

GUIDE DE LECTURE RAPIDE DES TABLEAUX MAT2A MCO OQN

REMARQUES :

Les tableaux réalisés par MAT2A présentent des variables calculées sur les données télétransmises. Ces données sont comparées

- aux données de l'année 2008 de l'établissement sur la même période. Dans la présentation des tableaux on notera « année n-1 » par soucis de lisibilité. Pour permettre les comparaisons, les données 2008 sont regroupées en V11 à partir de mars. Lors des comparaisons avec l'année n-1, les données n-1 sont celles de M12 2008 et sont hors erreurs (cf. séjours supprimés tableaux 00 et 02_2 A)
- aux données de la Base Nationale présentant les durées de séjour de référence publiées avec les tarifs.

Les séjours supprimés dans les tableaux 00 et 02_2 A le sont dans le RSA et dans les RSF.

Dans la suite on appellera une facture, un ensemble d'enregistrements (ligne de facture) commençant par un RSF de type A. La constitution des fichiers de RSF a été modifiée par rapport aux années précédentes et on autorise la production de plusieurs factures pour un même séjour. Les séjours sont identifiés sur les RSF par le numéro de RSS, et sont couplés à un seul RSS. On peut donc avoir plusieurs RSFA pour un seul RSS. Ceci permet de réunir sous le même séjour les annule-remplace et les compléments de factures.

LISTE DES TABLEAUX

Tableaux 00 : Factures supprimées	3
ANALYSE DU RSA	5
Tableaux 01 : RSA transmis sur la période	5
Tableaux 02_1 : Chaînage	6
Tableau 02_2 : Analyse des codes de prise en charge	8
Tableau 02_3 : Analyse des données déjà envoyées	8
Tableau 05 : Synthèse des erreurs de groupage	8
Tableau 06 : Répartition du mode de sortie	8
Tableau 07 : Répartition du mode d'entrée	9
Tableau 08 : Répartition des différences de groupage (séjours hors période)	9
Tableau 09 : Répartition de différents types de séjour	9
Tableau 10 : GHM à fort taux de DC	10
Tableau 11 : GHM de durée de séjour atypique	10
Tableau 12 : Casemix G.H.M. – Analyse des racines	10
Tableau 13 : Casemix G.H.M. – séances (CM28)	10
Tableau 14 : Casemix G.H.M. - hors séances	10
Tableau 15 : Effet de la DMS sur le nb de journées produite par l'établissement	11
Tableau 16 : Analyse des GHM ayant les écarts de DMS les plus forts avec la Base Nationale	11
Tableaux 17 : Analyse des complications	11
Tableaux 18 : Analyse des complications sévères	12
Tableaux 19 : Analyse des couples de GHM ambulatoires	12
Tableau 20 : Répartition des codes géographiques	12
Tableau 21 : Séances et actes de dialyse en hospitalisation	12
Tableau 22 : Actes de radiothérapie en hospitalisation	13
Tableaux 23 : Unités médicales, autorisation déclarées et nombre de suppléments	13
ANALYSE DU RSF	14
Tableau 30 : Analyse des retours NOEMIE	14
Tableau 31 : Codes prestation des RSF avec ATU, FFM ou SE	14
Tableau 32 : Case-mix comparé en GHS des nouveaux-nés RSF-RSA	14
Tableau 33 : Séances de chimiothérapie, transfusion, caisson hyperbare et aphérèse sanguine (hors facture nulle NN)	14
Tableau 34 : Analyse des séances de dialyse (hors facture nulle NN)	15
Tableau 35 : Différences de groupage AGRAF RSF - hors dialyse et NN	16
Tableau 36 : Analyse comparative des EXH - Fichier de RSF et RSA (hors facture nulle NN)	16
Tableaux 37 : Suppléments de réanimation, surveillance continue, soins intensifs et néonatal (hors facture nulle NN)	16
Tableau 38 : Codes prestations	16
Tableau 39 : Case-Mix GHS	17
Tableau 40 : Analyse des RSFP	17
Tableau 41 : Analyse des RSFI	17
Tableau 42 : Analyse des RSFH	17

Tableaux 00 : Factures supprimées
--

Concernant les prestations ATU, FFM et SE (SE1, SE2, SE3 et SE4), les RSF suivants sont supprimés de l'analyse :

- RSFB sans RSFA associé
- RSFB avec prestation GHS
- Annulation de facture ne correspondant pas à une facture
- Doublons sauf cas autorisés : Seuls les doublons de codes SE sont autorisés dans un même RSF
- Mauvaises combinaisons de codes :
 - o Les ATU et FFM ne peuvent pas figurer dans le même RSF
 - o Seuls les codes FTN, FTG et FTR peuvent être combinés sur un même RSF avec un ATU, un FFM ou un SE
- RSFB avec PU différent du tarif BO
- RSFB avec une base de remboursement différente du calcul : le montant BR doit être égal à :
 - o $\text{tarif}_{(\text{table de référence})} * \text{quantité} * \text{coefficient} * \text{coefficient MCO pour les FFM}$;
 - o $\text{tarif}_{(\text{table de référence})} * \text{quantité} * \text{coefficient pour les ATU et SE}$;
 Seules les différences supérieures à 1 euro sont considérées comme des erreurs.

