

GUIDE DE LECTURE DES TABLEAUX MAT2A STC

REMARQUES :

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

- aux données de l'année 2007 de l'établissement sur la même période. Dans la présentation des tableaux on notera « année n-1 » par soucis de lisibilité. Lors des comparaisons avec l'année n-1, les données n-1 utilisées sont celles de M12 2007.
- aux données de la Base Nationale présentant les durées de séjour de référence publiées avec les tarifs.

Il n'y aura cette année plus que 2 traitements différents sur la plateforme EPMSI :

- le traitement RSA, qui comprend, outre les éléments habituels, la valorisation des IVG, des molécules onéreuses et des DMI
- le traitement RAFAEL, qui correspond à la valorisation de tous les actes et consultations externes (y compris ATU, FFM, Alternative à la dialyse)

Un nouvel élément est pris en compte en 2008 pour la valorisation : conformément à l'arrêté prestation du 27 février 2007 (article 8), si le patient est réhospitalisé dans le même établissement et avec production du même GHM après un transfert d'une durée supérieure à 2 jours, sa prise en charge donne lieu à la facturation d'un GHS sur la base de 50% de son tarif. En pratique, seules les réhospitalisations ayant eu lieu dans un délai supérieur à 2 jours et inférieur ou égal à 10 jours sont prises en compte.

A partir du 1^{er} mars 2008, le taux renseigné dans VIDHOSP (si celui-ci est correctement rempli) est utilisé pour la valorisation à la place du taux calculé (cf tableaux 02_3 page 8).

Pour plus d'information sur les remontées 2008, se reporter à la page suivante : <http://www.atih.sante.fr/?id=0002200092FF>

LISTE DES TABLEAUX

TRAITEMENT RSA	4
Tableaux 01 : RSA transmis sur la période	4
Tableaux 02_1 : Chaînage	5
Tableaux 02_2 : Répartition des variables supplémentaires fichier ANO	7
Tableaux 02_3 : Détermination et répartition des taux de remboursement	8
Tableaux 02_4 : Synthèse de l'analyse des variables supplémentaires fichier ANO	9
Tableau 02_5 : Case-mix des séjours non pris en compte	11
Tableaux 02_6 : Analyse des données déjà envoyées	11
Tableau 03 : Valorisation des séjours supprimés	11
Tableau 04 : Répartition des séjours avec incompatibilité DG/Acte	11
Tableau 05 : Pourcentage et répartition des codes retour facultatifs	11
Tableau 06 : Répartition du mode de sortie	12
Tableau 07 : Répartition du mode d'entrée	12
Tableau 08 : Répartition des différences de groupage (séjours hors période)	12
Tableaux 09 : Répartition de différents types de séjour	12
Tableau 10 : GHM à fort taux de DC	13
Tableau 11 : GHM de durée de séjour atypique	13
Tableau 12 : Casemix G.H.M. - C.M.D. 1 à 23 - 25 à 27 - Groupe 90H02Z	13
Tableau 13 : Casemix G.H.M. – séances (CM28)	14
Tableau 14 : Casemix G.H.M. - C.M. 24 - Groupe 90H03Z	14
Tableau 15 : Effet de la DMS sur le nombre de journées produit par l'établissement	14
Tableau 16 : Analyse des GHM ayant les écarts de DMS les plus forts avec la Base Nationale	15
Tableau 17 : Analyse des complications	15
Tableau 18 : Analyse des complications sévères	16
Tableaux 19 : Prise en charge CM24 hors séances	17
Tableaux 20 : Répartition des codes géographiques	17
Tableau 21 : Séances et actes de dialyse en hospitalisation	17
Tableau 22 : Actes de radiothérapie en hospitalisation	18
Tableaux 23 : Prélèvements d'organes	18
Tableaux 24 : Unités médicales, autorisation déclarée et calcul des suppléments	18
Tableau 25 : Application des tarifs : Case-mix GHM/GHS – Effectifs	19
Tableau 26 : Application des tarifs : Case-mix GHM/GHS – Valorisation	19
Tableau 27 : Récapitulation activité – Effectifs	20
Tableau 28 : Récapitulation activité – Valorisation	20
Tableau 30 : Valorisation des IVG	21
Tableau 31 : Valorisation des Molécules onéreuses	22
Tableau 32 : Valorisation des Dispositifs Médicaux Implantables	23
Tableau 33 : Evolution des montants mensuel par période de transmission par type de prestation	24

