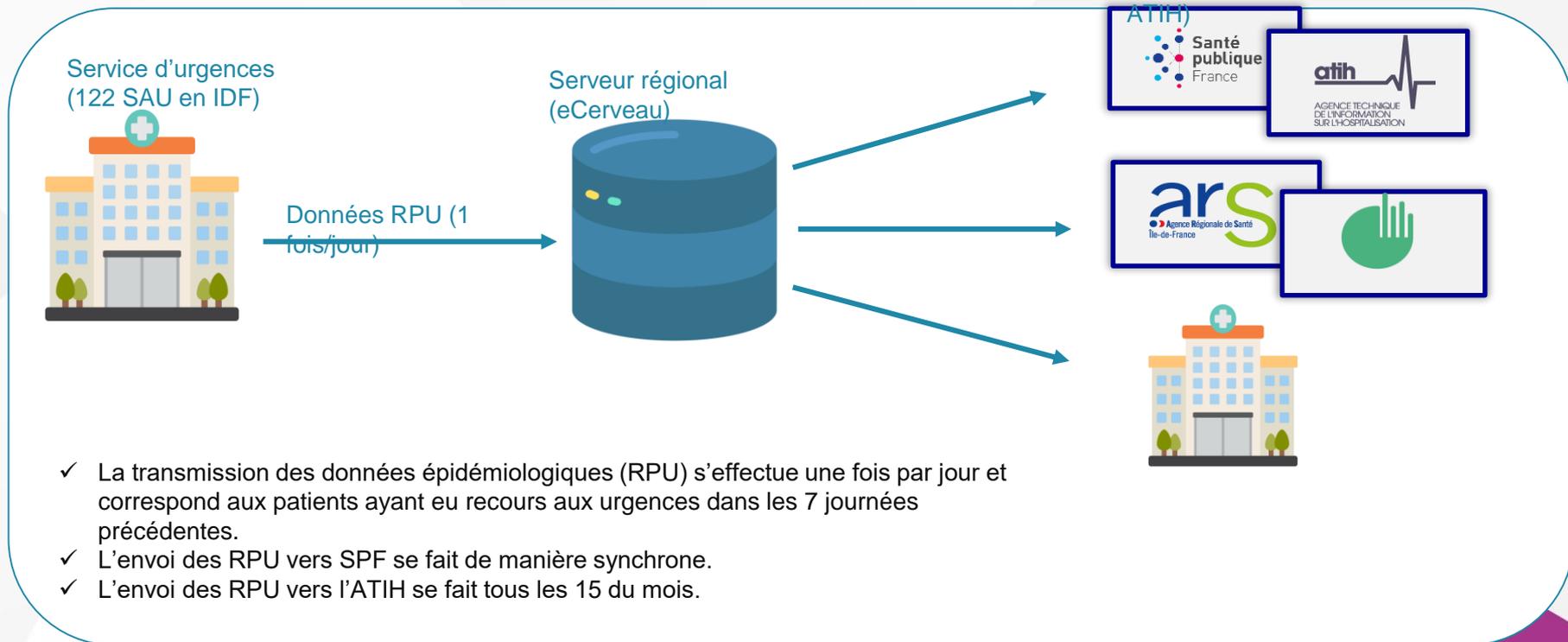


# SOMMAIRE

- 1/ Transmission des données RPU
- 2/ RPU : qu'est-ce que c'est ? quelles variables ?
- 3/ Traitement et correction des anomalies
- 4/ Règles qualité dans l'application SNP Qualité
- 5/ Présentation SNP Qualité



# Transmission des données RPU



- ✓ La transmission des données épidémiologiques (RPU) s'effectue une fois par jour et correspond aux patients ayant eu recours aux urgences dans les 7 journées précédentes.
- ✓ L'envoi des RPU vers SPF se fait de manière synchrone.
- ✓ L'envoi des RPU vers l'ATIH se fait tous les 15 du mois.