Concernant les séjours en hospitalisation complète, les factures et séjours suivants sont supprimés de l'analyse :

- Les séjours en CMD 90 (hors 90H02Z et 90H03Z)
- Les séjours en prestation inter-établissement : il s'agit des séjours dont la variable type de séjour du RSA est égal à 'B'
- Les séjours de chirurgie esthétique ou de dialyse péritonéale : Il s'agit des séjours en GHM 09Z02Z, 23Z03Z, 24Z19Z (chirurgie esthétique) et 28Z05Z, 28Z06Z (dialyse péritonéale)
- Les séjours sans RSFB mais avec un total BR prestation hospitalière non nul : Il s'agit des séjours avec un montant prestation hospitalière non nul dans le RSFA mais sans RSFB associé
- Les séjours avec prestation PJ : Séjour avec un code = PJ
- Annulation de facture ne correspondant pas à une facture : Il s'agit de factures ayant une nature d'opération signalant une « régularisation négative » (=5). Cette régularisation doit normalement être égale à une facture déjà transmise pour le même séjour et elle doit être accompagnée d'une nouvelle facturation. Lorsque ce n'est pas le cas, le séjour est éliminé
- RSFA à 0 avec des lignes de RSFB pour un séjour : Il s'agit de factures dont le RSF-A est à 0, mais qui comprend des lignes de RSF-B (constatation faite sur les fichiers de RSF, il n'y a théoriquement pas de raison pour que ce type d'enregistrement soit produit)
- Séjour avec plusieurs GHS hors cas admis. Il s'agit ici de séjours complets qui peuvent comporter plusieurs factures. Même dans ce cas on ne peut avoir qu'un seul GHM (si on ne tient pas compte des annule remplace qui se neutralisent).

Les cas admis sont les dialyses, les séances de chimiothérapie, les séances de transfusion, les séances de caissons hyperbares et les GHM de la CMD 14. Les règles suivantes sont appliquées :

- o Les GHS de la CMD 14 sont cumulables avec les GHS de la CMD 15
- o Les dialyses, les séances de caissons hyperbares et les séances d'aphérèses sanguines sont cumulables avec tous les GHS

- Les séances de chimiothérapie (tumorale et non tumorale) et les séances de transfusion sont cumulables seulement avec elles-mêmes.
- Facture avec plusieurs GHS hors cas admis : Il s'agit ici de factures individuelles (sans tenir compte des séjours) qui comportent plusieurs GHS hors les cas admis (cf plus haut).
- Facture sans GHS hors cas admis : Il s'agit de facture ne comportant pas de ligne dont le code prestation est le GHS (hors les factures nulles, les factures de dialyses et les IVG)
- Séjours avec un code prestation non renseigné
- RSFB avec GHS des suppléments journaliers non renseignés ou à 0 : On considère ici les EXH, REA, REP, STF, SRA, SRC, SSC, NN1, NN2, NN3. Pour ces suppléments, il faut indiquer au niveau de la variable GHS, le n° du GHS dans lequel le patient a séjourné.
- RSFB avec GHS non retrouvé dans la table de tarif
- RSFB avec prix unitaire différent du tarif du BO
- RSFB avec une base de remboursement différente du calcul : le montant BR doit être égal à : $\text{tarif}_{(\text{table de référence})} * \text{quantité} * \text{coefficient} * \text{coefficient MCO}$. Seules les différences supérieures à 1 euro sont considérées comme des erreurs.
- RSFB avec un mauvais codage des EXB : se reporter au tableau 00D

Le **tableau 00A** présente le nombre de RSF en hospitalisation complète et ceux comprenant des ATU, FFM ou SE.

Le **tableau 00B RSF et lignes de RSFB supprimés** présente, pour les ATU, FFM et SE, les effectifs par type d'erreur ainsi que les montant en base de remboursement concernés. Le tableau indique aussi le nombre de RSFB sans problème.

Le **tableau 00C Séjours et lignes de RSFB supprimés** présente, pour les séjours en hospitalisation complète, les effectifs par type d'erreur ainsi que les montant en base de remboursement concernés.

Le tableau indique aussi le nombre de RSFB sans problème.

Le **tableau 00D Séjours et Lignes de RSFB supprimés pour les EXB** explique l'effectif présenté dans le tableau 00C ('RSFB avec un mauvais codage des EXB').

Le tableau présente pour les séjours avec le même groupage RSF/ RSA :

- EXB dans RSA, Nature fin séjour=B et montant BR incorrect
- EXB dans RSA, Nature fin séjour différent de B et montant BR incorrect
- Pas d'EXB dans RSA, Nature fin séjour=B et montant BR correct
- Pas d'EXB dans RSA, Nature fin séjour=B et montant BR incorrect
- EXB sans problème
- Dont EXB dans RSA, Nature fin séjour différent de B et montant BR correct : Ces EXB ne sont pas des erreurs puisque les codes nature de fin de séjour T, E, R, P sont à utiliser en priorité par rapport au seuil bas (B).

Les **tableaux 00E et 00F** présentent les case-mix des séjours supprimés selon le type d'erreur. Le tableau 00E présente les séjours supprimés hors problèmes de tarif et le 00F les séjours supprimés avec problème de tarif.

Le **tableau 00G Pourcentage et répartition des codes retour (CM 90)**, présente pour

chaque GHM de la CM 90 (hors 90H02Z et 90H03Z) les différents codes retour obtenus par le groupage réalisé par AGRAF (en effectif et pourcentage).

La liste des codes retour peut être consultée à la page suivante :

<http://www.atih.sante.fr/?id=000250000EFF>, cliquer sur présentation générale, puis aller au paragraphe 4.3.