TRAITEMENT RAFAEL	25
Tableaux 40 : Répartition des lettres clé du RAFAEL hors période	25
Tableaux 41 : Valorisation des passages aux urgences (ATU)	25
Tableaux 42 : Valorisation des prestations forfaits petit matériel	26
Tableaux 43 : Valorisation des codes de dialyse D15 et D16	26
Tableaux 44 : Valorisation des forfaits techniques	27
Tableaux 45 : Valorisation des codes de regroupement CCAM	27
Tableaux 46 : Description des codes CCAM du RAFAEL M	28
Tableaux 47 : Valorisation des codes SE	28
Tableaux 48 : Valorisation des codes NGAP	28
Tableaux 49 : Evolution des montants mensuel par période de transmission par type de prestations	29

TRAITEMENT 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 (hors 90H02Z et 90H03Z) : Correspond au nombre de RSA en erreur. Ne sont pas comptés les GHM 90H02Z et 90H03Z
- Nombre de RSA prestation inter-établissement : Variable type de séjour='B'
- Nombre de RSA GHS 9999 : correspond aux séjours d'IVG, de chirurgie esthétique ou de dialyse péritonéale. **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 CMD 1 à 27 + GHM 90H02Z hors CM24 : Correspond au nombre de RSA classés dans les CMD hors CM 24 et 28 et hors erreur. Sont comptabilisés les séjours du GHM 90H02Z
- Nombre de journées CMD 1 à 27 + journées du GHM 90H02Z hors CM24 : Correspond à la somme des journées comptabilisées sur les séjours classés dans les CMD hors CM 24 et 28 et hors erreur. Sont comptabilisés les journées des séjours du GHM 90H02Z
- 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. Dans le cas d'un groupage en séance lié au DP une séance est comptabilisée
- Nombre de RSA CM 24+GHM 90H03Z : Correspond au nombre de RSA de la CM 24
- Dont nombre de RSA DS=0 : Correspond au nombre de RSA dont la durée de séjour est égal à 0 jour
- Dont nombre de RSA DS=1 : Correspond au nombre de RSA dont la durée de séjour est égal à 1 jour
- Dont nombre de RSA en unité d'hospitalisation de courte durée avec DS>1 : Correspond au nombre de RSA de CM24 en UHCD ayant une durée de séjour supérieure à 1 jour

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

Tableaux 01C : Case-mix des séjours supprimés

Ce tableau présente le case-mix des séjours supprimés identifiés dans le tableau 01A. Ils correspondent aux séjours en CMD 90 (hors 90H02Z et 90H03Z), aux prestations inter-établissements et aux séjours en GHS 9999. **Les séjours d'IVG sont traités et valorisés dans les tableaux 30.**

Le **tableau 01D Pourcentage et répartition des codes retour (CM 90)**, anciennement tableau 3, présente pour chaque GHM de la CM 90 (hors 90H02Z et 90H03Z) les différents codes retour obtenus par le groupage réalisé par GENRSA (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.

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 - Nbre de séjours sans erreur)

La série des tableaux présentés sous le nom de tableau 2_1 A 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).

Tableaux 02_2 : Répartition des variables supplémentaires fichier ANO
--

Pour plus de précisions sur le codage des variables supplémentaires du fichier VIDHOSP se reporter à la page suivante : <http://www.atih.sante.fr/?id=000220006CFE>
Ces tableaux décrivent les nouvelles variables intégrées au fichier ANO :

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

Ce tableau présente la répartition des différents codes de prise en charge du forfait journalier selon que le montant du FJ soit numérique ou non.

Tableau 02_2 B : Répartition des codes justification du ticket modérateur

Tableau 02_2 C : Répartition nature d'assurance

Tableau 02_2 D : Répartition séjour facturable à l'assurance maladie

Ce tableau présente la répartition de la variable séjour facturable à l'assurance maladie selon que le montant remboursé par l'AM soit numérique ou non.

