

FAQ Information médicale

- 1) Pour le fichcomp HRD est ce que l'établissement demandeur du test, fait dans un laboratoire extérieur doit faire remonter un fichcomp ?

Ce nouveau FICHCOMP ne concerne que les établissements ex-DG. Il est à envoyer mensuellement. Une délégation budgétaire se fera sur la base des déclarations de ce FICHCOMP. Les établissements de santé publics et privés non lucratifs (**secteur ex-DG**) devront déclarer mensuellement les actes effectués **dans leur établissement**.

Les actes réalisés lors des consultations externes (ACE) sont exclus de ce FICHCOMP car facturés à l'assurance maladie via le codage à la nomenclature des actes de biologie médicale ou à la classification commune des actes médicaux.

Seuls sont concernés les actes effectués dans le cadre des séjours hospitaliers dans les indications définies par la HAS et :

- pour la biologie par l'acte 4513 créé par la décision du 21 août 2024 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie ;
- pour l'anatomopathologie par l'acte avec le code ZZQX231 créé par la décision du 27 novembre 2024 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie.

Les établissements de santé concernés renseignent le code CCAM dans la partie dédiée aux codes CCAM du RSA et le code NABM dans le FICHCOMP HRD. Ces codes sont associés à la réalisation de l'acte mentionné supra lors du séjour d'un patient au sein de l'établissement. La délégation des crédits associés à l'activité du test HRD interviendra lors des circulaires budgétaires et tarifaires.

- 2) Pour les hémorragies du post-partum y a-t-il des précisions sur la volumétrie des pertes pour l'emploi des nouvelles extensions ? Il ne me semble pas avoir vu quelque chose de cet ordre dans le guide méthodologique

L'hémorragie sévère du postpartum est définie par la perte d'au moins 1000mL de sang après un accouchement par voie basse ou après une césarienne (cf. Recommandations de la CNGOF).

L'HPP sévère peut être : immédiate et survenir lors de la délivrance, immédiate et survenir avant 24h du postpartum, ou tardive et survenir au-delà des 24h jusqu'à 42 jours du postpartum.

- 3) Vous confirmez que la pondération JEUNES ADULTES pour les patients ayant eu leurs 26 ans pendant leur hospitalisation, que ce soit en hospitalisation complète ou en hospitalisation en temps partiel, la pondération JEUNES ADULTES s'applique jusqu'au 31/12 ?

Quelle que soit la nature de prise en charge (temps complet, temps partiel ou ambulatoire), les pondérations sont déclinées en fonction de l'âge, distinguées entre les adultes (âge ≥ 18 ans) et les enfants et adolescents (âge < 18 ans).

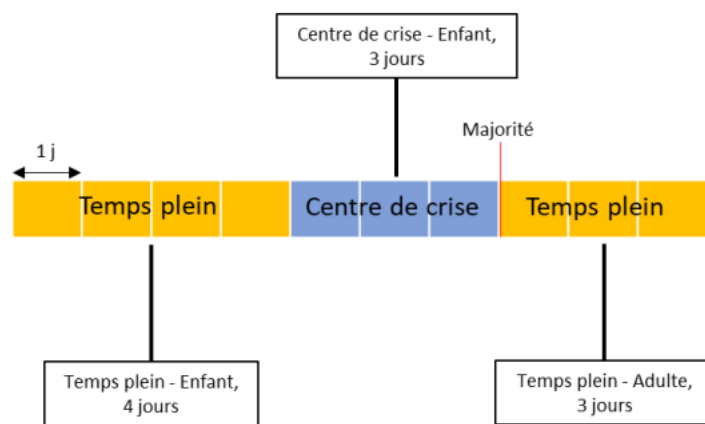
L'âge considéré est celui du patient au début de la séquence (HC ou HP) ou à la date de réalisation de l'acte (ambulatoire).

Majorité en cours d'année ou au cours d'un séjour : Le patient est mineur lorsqu'il commence sa première séquence (première hospitalisation en année N) mais est majeur lorsqu'il commence sa deuxième (seconde hospitalisation en année N). Le patient est alors décompté comme deux patients indépendants, un mineur et un majeur.