ANALYSE DU RSA

Tableaux 01 : RSA transmis sur la période

Les **tableaux 01A et 01B** présentent les variables décrites ci-dessous, en global et par mois, et les comparent aux données de la même période de l'année n-1.

- Nombre de RSA transmis : correspond au nombre d'enregistrements dans le fichier de RSA télétransmis
- Nb de RSA en CMD 90 : Correspond au nombre de RSA en erreur.
- Nombre de RSA prestation inter-établissement : Variable type de séjour='B'
- Nombre de RSA GHS 9999 : correspond aux séjours d'IVG ou de chirurgie esthétique. **Les séjours d'IVG sont traités et valorisés dans les tableaux 30.**
- Nb de RSA traités : Correspond au nombre de RSA transmis, moins les RSA en CMD 90, les prestations inter établissements et les séjours en GHS 9999.

Les calculs et les tableaux qui suivent sont réalisés à partir du nombre de RSA traités.

- Nombre de RSA séances : Nombre de RSA classés dans les GHM de séances (CM 28)
- Nombre de séances : Correspond à la somme du nombre de séances indiquées dans le RSA.
- Nombre de RSA DS=0 : Correspond au nombre de RSA dont la durée de séjour est égal à 0 jour
- Dont nombre de RSA en J ou T0 : Correspond au nombre de RSA de 0 jour dont le GHM se termine par J ou dont le GHM est égal à 01M05T, 01M07T, 01M08T, 01M09T, 01M10T, 01M17T, 01M22T, 01M28T, 02M04T, 02M05T, 02M07T, 02M08T, 03M07T, 04M08T, 04M13T, 04M14T, 04M17T, 04M19T, 04M20T, 04M23T, 04M26T, 05M06T, 05M16T, 05M23T, 06M07T, 06M17T, 07M04T, 07M08T, 07M09T, 07M14T, 08M09T, 08M10T, 08M14T, 08M36T, 09M02T, 09M03T, 09M06T, 09M07T, 10M09T, 11M03T, 11M04T, 11M08T, 11M10T, 11M15T, 11M16T, 12M07T, 14M02T, 14Z04T, 16M09T, 16M13T, 17M08T, 17M09T, 17M11T, 17M12T, 17M13T, 18M10T, 19M12T, 19M19T, 21M15T, 23M02T, 23M10T, 23Z02T
- Nombre de RSA hors 0 jours : Correspond au nombre de RSA dont la durée de séjour est différente de 0 jour
- Nombre de journées hors séjour de 0 jour : Correspond à la somme des journées comptabilisées sur les séjours hors séjour de 0 jour
- Nombre de RSA en unité d'hospitalisation de courte durée réaffecté

La colonne « évolution % » correspond au calcul suivant : $[(\text{effectif année } n) - (\text{effectif } n-1)] * 100 / (\text{effectif } n-1)$.

Tableaux 02_1 : Chaînage

Le Tableau 02_1 A (Chaînage : Contrôle des codes retour de génération des fichiers anonymes) présente, en fait, une série de 7 tableaux correspondant à la présentation des anomalies rencontrées dans le processus de chaînage.

Chaque tableau, présente les informations suivantes :

- Colonne 1 : libellé du code retour
- Colonne 2 : la fréquence du code retour. C'est le nombre d'enregistrements ayant le code retour indiqué en colonne 1
- Colonne 3 : la part représentée par le code retour sur l'ensemble des enregistrements
- Colonne 4 : Effectif cumulé. Il s'agit du nombre total d'enregistrements examinés jusqu'ici. Lorsque l'on soustrait ce chiffre avec celui de la ligne précédente, on retrouve l'effectif indiqué en colonne 2
- Colonne 5 : pourcentage cumulé. Même information mais exprimée en pourcentage.

Les quatre premiers tableaux concernent les variables utilisées dans VID-HOSP :

A. contrôle N° de Sécurité sociale (cret1)

- 0 : Pas de problème à signaler
- 1 : Longueur incorrecte (différente de 13)
- 2 : Renseigné avec la valeur manquante (i.e. 'XXXXXXXXXXXXX')
- 3 : Présence de caractères non numériques
- 4 : Format incorrect (i.e. ne commençant pas par '1', '2', '5', '6', '7' ou '8')
- 9 : Traitement impossible

Le code retour 9 (Traitement impossible) indique que l'enregistrement traité ne respecte pas, de manière flagrante, le format VID-HOSP (sa longueur dépasse la longueur totale d'un enregistrement au format VID-HOSP). Lorsque l'on est en présence d'un tel cas, les 4 codes retour (cret1, cret2, cret3 et cret4) sont positionnés à 9.