Tableau 02_2 E : Analyse du taux de remboursement VIDHOSP en fonction de la variable Séjour facturable à l'AM

Ce tableau n'est présenté qu'à partir du 1^{er} mars. Le taux de remboursement peut prendre les valeurs suivantes : Non renseigné - avt 1er mars ; Non renseigné - ap 1er mars ; 0 ; 80% ; 90% ; 100% ; Autres

Tableau 02_2 F : Répartition du taux de remboursement VIDHOSP

Le taux de remboursement VIDHOSP peut prendre les valeurs suivantes : Non renseigné ; 0 ; 0-80% ; 80% ; 80-90% ; 90% ; 90-100% ; 100% ; >100% ; Autres

Tableau 02_2 G : Répartition facturation des 18 euros

Tableau 02_2 H : Répartition majoration du parcours de soins

Cette variable est décrite de manière qualitative : non vide et différente de 0 / à 0 ou vide

Tableau 02_2 I : Répartition Code grand régime

Tableau 02_2 J : Répartition type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire

Tableaux 02_3 : Détermination et répartition des taux de remboursement

Avant le 1^{er} mars 2008, les taux de remboursement sont déterminés comme suit :

Code justification d'exonération du TM	Nature Assurance	Code de prise en charge du FJ	Taux de remboursement calculé	Forfait Journalier
0, 2	10	A	80	Oui
0, 2	10	L	80	Non
0, 2	10	R	80	Non
0, 2	13	A	100	Non
0, 2	13	L	100	Non
0, 2	13	R	100	Non
0, 2	30, 41, 90	A	100	Oui
0, 2	30, 41, 90	L	100	Non
0, 2	30, 41, 90	R	100	Non
9	10	A	90	Oui
9	10	L	90	Non
9	10	R	90	Non
9	13	A	100	Non
9	13	L	100	Non
9	13	R	100	Non
9	30, 41, 90	A	100	Oui
9	30, 41, 90	L	100	Non
9	30, 41, 90	R	100	Non
1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, C	10	A	100	Oui
1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, C	10	L	100	Non
1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, C	10	R	100	Non
1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, C	13	A	100	Non
1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, C	13	L	100	Non
1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, C	13	R	100	Non
1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, C	30, 41, 90	A	100	Oui
1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, C	30, 41, 90	L	100	Non
1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, C	30, 41, 90	R	100	Non

- Pour les séjours avec un forfait journalier non applicable (séances, durée de séjour égale à 0 (hors radiothérapie) ou GHM 24K05Z), le taux de remboursement est calculé comme suit :

Code justification d'exonération du TM	Nature Assurance	Taux de remboursement calculé
0, 2	10	80
0, 2	13	100
0, 2	30, 41, 90	100
9	10	90
9	13	100
9	30, 41, 90	100
1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, C	10	100
1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, C	13	100
1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, C	30, 41, 90	100

Après le 1^{er} mars 2008, le taux de remboursement utilisé est le taux renseigné dans VIDHOSP si celui-ci est égal à 80, 90 ou 100. Dans les autres cas (valeur manquante ou incorrecte), on utilise la valeur du taux de remboursement calculé (cf. plus haut).

- Pour les séjours en attente de décision sur le taux de prise en charge du patient
 - Avant le 1^{er} mars : le taux de remboursement est de 80% et le forfait journalier est à la charge de l'assuré.
 - Après le 1^{er} mars : On utilise le taux de remboursement VIDHOSP si celui-ci est égal à 80 ou 90%. Dans les autres cas, on applique un taux de remboursement de 80%.
- Pour les séjours de radiothérapie, les séjours de nouveaux-nés et les prélèvements d'organes, le taux de remboursement est de 100% et l'assuré est exonéré du forfait journalier (y compris pour les séjours en attente de décision sur le taux de prise en charge et en attente de décision sur les droits du patient).
- Les séjours non pris en charge par l'assurance maladie et en attente de décision sur les droits du patient ne sont pas valorisés.

Tableau 02_3 A : Analyse des taux de remboursement

Ce tableau ne présente que les séjours valorisés (**cf. tableau 02_4 A**). Il donne la répartition croisée des variables ayant servi au calcul du taux de remboursement (*code justification d'exonération du TM et, nature d'assurance*) ainsi que le taux de remboursement obtenu et le taux de remboursement rempli dans VIDHOSP.

Tableau 02_3 B : Analyse du forfait journalier

Ce tableau présente la variable code de prise en charge du forfait journalier selon la valeur du FJ utilisée ensuite dans les tableaux (FJ à la charge de l'assuré, exonération du FJ, FJ non applicable).

Tableau 02_3 C : Répartition du taux de remboursement utilisé

Ce tableau présente les taux de remboursement qui seront utilisés pour la valorisation (taux VIDHOSP ou taux calculé selon les cas). On distingue les séjours avec un taux forcé à 100% (NN, rdth et PO), ainsi que les séjours en attente de taux.