# RPU : qu'est-ce que c'est ? quelles variables ?

- ✓ Un Résumé de Passage aux Urgences ou RPU est un recueil standardisé de données médicalisées élaboré pour chaque passage aux urgences.
- ✓ L'envoi des RPU a été défini par l'**arrêté ministériel du 24 juillet 2013** et l'**instruction DGOS/R2/DGS/DUS n° 2023-315 du 31 juillet 2013**
- ✓ **Transmission obligatoire pour tous les établissements de santé publics ou privés ayant une activité de médecine d'urgence :**

## Informations patients

- ✓ Code postal de résidence 
- ✓ Nom de la commune de résidence 
- ✓ Date de naissance 
- ✓ Sexe

## Arrivé du patient dans le SU

- ✓ Date et heure d'entrée 
- ✓ Mode d'entrée 
- ✓ Provenance
- ✓ Mode de transport 
- ✓ Mode de prise en charge durant le transport

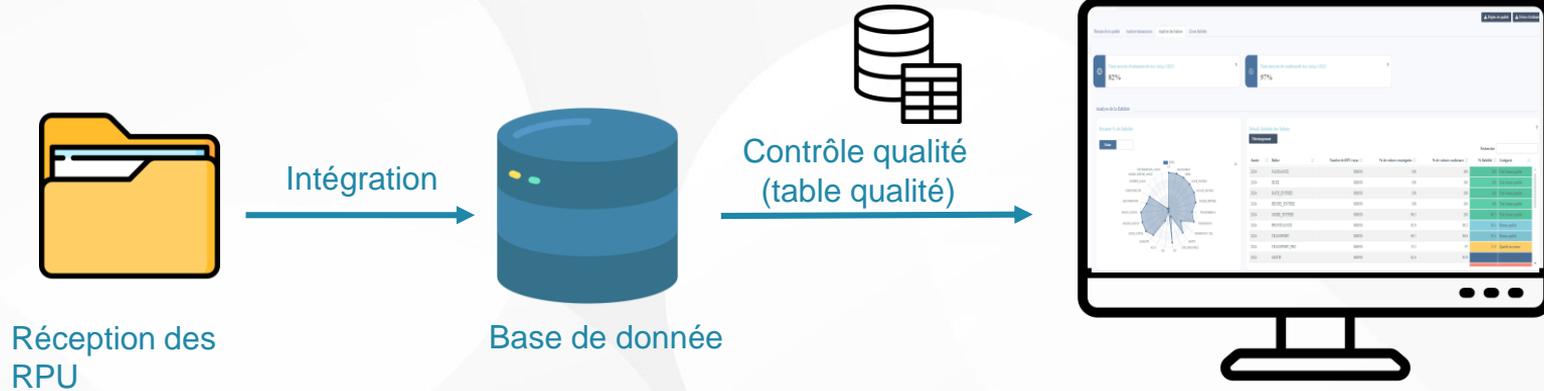
## Motif et diagnostic

- ✓ Motif de recours aux urgences 
- ✓ Classification CCMU
- ✓ Diagnostic principal 
- ✓ Diagnostics associés
- ✓ Actes réalisés aux urgences

## Sortie et orientation

- ✓ Date et heure de sortie 
- ✓ Mode de sortie
- ✓ Destination
- ✓ Précisions sur l'orientation 

## Traitement et correction des anomalies



- ✓ Si des problèmes de qualité sont identifiés, l'établissement a la possibilité d'effectuer une reprise d'historique pour rectifier la période où les anomalies ont été détectées.
- ✓ L'intégration se fait en annule et remplace.



En cas de non-transmission ou de rejet des données, des mails de relance sont envoyés aux établissements pour les alerter, afin qu'ils puissent transmettre les journées manquantes.

## Règles qualité dans l'application SNP Qualité

- ✓ La qualité de la donnée peut être évaluée grâce aux notions **d'exhaustivité**, de **conformité** et de **fiabilité**.