B. contrôle Date de naissance (cret2)

- 0 : Pas de problème à signaler
- 1 : Longueur incorrecte (différente de 8)
- 2 : Renseignée avec la valeur manquante (i.e. 'XXXXXXXX')
- 3 : Présence de caractères non numériques
- 4 : Date incorrecte (i.e. ne peut être interprétée en tant que date au format jj/mm/aaaa)
- 9 : Traitement impossible

C. contrôle du sexe (cret3)

- 0 : Pas de problème à signaler
- 1 : Renseigné avec la valeur manquante (i.e. 'X')
- 2 : Valeur illicite (i.e. n'appartenant pas à {1, 2})
- 9 : Traitement impossible

D. contrôle du N° administratif (cret4)

- 0 : Pas de problème à signaler
- 1 : Non renseigné (longueur nulle)
- 9 : Traitement impossible

Les deux tableaux suivants concernent les deux fusions opérées par GENRSA pour relier le

numéro anonyme produit par MAGIC avec les RSA

E. contrôle fusion ANO-HOSP/HOSP-PMSI (cret5)

La fusion ANO-HOSP/HOSP-PMSI permet de constituer le fichier ANO-PMSI. Ce dernier est une table de correspondance entre le numéro anonyme et le n° RSS. Pour ce faire, on a besoin d'une table de correspondance entre les n° d'hospitalisation et les n° RSS (fichier HOSP-PMSI).

- 0 : Pas de problème à signaler
- 1 : N° Administratif dans le fichier HOSP-PMSI mais pas dans le fichier de ANO-HOSP
- 2 : Problème de calcul de clé d'intégrité sur ANO-HOSP
- 3 : Présence des deux erreurs 1 et 2
- 9 : Traitement impossible

F. contrôle fusion ANO-PMSI/Fichier PMSI (cret6)

- 0 : Pas de problème à signaler
- 1 : N° de RSS dans fichier RSA modifié mais pas dans le fichier ANOPMSI

G. contrôle cohérence date d'entrée (cret7)

- 0 : Pas de problème à signaler
- 1 : Problème de format de date
- 2 : année d'entrée antérieure à 1990

Tableau 02_1 B : Chaînage Combinaison des types d'erreur - Nombre de séjours sans erreur

La série des tableaux présentés sous le nom de tableau 2A permet d'interpréter ce tableau. Il présente en effet la combinaison des 7 codes retour présentés plus haut.

Par exemple pour un code 9999101, il faut comprendre cret1=9, cret2=9, cret3=9, cret4=9, cret5=1, cret6=0 et cret7=1.

Tableau 02_1 C (Synthèse de la procédure de chaînage des résumés PMSI)

Ce tableau comporte les lignes suivantes :

- Le nombre de séjours pour lesquels il n'y a pas de clé de chaînage associée (cret5 différent de 0 ou cret6 égal à 1 ou cret4 égal à 1) ou encore pour lesquels la clé de chaînage a été générée sans le numéro de sécurité sociale (cret1 égal à 2)
- Le nombre de séjours pour lesquels l'identifiant séjour (fichier ANO) n'est pas calculable (cret7 différent de 0)
- Le nombre de séjours présentant d'autres anomalies dans les contrôles faits à l'occasion de la procédure de chaînage
- Le nombre de séjours sans anomalie rencontrée lors des contrôles fait à l'occasion de la procédure de chaînage (cret égal à 0000000) ; ces 3 lignes présentent une synthèse du tableau « combinaisons des types d'erreur »
- Le nombre de séjours sans incohérence : De la ligne précédente sont enlevés les séjours présentant, pour des hospitalisations successives d'un même patient, un changement du code sexe ou de la valeur de l'âge de plus d'une unité ainsi que les séjours ayant un mois de sortie différent de celui du RSS.
Les indices qui suivent sont calculés à partir de cet ensemble de séjours :
- Le nombre de patients : correspond au nombre de clés de chaînage (= n° anonyme) distinctes
- Le nombre d'hospitalisation simultanée : correspond à des séjours successifs pour un même patient, non disjoints ; cette information est déduite de la variable indicatrice de

séjour (délai entre la date d'entrée et une date déduite par cryptage irréversible de la clé de chaînage) combinée aux informations des RSA ; ceci survient en cas de non respect de la règle de clôture des séjours PMSI avant le suivant

- Le nombre de réadmission en hospitalisation complète : est déterminé au sein du sous-ensemble des séjours de ce type
- Le nombre de ces réhospitalisations se faisant dans un délai inférieur à 2 jours
- Le délai médian de réadmission en hospitalisation complète (en jours).

Tableau 02_2 : Analyse des codes de prise en charge

Tableau 02_2 A : Répartition des codes de prise en charge

Ce tableau présente, selon le code de prise en charge :

- Les séjours ou séances (en effectif et %)
- Les factures nulles (en effectif et %)
- Les nouveaux-nés en CMD 15 (en effectif et %)

Les 2 dernières lignes indiquent le nombre de séjours qui ne seront pas pris en compte dans la suite des analyses (qui correspondent aux factures nulles hors NN) et le nombre de séjours effectivement traités.

Tableau 02_2 B : Casemix des séjours non pris en compte

Ce tableau présente le casemix des séjours non pris en compte identifiés dans le tableau 02_2 A.

Tableau 02_3 : Analyse des données déjà envoyées

Tableau 02_3 A (Comparaison case-mix pour les séjours pris en compte dans l'activité)

Le tableau 02_3 A présente le case-mix comparé pour la période précédente, des GHM envoyés à la période précédente et à la période courante. Par exemple, si l'on est au mois d'avril, ce tableau compare les GHM envoyés au 1^{er} trimestre aux GHM du 1^{er} trimestre envoyés pour la transmission du mois avril.

Tableau 02_3 B (Couples de GHM différents pour les séjours pris en compte dans l'activité)

Le tableau 02_3 B présente les couples de GHM différents par séjour, pour la période précédente, entre l'envoi de la période précédente et l'envoi de la période courante. Si l'on est à la transmission d'avril, ce tableau présentera les couples de GHM différents par séjour au 1^{er} trimestre, entre l'envoi du 1^{er} trimestre et l'envoi du mois d'avril.