Tableaux 02_4 : Synthèse de l'analyse des variables supplémentaires fichier ANO

Tableau 02_4 A : Nombre de séjours pris en compte

Ce tableau présente le nombre de séjours pris en compte, en partant du nombre de séjour transmis et en dénombrant les séjours qui ne seront pas pris en compte dans la valorisation selon les types d'anomalies :

- Nombre de séjours traités : correspond au nombre de séjours traités du tableau 01A
- 1 Nombre de séjours transmis avec problème de chaînage : Ces séjours sont ceux dont les codes retour Contrôle fusion ANO-HOSP/HOPS-PMSI ou Contrôle fusion ANO-PMSI/Fichier PMSI sont en erreur (hors séjours de nouveaux-nés, radiothérapie et prélèvement d'organes).
- 2 Nombre de séjour avec problème de codage des variables bloquantes :
 - Avant le 1^{er} mars, les variables bloquantes sont *code justification d'exonération du TM, code de prise en charge du FJ, nature d'assurance, séjour facturable à l'AM et nombre de venues*

- Après le 1^{er} mars, si le taux VIDHOSP est correctement rempli (80, 90 ou 100%), les variables bloquantes sont : *code de prise en charge du FJ, séjour facturable à l'AM et nombre de venues* ; sinon les variables bloquantes sont les mêmes qu'avant le 1^{er} mars.
- 3 Nombre de séjours en attente de décision sur les droits du patient : correspond au cas ou la variable « Séjour facturables à l'AM » du fichier VIDHOSP est codé à 3.
- 4 Nombre de séjours non facturables à l'AM : correspond au cas ou la variable « Séjour facturables à l'AM » du fichier VIDHOSP est codé à 0.
- Nombre de séjours valorisés : On enlève aux séjours traités les différents types d'anomalies recensés plus haut (1, 2, 3,4).

Tableau 02_4 B : Analyse de la qualité des informations

Ce tableau décrit les différentes anomalies **non bloquantes** rencontrées dans les séjours valorisés. Il comprend 2 colonnes, une qui dénombre les anomalies avt le 1^{er} mars et l'autre les anomalies après le 1^{er} mars.

- Nombre de séjours valorisés : Ce sont les séjours obtenus en dernière ligne du tableau 02_4 A.
- Nombre de séjours non contrôlés dans ce tableau : Correspond aux séjours de nouveaux-nés, de radiothérapie et de prélèvement d'organes et aux séjours en attente de taux de prise en charge. Leur taux de remboursement étant forcé (100% pour les NN, rdth et PO et 80% pour les séjours en attente de taux), les contrôles suivants ne sont pas pertinents. Après le 1^{er} mars, on rajoute les séjours où le taux utilisé pour la valorisation est celui calculé et non le taux rempli dans VIDHSOP.
- 1 Nombre de séjours avec problème de codage des variables non bloquantes : Les variables non bloquantes sont : *facturation des 18 euros, montant à facturer au titre du TM, montant à facturer au titre du FJ, montant total du séjour remboursé par l'AM, montant lié à la majoration du parcours de soin.*
- 2 Nombre de séjours avec taux de remboursement calculé différent de 100 et montant ticket modérateur égal à 0.
- 3 Nombre de séjours avec taux de remboursement calculé égal à 100 et montant ticket modérateur différent de 0.
- 4 Nombre de séjours avec forfait journalier à la charge de l'assuré et montant forfait journalier égal à 0.
- 5 Nombre de séjours avec forfait journalier non applicable et montant forfait journalier différent de 0.
- 6 Nombre de séjours où le forfait journalier n'est pas compatible avec la durée de séjour (hors NN et FJ non applicable) : il s'agit des séjours où le montant forfait journalier n'est pas égal à :
 - (durée de séjour*15)
 - ou (durée de séjour*16)
 - ou (durée de séjour+1)*15
 - ou (durée de séjour+1)*16
- 7 Nombre de séjours où montant BR différent de montant AM + montant TM : ce contrôle est effectué à partir du 1^{er} mars
- Nombre de séjours sans anomalies : Nombre de séjours pris en compte dans l'activité et sans aucune des anomalies énumérées plus haut (1, 2, 3, 4, 5, 6,7)

Tableau 02_5 : Case-mix des séjours non pris en compte

Ce tableau présente le case-mix GHM des séjours (ou des séances) non pris en compte dans l'activité, identifiés dans le tableau 02_4 A.

Tableaux 02_6 : Analyse des données déjà envoyées
--

Tableau 02_6 A (Comparaison case-mix pour les séjours pris en compte dans l'activité)
--

Le tableau 02_6 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 de février, ce tableau compare les GHM envoyés au mois de janvier aux GHM de janvier envoyés pour la transmission de février.