**Exhaustivité** : indicateur permettant de visualiser l'exhaustivité des champs fournis dans le RPU

$$\%Exh = \frac{\text{Nombre de valeurs reçues pour le champ considéré}}{\text{Nombre total de RPU reçu}} * 100$$

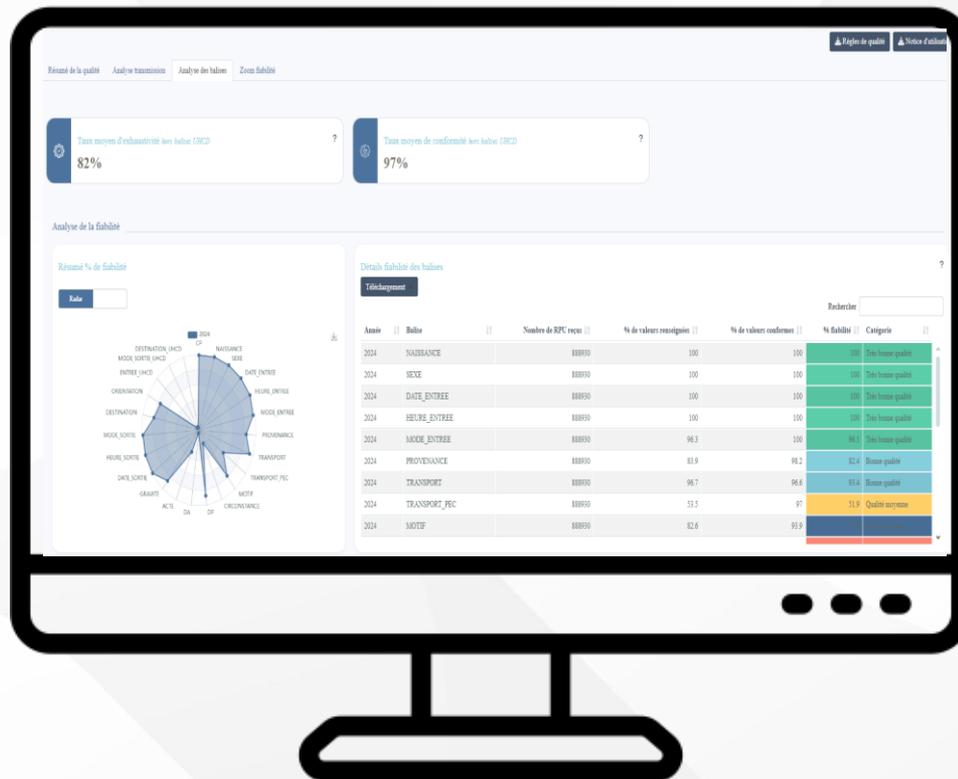
**Conformité** : Une valeur est dite « conforme » lorsqu'elle est remplie selon la règle fixée par la FEDORU et qu'elle est marquée comme « **valide** »

$$\%Conf = \frac{\text{Nombre de valeurs reçues et marquées comme valide pour le champ considéré}}{\text{Nombre total de valeur reçues pour le champ considéré (classes Erronée, Incohérente, Valide)}} * 100$$

**Fiabilité** : la fiabilité correspond à la quantité de données correctes reçues. Elle représente le volume de données réellement exploitable.

$$\%Fiabilité = \% Exhaustivité * \% Conformité$$

# Démo SNP Qualité



# Application SYRIUS

## Dr Mathilde Rousseau

### CHI Créteil

---

## Utilisation de la plateforme Syrius



**e- PMSI**

Bienvenue sur la plateforme e-PMSI

Applications

- OVALIDE MCO HAD SMR/MA Psy
- DATIM
- SYRIUS**



**Syrius MCO**

Accéder à l'application :

**Année2024**

**M1 : janvier**

**M2 : janvier et février**

**Résultats des établissements**

Ordre	
0	RPU avec autorisation Adulte
1	RPU avec autorisation Pédiatrique

Date de la dernière transmission	Nombre de RPUs transmis
2024/03/15, 10:44:35 vendredi	6738
2024/03/15, 10:48:13 vendredi	6403