Tableau 05 : Synthèse des erreurs de groupage

Ce tableau présente les différents codes erreur retrouvés dans le fichier LEG (en nombre d'erreurs et nombre de séjours). Le tableau est séparé en 2, entre les erreurs bloquantes et les erreurs non bloquantes.

Tableau 06 : Répartition du mode de sortie

Ce tableau présente la répartition des modes de sortie de l'établissement. Les fréquences sont comparées aux données de l'établissement même période année n-1.

L'unité de compte est le RSA (pour les séances : un RSA est comptabilisé à 1, quelque soit le nombre de séances qu'il représente).

La colonne « Variation % » correspond au calcul suivant : $[(\% \text{ année } n) - (\% \text{ n-1})] * 100 / (\% \text{ n-1})$

Tableau 07 : Répartition du mode d'entrée

Ce tableau présente la répartition des modes d'entrée de l'établissement. Les fréquences sont comparées aux données de l'établissement même période année n-1.

L'unité de compte est le RSA (pour les séances : un RSA est comptabilisé à 1, quelque soit le nombre de séances qu'il représente).

La colonne « Variation % » correspond au calcul suivant : $[(\% \text{ année } n) - (\% \text{ n-1})] * 100 / (\% \text{ n-1})$

Tableau 08 : Répartition des différences de groupage (séjours hors période)

Ce tableau présente les différences de groupage entre GENRSA et le groupage de l'établissement. Contrairement aux versions antérieures de MAHOS, MAT2A ne réalise pas de regroupage des données. Les seuls traitements réalisés sont la mise en erreur 90H01Z des séjours hors période, des séjours de longueur anormale, ayant une version de GENRSA non conforme ou ayant une version de RSA non conforme. Ce sont donc ces erreurs que l'on peut retrouver dans ce tableau.

Dans MAT2A ce sont donc les RSA d'origine qui sont traités et ce sont les données de valorisation calculées par GENRSA qui seront utilisées.

Ce tableau présente donc les différences de groupage entre le groupage de GENRSA et celui du groupeur utilisé dans l'établissement.

Tableau 09 : Répartition de différents types de séjour

Ce tableau présente la répartition de certains types de séjours caractérisés sur leurs modes d'entrée et de sortie en fonction du type de GHM :

- GHM de niveau J ou T ou séjours de moins de 2 jours
- CM 28
- Autres GHM

Les fréquences sont comparées aux données de l'établissement même période année n-1.

Les différents types de séjour sont les suivants :

- Nombre de séjours/séances : correspond soit au nombre de séjours (type 1), au nombre de venues (type 2) ou au nombre de séances (type 3)
- Nombre séjours avec Z7580 (PIE type A) ; correspond au nombre de séjours/séances ayant un diagnostic associé Z7580, correspondant à la réalisation d'un acte dans un autre établissement (prestation inter-établissement de type A)
- Nombre séjours Mode Entrée=7 et Mode sortie=7
- Nombre séjours Mode Entrée=6 et Mode sortie=6
- Nombre séjours multiUM

La colonne « évolution % » correspond au calcul suivant : $[(\text{effectif année } n) - (\text{effectif } n-1)] * 100 / (\text{effectif } n-1)$

Tableau 10 : GHM à fort taux de DC

Ce tableau présente les GHM ayant un fort taux de décès déterminé comme étant égal à 3 fois le taux de décès dans la base nationale.

Ce tableau est inspiré d'un contrôle réalisé dans DATIM. Il est fréquemment non renseigné.

Tableau 11 : GHM de durée de séjour atypique

Ce tableau présente les GHM ayant une DMS dans l'établissement atypique :

- Si l'effectif dans l'établissement est supérieur à 100 alors le GHM a une durée atypique si la DMS est inférieure à 75% de la DMS du GHM dans la base nationale
- Si l'effectif est compris entre 10 et 100 alors le GHM a une durée atypique si la DMS est inférieure à 50% de la DMS du GHM dans la base nationale
- Si l'effectif est inférieur à 10 la DMS alors le GHM a une durée atypique si la DMS est inférieure à 33% de la DMS du GHM dans la base nationale

Ce tableau est inspiré d'un contrôle réalisé dans DATIM. Il est fréquemment non renseigné

Tableau 12 : Casemix G.H.M. – Analyse des racines

Ce tableau compare par racine GHM, la fréquence des niveaux retrouvés dans l'établissement et dans la base nationale :

- Niveau J ou T
- Niveau 1 ou A
- Niveau 2 ou B
- Niveau 3 ou C
- Niveau 4 ou D
- Niveau E
- Niveau Z

Tableau 13 : Casemix G.H.M. – séances (CM28)

Ce tableau présente des indicateurs par groupe séances.

- Effectif RSA : Correspond au nombre de RSA de séances
- Nombre de séances
- % séances Hôpital : par groupe séance sur le total des séances de l'établissement
- Nombre moyen de séances/RSA Hôpital
- Nombre moyen de séances/RSA Base Nationale

Tableau 14 : Casemix G.H.M. - hors séances

Ce tableau présente les colonnes suivantes :

- Effectif RSA Hôpital : Nombre de séjour du GHM dans l'établissement
- % Hôpital : correspond au % du nombre de séjour des GHM présentés dans le tableau
- Nombre journées Hôpital
- DMS Hôpital
- DMS Base Nationale
- Age moyen Hôpital
- Age moyen Base Nationale
- % Décès Hôpital
- % Décès Base Nationale

Tableau 15 : Effet de la DMS sur le nb de journées produite par l'établissement
--

Ce tableau présente une estimation de la « performance globale » de l'établissement en durée de séjour. Seuls sont concernés ici les séjours hors CM 28 et hors niveau J et T0.