Tableau 02_6 B (Couples de GHM différents pour les séjours pris en compte dans l'activité)

Le tableau 02_6 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 de février, ce tableau présentera les couples de GHM différents par séjour en janvier, entre l'envoi de janvier et l'envoi de février.

Tableau 03 : Valorisation des séjours supprimés
--

Ce tableau présente la valorisation des séjours supprimés dans le tableau 01 A d'une part, et dans le tableau 02_4 A d'autre part (effectif + montant base de remboursement).

Tableau 04 : Répartition des séjours avec incompatibilité DG/Acte
--

Ce tableau présente les variables décrites ci-dessous et les compare aux données de la même période de l'année n-1. Un % d'évolution est calculé.

- Incompatibilité DG/Acte plus de 2j : Correspond au nombre de séjours classés dans le GHM 90H02Z
- Incompatibilité DG/Acte moins de 2j : Correspond au nombre de séjours classés dans le GHM 90H03Z
- Evitement Groupe 90C01Z (anciennement 901) : Correspond au nombre de séjours classés dans un GHM « normal » mais ayant un code retour 80 correspondant à la présence d'un acte chirurgical mineur incompatible avec le diagnostic principal.

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

Tableau 05 : Pourcentage et répartition des codes retour facultatifs

Ce tableau présente les différents codes retour facultatifs obtenu par le groupage réalisé par GENRSA. 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.

Les fréquences sont comparées d'une part aux données de l'établissement année n-1 ainsi qu'aux données de la base nationale.

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 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.

Tableaux 09 : Répartition de différents types de séjour

Tableau 09A : Différents types de séjour par type d'hospitalisation

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 :

- CMD 1 à 27 hors 24 et GHM 90H02Z (type 1)
- CM 24 hors séances et GHM 90H03Z (type 2)
- Groupes de séances CMD 28 (type 3)

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 09B : Répartition de différents types de séjour

Ce tableau présente :

- Nombre de séjours CMD 1 à 27 hors CM24
- Nombre de séjours CM24
- Nombre de séances
- Nombre de séjours DS=0
- Nombre de séjours DS=1
- Nombre de séjours au-delà de la borne extrême basse (hors CM24 et séances)
- Nombre de passages en unité d'hospitalisation de courte durée
- Nombre de séjours en unité d'hospitalisation de courte durée

Tableau 10 : GHM à fort taux de DC

Ce tableau présente les GHM ayant un fort taux de décès déterminé comme étant égal à 10 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 un 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
 - o Inférieure à la DMS du GHM dans la base nationale divisé par 3 ou
 - o inférieure à la DMS de la BN – 8jours
- Si l'effectif est inférieur à 100 la DMS doit-être:
 - o Inférieure à la DMS du GHM dans la base nationale divisé par 4 ou
 - o inférieure à la DMS de la BN – 12jours

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

Tableau 12 : Casemix G.H.M. - C.M.D. 1 à 23 - 25 à 27 - Groupe 90H02Z
--

Ce tableau présente un certain nombre d'indicateurs par GHM hors CM 24, CM28 et erreur. Il 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 13 : Casemix G.H.M. – séances (CM28)

Ce tableau présente des indicateurs par groupe séances.

- Nombre de 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. - C.M. 24 - Groupe 90H03Z
--

Ce tableau présente des indicateurs par GHM de la CM 24.

- Effectif RSA Hôpital : Nombre de séjours du GHM dans l'établissement
- % Hôpital : correspond au % du nombre de séjours des GHM présentés dans le tableau
- Nombre journées Hôpital
- % de séjour de 1 jour Hôpital
- % de séjour de 1 jour Base Nationale
- Age moyen Hôpital
- Age moyen Base Nationale
- % Décès Hôpital
- % Décès Base Nationale

Tableau 15 : Effet de la DMS sur le nombre de journées produit 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 24 et 28.

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 CM 24 et CM28) 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

Tableau 17 : Analyse des complications

Tableau 17 A : Analyse des complications par couple de GHM – Test DATIM n°17

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

En V10 : On supprime les séjours des personnes de plus de 69 ans si « >69 ans » est indiqué dans le libellé du GHM, les couples de GHM avec moins de 20 séjours et les séjours de moins de 4 jours.