Résultats
<a href="#">Voir les résultats</a>
<a href="#">Voir les résultats</a>

## Utilisation de la plateforme Syrius - Résultats

### Tableaux

Tableau 1 : Analyse de la qualité des variables du RPU



Tableau 2 : Répartition des passages aux urgences par date d'entrée



Tableau 3 : Codes diagnostics non CIM 10 présents dans le RPU (motif, DP et DA)



Tableau 4 : Analyse du mode d'entrée et du mode de sortie



Tableau 5 : Fréquence des CCMU



Tableau 6 : Fréquence des Motifs de recours



Tableau 7 : Fréquence des Diagnostics Principaux



Tableau 8 : Fréquence des Diagnostics Associés



Tableau 9 : Fréquence des Actes CCAM



Tableau 10 : Pyramide des âges des passages aux urgences

Tableau 11 : Nombre moyen de passages par jour en fonction de l'âge

Tableau 12 : Nombre moyen de passages (moyenne mobile) par jour en fonction de l'âge

Tableau 13 : Nombre moyen de passages par jour de la semaine

Tableau 14 : Nombre moyen de passages par heure de la journée

Tableau 15 : Durée de passage aux urgences en fonction du mode de sortie



Tableau 16 : Distribution de la durée de passage aux urgences

Tableau 17 : Durée de passage aux urgences par heure d'entrée

## Utilisation de la plateforme Syrius - Résultats

Tableau 1 : Analyse de la qualité des variables du RPU

Tableau : Analyse descriptive des RPU  
CHI DE CRETEIL (Finess=940000573)  
2024 M2 : janvier et février

Indicateur	Nb de RPU	Pourcentage (%)
RPU reçu total	6738	100,00
RPU reçu total avec une date d'entrée sur la période	6738	100,00
- dont mode de sortie égal à : mutation ou transfert	1428	21,19
- dont orientation différente de : 'FUGUE', 'PSA', 'REO'	5927	87,98

Tableau 2 : Répartition des passages aux urgences par date d'entrée

Date d'entrée	Nb de RPU reçu	Pourcentage (%)
01/01/2024	110	1,63
02/01/2024	123	1,83
03/01/2024	115	1,71
04/01/2024	129	1,91
05/01/2024	131	1,94

Tableau 3 : Codes diagnostics non CIM 10 présents dans le RPU (motif, DP et DA)

Tableau : Fréquence des codes non CIM10 et non thésaurus SFMU en motif  
CHI DE CRETEIL (Finess=940000573)  
2024 M2 : janvier et février

La procédure FREQ

Motif de recours				
MOTIF	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pourcentage cumulé
R796	87	100.00	87	100.00

Mauvais transcodage du motif IAO

Tableau 5 : Fréquence des CCMU

Indicateur	Nb de RPU avec une valeur manquante	Nb de RPU avec une valeur renseignée
Atypies et cotation		
Gravité (CCMU : 1,2,3,4,5,P,D), si orientation différente de FUGUE, PSA, REO	686	5241

Gravité (CCM)		
gravite	Fréquence	Pourcentage
CCMU 1	26	0.49
CCMU 2	1871	35.44
CCMU 3	3278	62.08
CCMU 4	48	0.91
CCMU 5	57	1.08

## Utilisation de la plateforme Syrius - Résultats

Tableau 7 : Fréquence des Diagnostics Principaux

Diagnostic principal		
dp	Fréquence	Pourcentage
Z711 SUJET INQUIET DE SON ETAT DE SANTE	659	11.15
R104 DOULEURS ABDO., NCA OU SAI	256	4.33
R074 DOULEUR THOR., SAI	172	2.91
R53+1 MALAISE	123	2.08
R520 DOULEUR AIG.	108	1.83
S934 ENTORSE DE LA CHEVILLE	92	1.56
R060 DYSPNEE	91	1.54
R05 TOUX	70	1.18
R073 DOULEURS THOR., NCA	68	1.15
J189 PNEUMOPATHIE, SAI	61	1.03
J459 ASTHME, SAI	60	1.02
J159 PNEUMOPATHIE BACT., SAI	55	0.93

Repérage d'atypies :

- Réalité?
- PSA bien enregistrés?