Le nombre de journées théorique de l'établissement (ou journées standardisées) correspond au nombre de journées qu'aurait produit l'hôpital si les durées moyennes de séjour par GHM avaient été égales à celles de la base nationale.

Le rapport du nombre de journées théoriques sur le nombre de journées effectuées estime la performance globale en terme de durée de séjour de l'établissement par rapport à la base nationale.

Tableau 16 : Analyse des GHM ayant les écarts de DMS les plus forts avec la Base Nationale

Ce tableau présente les GHM (hors CM28 et niveau J ou T0) pour lesquels la DMS de l'hôpital est la plus éloignée de la Base Nationale. Le nombre de GHM qui constitue ce tableau répond à une double contrainte :

- effectif supérieur ou égal à 10
- nombre maximum de GHM présentées égal à 20.

Ce tableau propose par GHM

- Le nombre de séjours dans le GHM
- Le nombre de journées
- Le nombre de journées si l'hôpital avait la DMS de la base nationale (effectif*DMS Base Nationale)
- La différence entre les 2 items précédents
- La DMS dans l'établissement
- La DMS dans la base nationale
- Ecart entre les DMS

Tableaux 17 : Analyse des complications
--

Ce tableau est l'équivalent du test 17 de Datim.

Il présente (pour les séjours de niveau 1, 2 et 3) :

- La racine
- L'effectif des niveaux 2 et 3

- La part des niveaux 2 et 3
- La borne des niveaux 2 et 3 dans la base nationale
- La compatibilité avec le test 17 de DATIM

Tableaux 18 : Analyse des complications sévères

Ce tableau est l'équivalent du test 18 de Datim.

Il présente pour les GHM de niveau 4 :

- Le GHM
- Le nombre de séjours dans la CMD
- Le nombre de séjours dans le GHM
- La part des séjours GHM de niveau 4 dans les séjours de la CMD de l'hôpital
- La borne du GHM niveau 4 dans la CMD de la base nationale
- La compatibilité avec le test 18 de DATIM

Tableaux 19 : Analyse des couples de GHM ambulatoires

Ce tableau présente, par couple de GHM ambulatoires / non ambulatoires (niveau J / 1), le nombre de séjours d'une durée de 0 jour, de 1 jour, de 2 jours et de plus de 2 jours et les pourcentages correspondants.

Tableau 20 : Répartition des codes géographiques

Tableau 20A : Répartition des codes géographiques par type de séjours (présentation d'au moins 85% des séjours par type)

En suivant l'ordre des colonnes de gauche à droite, on y trouve pour chacun des codes géographiques représentant 85% des séjours :

- Code géographique
- Le nombre de séjours de niveau J ou T0
- Part sur tous les séjours de niveau J ou T0
- Nombre de RSA séances
- Part sur tous les RSA séances
- Nombre de séjours dans les autres GHM
- Part sur tous les séjours des autres GHM

Tableau 20B : Répartition des codes géographiques erronés ou manquants

Ce tableau présente la répartition (effectif+pourcentage) des codes géographiques manquants ou erronés (se terminant par 999).

Tableau 21 : Séances et actes de dialyse en hospitalisation

Ce tableau présente la répartition du nombre de séances et d'actes de dialyse en hospitalisation.

- **Nombre Séances : nombre total de séances**
 - o Entraînements à la DP automatisée en séances (GHS 9602)

- Entraînements à la DP continue ambulatoire en séances (GHS 9603)
- Entraînements à l'hémodialyse en séances (GHS 9604)
- Hémodialyse en séances (GHS 9605)
- Hémodialyse en séances (GHS 9617)
- Hémodialyse en séances (GHS 9618)
- **Nombre Suppléments : nombre total de suppléments**
 - Nombre de suppléments d'hémodialyse
 - Nombre de suppléments d'entraînement à la DP automatisée
 - Nombre de suppléments d'entraînement à la DP continue ambulatoire
 - Nombre de suppléments d'entraînement à l'hémodialyse

Tableau 22 : Actes de radiothérapie en hospitalisation

Ce tableau présente la répartition du nombre d'actes de radiothérapie par GHS (9610, 9611, 9612, 9619, 9620, 9621, 6523) pour l'année n et n-1.

Tableaux 23 : Unités médicales, autorisation déclarées et nombre de suppléments
--

Tableau 23 A : Unités médicales et autorisation déclarées

Ce tableau présente, par unité médicale, les dates d'effet, les dates de fin (s'il y en a), le nombre de lits déclarés et le nombre de suppléments théoriques calculés sur la période.

Tableau 23 B : Nombre de suppléments déclarés et valorisés

Ce tableau présente le nombre de suppléments calculés dans le RSA :

- Nb suppléments REA
- Nb suppléments de REA pédiatrique
- Nb suppléments STF
- Dont nb suppléments STF issu de réa
- Nb suppléments SRC
- Nb suppléments NN1
- Nb suppléments NN2
- Nb suppléments NN3

ANALYSE DU RSF

Tableau 30 : Analyse des retours NOEMIE

Tableau 30 A : Analyse de l'état de liquidation de la facture - RSFA-A

Ce tableau présente la répartition de l'état de liquidation de la facture en effectif et pourcentage (variable du RSFA-A).