Ce tableau présente :

- Le numéro de couple
- Le GHM compliqué
- Le GHM non compliqué
- L'effectif du GHM compliqué
- La part du GHM compliqué dans le couple de l'hôpital
- La part du GHM compliqué dans le couple de la base nationale
- La moyenne du GHM compliqué dans le couple de la base nationale
- L'écart-type du GHM compliqué dans le couple de la base nationale
- La compatibilité avec le test 17 de DATIM

**Tableau 17 B : Analyse des complications par CMD et GHM Médicaux-Chirurgicaux
Age compris entre 18 et 69 ans**

Dans ce tableau, afin de ne prendre en compte que l'influence des CMA proprement dites sur le classement des GHM avec complication, seuls sont considérés les séjours des personnes dont l'âge est compris entre 18 et 69 ans.

Sont considérés comme chirurgicaux les GHM dont la lettre en 3^{ème} position est 'C' ou 'K'.
Sont considérés comme médicaux les GHM dont la lettre en 3^{ème} position est le 'M'.

Le tableau présente pour la population des 18-69 ans de chaque CMD :

- Le nombre total de séjours (parmi la population des 18-69 ans)
- La proportion de séjours (parmi la population des 18-69 ans) classés dans des GHM médicaux , en pourcentage du total des séjours (parmi la population des 18-69 ans) de l'établissement

- La proportion de séjours (parmi la population des 18-69 ans) classés dans des GHM chirurgicaux, en pourcentage du total des séjours (parmi la population des 18-69 ans) de l'établissement
- La proportion de séjours (parmi la population des 18-69 ans) classés dans des GHM médicaux avec CMA, en pourcentage du total des séjours (parmi la population des 18-69 ans) de l'établissement
- La proportion de séjours (parmi la population des 18-69 ans) classés dans des GHM médicaux avec CMA, en pourcentage du total des séjours (parmi la population des 18-69 ans) de la base nationale
- La proportion de séjours (parmi la population des 18-69 ans) classés dans des GHM chirurgicaux avec CMA, en pourcentage du total des séjours (parmi la population des 18-69 ans) de l'établissement
- La proportion de séjours (parmi la population des 18-69 ans) classés dans des GHM chirurgicaux avec CMA, en pourcentage du total des séjours (parmi la population des 18-69 ans) de la base nationale.

Tableau 18 : Analyse des complications sévères

Tableau 18 A : Analyse des complications sévères – Test Datim n°18

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

En V10 : On supprime les CMD avec moins de 20 séjours et les séjours de moins de 4 jours.

Ce tableau présente :

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

Tableau 18 B : Analyse des complications sévères par CMD et GHM Médicaux-Chirurgicaux

La définition utilisée pour les GHM médicaux ou chirurgicaux est la même que pour le tableau 17B. Le tableau présente pour chaque CMD et quel que soit l'âge de la population :

- Le nombre total de séjours
- La proportion de séjours classés dans des GHM médicaux, en pourcentage du total des séjours de l'établissement
- La proportion de séjours classés dans des GHM chirurgicaux, en pourcentage du total des séjours de l'établissement
- La proportion de séjours classés dans des GHM médicaux avec CMAS, en pourcentage du total des séjours de l'établissement
- La proportion de séjours classés dans des GHM médicaux avec CMAS, en pourcentage du total des séjours de la base nationale
- La proportion de séjours classés dans des GHM chirurgicaux avec CMAS, en pourcentage du total des séjours de l'établissement
- La proportion de séjours classés dans des GHM chirurgicaux avec CMAS, en pourcentage du total des séjours de la base nationale.

Tableaux 19 : Prise en charge CM24 hors séances

Tableau 19 A : Prise en charge CM24 : Analyse de la DS

Ce tableau présente la répartition des séjours en fonction de la durée de séjour dans la CM 24.

- Effectif DS=0 Année n
- Effectif DS=1 Année n
- Effectif DS=0 Année n-1
- Effectif DS=1 Année n-1
- % DS=0 Année n
- % DS=0 Année n-1
- Evolution % DS=0

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

Tableau 19 B : Analyse des couples de GHM CM24 / hors CM24

Ce tableau présente, par couple de GHM ambulatoires / non ambulatoires, 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.

Le tableau est divisé en deux, entre les couples contenant les GHM ambulatoires valorisés à 100% T2A en 2007 (qui correspondent aux GHS 8053, 8002, 8005, 8008, 8023) et les autres couples.