# Echanges sur les retours d'expérience / Quels sont vos besoins en terme d'information médicale

## Echanges - besoins

- Nous vous invitons pendant ce temps à poser les questions que vous n'auriez pas pu poser aux différents présentateurs
- À évoquer vos expériences complémentaires ou différentes au sein de vos structures
- A parler de vos besoins d'information, d'éléments non évoqués et à proposer des idées de thèmes pour les prochains rendez-vous de l'information médicale

# Synthèse et conclusion

Emmanuelle Devaux

## Ce que j'ai retenu (1)

Point de vue de l'ARS et notamment de l'équipe de validation du PMSI :

- Les nouveautés spécifiques au SMR sur les activités d'expertise
- Démonstration concrète de ce qu'est la Sécurisation Modulée à l'Activité (SMA)
- Sur quels champs sur lesquels ils portent une attention particulière et pourquoi
- Rappel dans quels cas il est conseillé aux établissements de communiquer avec l'ARS lors des différentes étapes d'analyse et de validation du PMSI

## Ce que j'ai retenu (2)

### Point de vue des établissements

- Retours d'expérience des départements d'information médicale en période de réforme de financement : quels changements de modes de fonctionnement, quelles nouvelles complémentarités avec les service facturations et les département financiers en général, quels enjeux, quelles difficultés
- J'ai noté un travail sur l'exhaustivité du codage renforcé en psychiatrie et en SMR, une nécessité d'harmonisation des pratiques en SMR (par exemple, utilisation par tous d'un même agenda), La nécessité de former les TIM aux différents enjeux des réformes.
- J'ai noté pour le secteur MCO l'hétérogénéité des pratiques selon les Caisses Primaires en matière de modifications du RSS ou de la facture après télétransmission.

## Ce que j'ai retenu (3)

Nous avons eu une présentation intégrée du recueil, de la transmission et du suivi des envois des Résumés de Passages aux Urgences avec des exemples concrets d'aide aux repérage des atypies.

Nous avons entendu la présentation d'une étude sur la prise en charge de la précarité en hospitalisation à domicile.

Ce travail est à mettre en valeur sur plusieurs points :

- l'association des assistantes sociales et du DIM dès le codage,
- la mobilisation de l'établissement sur ce sujet,
- les résultats : l'estimation à 20 à 30% de prise en charge de patients précaires.

Enfin, cette étude pourra éclairer la mise en place de la nouvelle classification HAD.

## Synthèse et conclusions

Nous vous rappelons la création d'un Groupe consacré à l'information médicale en psychiatrie qui a pour mission d'appuyer les travaux du Comité d'Allocation de Ressources PSY – la première réunion du 4 avril dernier a fait émerger de nombreux besoins en termes d'information médicales sur ce champ.

Nous notons la possibilité d'ouvrir les prochains rendez-vous de l'information médicale à d'autres thèmes.

À l'heure où dans sa réorganisation la DGOS a dédié un nouveau service de la sous-direction financement et performance au pilotage et au suivi des modèles de financements, l'importance et le rôle stratégique de l'information médico-économique sont encore confirmés.

## Remerciements

Ont contribué à ce diaporama :

Les présentateurs : Emilie Baudalet, Valérie Le Masson, Stéphane Said, Thomas Fauchier, Nicolas Cocagne, Christelle Morizé, Charline Mas, Imane Meskaoui, Mathilde Rousseau, Emmanuelle Devaux

Les membres du comité d'organisation : Gaëlle Quily, Annick Hamon, Thierry Roditis, Céline de Vion de Gaillon

Nous remercions le département de la communication de l'ARS IDF et notamment Elodie Fiancette, merci à Sophie Belmadi pour les photos

Celles et ceux qu'on aurait oublié ...



**RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



**Merci de votre attention**

[ars-idf-contact-cotrim@ars.sante.fr](mailto:ars-idf-contact-cotrim@ars.sante.fr)