Ainsi, certaines journées seront comptabilisées sur l'année pour la forme d'activité « xx – enfant », et d'autres journées pour la forme d'activité « yy – enfant »,

Exemple :

Un patient est hospitalisé pendant 4 jours en temps plein suivi de 3 jours en centre de crise en mars et 3 autres jours en temps plein en octobre. Il est mineur lors de sa première séquence (hospitalisation temps plein), mais est majeur lors de sa 2^{ème} séquence. A partir de ce moment, le patient est décompté comme 2 patients indépendants :



L'âge pris en compte est celui à l'entrée de chaque séquence. Si un patient a au moins une séquence avec un âge à l'entrée ≥ 18 et < 26 alors la pondération jeunes adultes s'applique. Par ailleurs un patient peut être compté chez les enfants et les jeunes adultes si il a des séquences à 17 et 18 ans

4) Est-ce que la désécurisation est prévue à 100% en 2026 ? Aucun autre mécanisme d'accompagnement des effets revenus n'est prévu pour les établissements au delà de 2026 ?

Il est convenu de maintenir la période de sécurisation des établissements de psychiatrie sur la période 2026 – 2028, selon des taux fixés ex-ante.

Le rythme de sortie de la sécurisation suivant a été retenu :

- 2026 : 97,5 %
- 2027 : 95 %
- 2028 : 90 %

- 5) les séjours d'hospitalisation à temps partiel sans venue doit être obligatoirement fermés ou bien est-ce une recommandation ? pas sur l'année mais par exemple un séjour de janvier à mai et qui n'a eu de venue en février par exemple.

Retour expérience ES : On a mis en place avec le BDE les fermetures des hospitalisations partielles sans venues. Cela a été compliqué mais maintenant c'est en routine.

Pas de préconisation nationale sur le sujet ou d'obligation. Cela concerne l'organisation propre de chaque établissement. Si le patient ne doit plus être suivi, le séjour doit être clos à la date de la dernière venue.

Préconisation terrain : Il vaut mieux fermer les séjours sinon cela vous oblige de poser des diagnostics ou autres éléments que vous n'aurez pas forcément sous la main puisque le patient n'est pas venu. Cependant, il n'y a pas de règles comme pour les hospitalisations à temps complet (absence de + 48 h = fermeture du séjour). Faire le point sur les hospitalisations de temps partiel permet de corriger le tableau DFA avec les séquences à 0 venues et ainsi d'en réduire le nombre.

- 6) Nous accueillons des longs séjours. Nous clôturons les séjours chaque semaine car nos patients passent plus de 2 nuits chez eux. Est-ce que l'on peut remettre les facteurs socio environnementaux sur chaque séjour (donc 1 par semaine) ? sachant qu'il n'y a pas de traçabilité d'une action de ce code sur chaque séjour.
- 7) Le codage des FSE avec effet CMA nécessite d'avoir des traces dans le dossier du patient (notamment logement insalubre = visite au domicile du patient). Pour ces allongements de durée de séjour, il serait intéressant de rétablir la notion de date de sortie médicale

Un facteur socio-environnemental désigne une caractéristique personnelle ou de l'environnement permettant de décrire le contexte du patient au sens de la classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé **ayant un impact sur la prise en charge de ce patient** pendant son hospitalisation : allongement de la durée de séjour (ou augmentation du nombre de venues en hospitalisation partielle) ou mobilisation de ressources supplémentaires.

Les consignes de codages sont établies dans le fascicule FSE sur le site de l'ATIH : <https://www.atih.sante.fr/facteurs-socio-environnementaux-1>

A titre d'exemple pour le logement insalubre : donc même si le patient a plusieurs séjours, le code pourra être mis à chaque séjour tant que les travaux, amélioration du logement n'est pas finalisé puisqu'il y a des actions : démarches, dossiers, VAD...

3. Les difficultés liées au facteur « logement insalubre »

Si la situation relative au logement n'est pas connue lors de l'hospitalisation, lors du retour à domicile, il peut y avoir :

- Une complication d'une pathologie existante
- Une exacerbation d'une pathologie existante.