Tableaux 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 des CMD hors CM 24
- Part sur tous les séjours des CMD hors CM 24
- Nombre de RSA séances
- Part sur tous les RSA séances
- Nombre de RSA CM 24 hors séance
- Part sur tous les RSA CM 24 hors séance

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. Se reporter dans le texte suivant au paragraphe expliquant la valorisation de la dialyse :

<http://www.atih.sante.fr/?id=0002200057FF>

- Nombre Séances : nombre total de séances
- Entraînement à la dialyse (GHS 9500)

- Entraînement à la dialyse (GHS 9501)
- Entraînement à la dialyse (GHS 9502)
- Hémodialyse avant SROS (GHS 9503)
- Hémodialyse après SROS (GHS 9520)
- Hémodialyse après SROS (GHS 9521)
- Hémodialyse après SROS (GHS 9522)

Les suppléments suivant sont valorisés avant et après SROS :

- 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 (9510, 9511, 9512 et à partir du 1^{er} mars 9515, 9524) pour l'année n et n-1.

Tableaux 23 : Prélèvements d'organes

Ce tableau présente la répartition des différents type de prélèvement d'organes (PO1, PO2, PO3, PO4 et à partir du 1^{er} mars PO6, PO7, PO8, PO9, PO10) par GHM

Tableaux 24 : Unités médicales, autorisation déclarée et calcul des suppléments
--

Tableau 24A : Unités médicales et autorisations 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 24B : Lits et autorisation déclarés par l'ARH – SI/SC

Ce tableau présente pour les SI et SC, la date d'effet de l'autorisation, la date de fin (s'il y en a une) et le nombre de lits déclarés par l'ARH et indique le nombre de suppléments autorisés.

Tableau 24C : Nombre de suppléments déclarés et valorisés en SI et SC

Ce tableau présente les suppléments déclarés, autorisés (cf tableau 24B) et valorisés en SC et en SI (SI + SI issus de réanimation).

Tableau 24D : Suppléments facturés en SUS – Fichier PIE

Ce tableau présente, par type, le nombre de suppléments contenus dans le fichier PIE (prestation inter-établissement).

Tableau 24E : Nombre de suppléments déclarés et valorisés

Ce tableau présente le nombre de suppléments déclarés ou valorisés en :

- Réanimation
- SI (issus de réa)
- NN1
- NN2

- NN3
- Réanimation pédiatrique
- SI (issus de SI)
- SC (issus de SC)

Pour plus d'informations sur le calcul des suppléments, se reporter au lien suivant : <http://www.atih.sante.fr/?id=0002200057FF>, et au manuel d'utilisation de GENRSA (p.38 et suivantes).

Tableau 25 : Application des tarifs : Case-mix GHM/GHS – Effectifs

Ce tableau présente par GHM les éléments de valorisation des séjours en effectif :

- GHS : Numéro de GHS
- GHM : Libellé de GHM
- Effectif : Nombre de séjours/séances dans le GHM
- Effectif après 1^{er} mars : Nombre de séjours/séances dans le GHM après le 1^{er} mars
- Nombre de journées
- Nombre de séjour extrême bas
- Nombre de séjours avec réhospitalisation dans le même GHM
- Nombre de séjours extrême haut
- Nombre de journées EXH
- Nombre de suppléments de dialyses réalisés en hospitalisation valorisés
- Nombre d'actes de radiothérapie menant dans le GHS 9510 réalisés en hospitalisation
- Nombre d'actes de radiothérapie menant dans le GHS 9511 réalisés en hospitalisation
- Nombre d'actes de radiothérapie menant dans le GHS 9512 réalisés en hospitalisation
- Nombre d'actes de radiothérapie menant dans le GHS 9515 réalisés en hospitalisation (à partir du 1^{er} mars)
- Nombre d'actes de radiothérapie menant dans le GHS 9524 réalisés en hospitalisation (à partir du 1^{er} mars)
- Nombre de suppléments de réanimation
- Nombre de suppléments de réanimation pédiatrique
- Nombre de suppléments de SI (pas valorisés directement)
- Nombre de suppléments de SC (pas valorisés directement)
- Nombre de suppléments NN1
- Nombre de suppléments NN2
- Nombre de suppléments NN3
- Nombre de suppléments de prélèvement d'organes
- Nombre d'actes de caissons hyperbares

Tableau 26 : Application des tarifs : Case-mix GHM/GHS – Valorisation
--

Ce tableau présente par GHM les éléments de valorisation des séjours en euros :

- GHS : Numéro de GHS
- GHM : Libellé de GHM
- Nombre de séjours/séances dans le GHM
- Montant facturé moyen par séjour
- Montant correspondant à l'application du tarif du GHM à l'effectif
- Montant correspondant à ce qui doit être déduit de la valorisation des séjours extrême bas