Tableau 30 B : Analyse des natures d'opération NOEMIE - RSFB

Ce tableau présente la répartition des natures d'opération NOEMIE en effectif et pourcentage.

Tableau 30 C : Analyse du montant remboursé NOEMIE

Ce tableau indique le nombre de lignes et le nombre de séjours pour lesquels :

- le montant remboursé NOEMIE est rempli
- le montant remboursé NOEMIE est rempli et égal à la variable montant remboursable du RSFB
- le montant remboursé NOEMIE est rempli, égal à la variable montant remboursable du RSFB, avec une nature d'opération NOEMIE égale à 'Paiement'.

Des écarts entre le montant remboursé NOEMIE et le montant remboursable du RSFB peuvent exister, liés aux ajustements de facturation réalisés par la caisse.

Tableau 31 : Codes prestation des RSF avec ATU, FFM ou SE

Il s'agit de la présentation des codes prestations ATU, FFM ou SE des RSFB facturés, ainsi que du montant base remboursement et du montant AM qu'ils représentent. Est aussi indiqué le montant AM des RSF avec une information NOEMIE ok, ce qui correspond à un état de liquidation de la facture égal à 1 (liquidation complète) et/ou à une nature d'opération NOEMIE égale à 'PAI'.

Tableau 32 : Case-mix comparé en GHS des nouveaux-nés RSF-RSA

La facturation des nouveaux-nés en T2A se fait dans la majorité des cas sur la facture de la mère. Les règles de production des RSS, imposant la réalisation de RUM pour les nouveaux-nés, entraînent la réalisation de factures nulles (RSF ne contenant qu'un RSF de type A dont tous les montants sont mis à 0). Donc on n'a pas de couplage entre les RSA et les RSF, mais on peut cependant comparer les case-mix en GHS des séjours en CMD 15 sur les fichiers de RSA produits par AGRAF et les GHS de NN que l'on retrouve sur les factures des mères (CMD 14). C'est l'objet de ce tableau.

Normalement les 2 case-mix devraient être parfaitement superposables. Notons que les erreurs peuvent être liées à la production des RSS ou des RSF.

Exemple d'erreur lié au RSS : production d'un facture de nouveau-né par accouchement et pas par naissance. On a donc un seul RSA dans le cas de jumeaux ou de triplés.

Exemple d'erreur lié à la facturation : Ce n'est pas le bon GHS qui est facturé.

Tableau 33 : Séances de chimiothérapie, transfusion, caisson hyperbare et aphérèse sanguine (hors facture nulle NN)

Les règles de facturation pour les séances autorisent la réalisation de factures contenant plusieurs lignes de GHS où théoriquement la quantité doit être égale à 1, car les dates de réalisation doivent être indiquées. Les règles de production des RSS autorisent la réalisation d'un seul enregistrement pour plusieurs séances.

La chimiothérapie correspond au GHM 28Z07Z et au GHS 9606.

La chimiothérapie non tumorale correspond au GHM 28Z17Z et au GHS 9616.

Les séances de transfusion sanguine correspondent au GHM 28Z14Z et au GHS 9613.

Les séances de caisson hyperbare correspondent au GHM 28Z15Z et au GHS 9614.

Les séances d'aphérèses sanguines correspondent au GHM 28Z16Z et au GHS 9615.

Le tableau 33 présente les décomptes suivants par type de séances (chimiothérapie, chimiothérapie non tumorale, transfusion, caisson hyperbare ou aphaérèse sanguine) :

- Nombre de séances fichier de RSA : somme du champ 'nombre de séances' pour le GHM correspondant
- Nombre de séances fichier de RSF : somme du champ 'quantité' du RSF pour les lignes comportant un code 'GHS' et le numéro de GHS correspondant
- Nombre de RSA ayant un nombre de séances et de GHS facturé différent : il s'agit de RSA dont le nombre de séances est différent de celui des GHS facturés dans le RSF associé
- Nombre de RSA séance sans GHS facturé : Incohérence de groupage : le RSS de séance est couplé à un GHS qui n'en est pas
- Nombre de GHS facturés sans RSA séances : Incohérence de groupage : Pb inverse au précédent

Pour les caissons et les aphaérèses sanguines, on rajoute deux lignes supplémentaires :

- Nombre de suppléments fichier de RSF
- Nombre de suppléments fichier de RSA

Tableau 34 : Analyse des séances de dialyse (hors facture nulle NN)
--

Les règles de facturation pour la dialyse sont similaires à celles de la chimiothérapie pour ce qui est des dialyses réalisées en ambulatoire. Par contre pour celles réalisées dans le cadre d'une hospitalisation, la facture comprendra un code prestation de type 'D0x' ou 'D1x' en plus du GHS de la prise en charge. Le RSS, lui devra contenir un acte de dialyse.