Ce facteur doit être décrit si un effort de prise en charge de cette situation a été réalisé, par exemple des démarches sont initiées pour réaliser des travaux au domicile, un dossier de demande de relogement a été réalisé, ou si cette situation a impacté la prise en charge.

4. Exemple de codage²⁶

Patient insuffisant respiratoire chronique sur BPCO pris en charge pour réhabilitation respiratoire à la suite d'une exacerbation de sa BPCO avec aggravation de l'insuffisance respiratoire. Il habite dans un logement humide, un retour à domicile n'est possible que si des améliorations de la ventilation sont apportées au logement.

Le codage de ce séjour est le suivant

FPP	Z50.1 Autres thérapies physiques
MMP	J961+0 Insuffisance respiratoire chronique obstructive
AE	J44.1 Maladie pulmonaire obstructive chronique avec épisodes aigus, sans précision
DA	Z59.10 Logement insalubre ou impropre à l'habitation

8) ORCA : Pour les actes réalisés par robot sans extension CCAM dédiée (ex. chirurgie herniaire) :

En l'absence d'extension CCAM permettant d'identifier qu'un acte a été réalisé avec assistance robotique, nous ne pouvons pas le tracer dans les bases PMSI. Ces actes n'apparaissent donc pas dans nos tableaux de bord. C'est une limite actuelle, que plusieurs établissements nous ont également signalée.

Ce point a été exploré notamment dans des travaux menés à partir des données de l'AP-HP, et il reste aujourd'hui un frein à un suivi exhaustif de l'activité robotisée.

9) ORCA : Présence de médecins DIM à l'Observatoire

Non, il n'y a pas de médecin DIM au sein de l'Observatoire de la chirurgie Île-de-France. Cela dit, l'équipe s'appuie sur des compétences internes à l'ARS (la vôtre), ainsi que sur des échanges réguliers avec des DIM hospitaliers, notamment dans le cadre des groupes de travail ou lors des analyses de données. Cette complémentarité permet de croiser les regards et d'enrichir les approches. On peut réfléchir davantage à l'association d'un DIM à notre GT éventuellement

10) ORCA : Traçabilité des actes robotisés

C'est sans doute le point le plus complexe aujourd'hui. Actuellement, les robots ne permettent pas d'identifier les patients ni les séjours, ce qui est normal au regard du RGPD. De leur côté, les bases

PMSI ne permettent pas toujours de savoir si un acte a été réalisé avec robot, faute d'extension spécifique pour certains gestes.

Deux pistes peuvent être envisagées :

- L'élargissement des extensions CCAM "avec assistance robot" à d'autres actes : ce serait une avancée importante pour fiabiliser le suivi.
- Le développement d'interfaces entre les SI des robots et les SI hospitaliers : cela permettrait d'extraire automatiquement certaines données techniques de l'intervention (durée, instrumentation) tout en les croisant avec les données patients disponibles dans le SIH. Ce type de solution avait été évoqué avec certains établissements, notamment à l'AP-HP, pour éviter des rapprochements manuels laborieux.

Ces pistes demandent un travail conjoint entre les établissements, les éditeurs et les instances nationales. Mais elles vont clairement dans le sens d'un meilleur suivi de l'activité robotisée, qui reste aujourd'hui très partiellement visible dans les données de routine. Nous sommes également en train d'explorer cet axe de travail, mais sommes très sollicités par ailleurs sur d'autres projets

11) Que savoir pour les nouvelles autorisations USIP ? et autres autour des soins intensifs, sur ce qui va remplacer les USC?

La valorisation des UM USIP (24C, 24D, 25C, 25D) est calculée sur la base du tarif de soins intensifs mais nécessitant les conditions de suppléments de surveillance continue (présence d'un acte, igs).

12) Le go des CPAM sur les TJNP est très tardif et très problématique - en particulier pour les établissements en situation de trésorerie tendue - car il contraint les ES à suspendre plusieurs mois leur facturation

Les TJNP, coefficients MCO et SMR, grille tarifaire et supplément journalier ont été transmis les 8 avril et 17 avril 2025 à tous les établissements pour la campagne tarifaire de 2025.

Pour rappel, la campagne 2025 va jusqu'au 31 décembre 2025 et non jusqu'au 28 février 2026.