Le tableau 34 présente les décomptes suivants :

- Nombre de séances de dialyse fichier de RSA
- Nombre d'actes de dialyses fichier de RSA
- Nombre de prestations 'Dxx' fichier de RSF
- Dont nombre de prestations 'Dxx' dans une facture avec prestation GHS. Ils doivent correspondre aux actes de dialyse
- Nombre de RSA avec un nombre de séances (28Z) différent du nombre Dxx du RSF associé (hors factures avec prestation GHS)
- Nombre de RSA groupé en 28Z sans prestation Dxx (hors factures avec prestation GHS)
- Nombre de RSF avec prestation 'Dxx' (hors factures avec prestation GHS) sans RSA groupé en 28Z

Tableau 35 : Différences de groupage AGRAF RSF - hors dialyse et NN
--

Ce tableau présente les différences de groupage en GHS entre AGRAF et les RSF.
Le GHS 9999 est obtenu lorsque le GHM correspondant (dans le RSA) n'a pas de correspondance en GHS : il peut s'agir d'un GHM d'IVG ou d'un groupage en erreur.
Il donne également les montant en base de remboursement dans les 2 cas.

Tableau 36 : Analyse comparative des EXH - Fichier de RSF et RSA (hors facture nulle NN)

Ce tableau présente les décomptes suivants :

- Nombre d'EXH fichier de RSA : nombre total d'EXH calculés sur fichier RSA
- Nombre d'EXH fichier de RSF : nombre total d'EXH facturés sur fichier de RSF
- Nombre d'enregistrements avec des différences d'EXH : il s'agit des différences entre le nombre calculé et le nombre facturé sur les couples RSA-RSFA
- EXH facturé associé à un groupage différent RSF-RSA : Dans le cas d'une différence de groupage les bornes ne sont plus les mêmes et donc peuvent engendrer des facturation d'EXH non prévue

Tableaux 37 : Suppléments de réanimation, surveillance continue, soins intensifs et néonatal (hors facture nulle NN)

Il s'agit de l'analyse des suppléments liés à la T2A.

Ce tableau présente pour chacun des suppléments REA, SRC, REP, STF, NN1, NN2, NN3 :

- le nombre de suppléments dans le RSFB
- le nombre de séjours correspondant
- le nombre de suppléments dans le RSA
- le nombre de séjours correspondant
- le nombre de séjours avec un nombre de suppléments différent dans le RSA et dans le RSFB
- Nb RSF associé à un RSA sans type d'UM correspondant
- Nb RSF associé à un RSA sans condition de facturation : Cette colonne ne concerne que les suppléments REA et SRC et indique s'il y a présence d'un indicateur REA ou SRC dans le RSA.

Tableau 38 : Codes prestations

Il s'agit de la présentation de l'ensemble des codes prestations facturés dans les RSF de type B (y compris ATU, FFM et SE), ainsi que du montant base remboursement et du montant AM qu'ils représentent. Est aussi indiqué le montant AM des RSF avec une information NOEMIE ok, ce qui correspond à un état de liquidation de la facture égal à 1 (liquidation complète) et/ou à une nature d'opération NOEMIE égale à 'PAI'.

Le tableau est divisé en deux, entre les codes que l'on retrouve dans la norme B2 et ceux qui n'y sont pas.

Tableau 39 : Case-Mix GHS

Le **tableau 39 A1** présente le case-mix des GHS (hors facture avec GHS de nouveau-né) et des IVG, basés sur les RSF. Ce n'est pas celui des RSA, s'il y a des différences de groupage (cf tableau 35), c'est celui des RSF qui est présenté.

Le **tableau 39 A2** présente le même case-mix par racine et le **tableau 39 A3** par niveau.

Le **tableau 39 B** présente le case-mix GHS des factures avec GHS de nouveaux-nés pour les lignes de RSFB autres que celles ayant un GHS NN. Il devrait normalement correspondre aux factures des mères.

Le **tableau 39 C** présente le case-mix GHS des factures avec GHS de nouveaux-nés pour les lignes de RSFB avec un GHS de nouveau-né.

Le **tableau 39 D** présente le case-mix facturation pour les dialyses.

Tableau 40 : Analyse des RSFP

Le **tableau 40 A Comparaison RSFB prothèse/RSFP** présente :

- Les RSFB prothèse sans RSFP associé
- Les RSFP sans RSFB associé
- Les RSFP avec RSFB prothèse avec montant identique
- Les RSFP avec RSFB prothèse, montant différent (on considère les montants différents si la différence est supérieure à 1 euro).

Les codes prestations prothèse pris en compte pour les RSFB sont : PME et PII

Le **tableau 40 B** présente la répartition des codes de prothèses du RSFP.

Tableau 41 : Analyse des RSFI

Le **tableau 41 A** présente la répartition des établissements de transfert, de retour ou de lieu d'exécution de l'acte du RSFI.

Le **tableau 41 B** présente la répartition des interruptions de séjour.

Tableau 42 : Analyse des RSFH

Ces tableaux ne sont réalisés qu'à partir du mois d'avril.

Le **tableau 42 A Comparaison RSFB médicament/RSFH** présente :

- Les RSFB médicament sans RSFH associé
- Les RSFH sans RSFB associé
- Les RSFH avec RSFB médicament avec montant identique
- Les RSFH avec RSFB médicament, montant différent (on considère les montants différents si la différence est supérieure à 1 euro).

Les codes prestations médicament pris en compte pour les RSFB sont : PH8

Le **tableau 42 B** présente la répartition des codes de médicaments du RSFH.

Le **tableau 42C** présente les diagnostics principaux retrouvés par groupe d'UCD.

Pour faciliter la lecture les DP sont présentés sur 3 caractères. Le diagnostic relié est présenté à la place du diagnostic principal, si le diagnostic principal commence par 'Z'.