- Montant correspondant à ce qui doit être déduit de la valorisation des séjours avec réhospitalisation dans le même GHM
- Montant correspondant à la valorisation des journées extrême haut dans le GHM
- Valorisation des actes de radiothérapie réalisés en hospitalisation valorisés en fonction des GHS dans lesquels ils sont classants
- Montant réa: Valorisation des suppléments de réanimation
- Montant réa pédiatrique : Valorisation des suppléments de réanimation pédiatrique
- Montant suppléments dialyse : Valorisation des actes de dialyses réalisés en hospitalisation
- Montant NN1 : Valorisation des suppléments NN1
- Montant NN2 : Valorisation des suppléments NN2
- Montant NN3 : Valorisation des suppléments NN3
- Montant prélèvement organes
- Montant actes caissons hyperbares

Tableau 27 : Récapitulation activité – Effectifs

Ce tableau présente les totaux par établissement du tableau 25 (effectif global et effectif après 1^{er} mars) :

- Nombre séjours/séances
- Nombre de séjours extrême bas
- Nombre de séjours avec réhospitalisation dans le même GHM
- Nombre de séjours extrême haut
- Nombre de journées extrême haut
- Nombre d'actes GHM 9510
- Nombre d'actes GHM 9511
- Nombre d'actes GHM 9512
- Nombre d'actes GHM 9515
- Nombre d'actes GHM 9524
- Nombre de suppléments de réanimation
- Nombre de suppléments de réanimation pédiatrique
- Nombre de suppléments de néonate sans SI (NN1)
- Nombre de suppléments de néonate avec SI (NN2)
- Nombre de suppléments de réanimation néonate (NN3)
- Nombre de prélèvements d'organe
- Nombre d'actes de caissons hyperbares en sus
- Nombre de suppléments dialyse
- Nombre de suppléments de soins intensifs valorisés
- Nombre de suppléments de soins intensifs fichier RSA
- Nombre de suppléments de surveillance continue valorisés
- Nombre de suppléments de surveillance continue fichier RSA

Tableau 28 : Récapitulation activité – Valorisation
--

Tableau 28A : Tableau de synthèse

Ce tableau récapitule (en effectif et valorisation), les séjours supprimés par type d'erreur au cours des tableaux précédents.

Tableau 28B : Récapitulation activité – Valorisation

Ce tableau présente les montants (Montant BR avant 1^{er} mars, montant BR après 1^{er} mars, montant BR total, Montant BR avec coefficient de transition, Montant remboursé AM) issus du tableau 26 correspondant à l'activité de l'établissement :

- Coefficient géographique : indique le facteur par lequel sont multipliés les tarifs correspondant à la situation géographique de l'établissement
- Coefficient de transition
- A Valorisation des GHS
- B Valorisation extrême bas (à déduire)
- C Valorisation des séjours avec réhospitalisation dans le même GHM (à déduire)
- D Valorisation journées extrême haut
- E Valorisation actes GHS 9510 en Hospit.
- F Valorisation actes GHS 9511 en Hospit.
- G Valorisation actes GHS 9512 en Hospit.
- H Valorisation actes GHS 9515 en Hospit.
- I Valorisation actes GHS 9524 en Hospit.
- J Valorisation suppléments de réanimation
- K Valorisation suppléments de réanimation pédiatrique
- L Valorisation suppléments de néonate sans SI (NN1)
- M Valorisation suppléments de néonate avec SI (NN2)
- N Valorisation suppléments de réanimation néonate (NN3)
- O Valorisation prélèvements d'organes
- P Valorisation des actes de caissons hyperbares en sus
- Q Valorisation suppléments de dialyse
- R Valorisation suppléments de soins intensifs validés
- S Valorisation suppléments de surveillance continue validés
- Total valorisation : A-B-C+D+E+F+G+H+I+J+K+L+M+N+O+P+Q+R+S

Calcul du montant remboursé AM :

Pour les GHS :

→ $(mnt\ BR * coef\ transition * tx\ remb) - 18_{(1)} - mnt\ majoration\ parcours\ de\ soin - mnt\ FJ_{(2)}$

(1) : si facturation des 18 euros

(2) : $mnt\ FJ = 16 * (durée\ séjour + 1)$ → appliqué seulement dans les cas où forfait journalier applicable et taux de remboursement = 100% :

Pour les suppléments :

→ $mnt\ BR * coef\ transition * tx\ remb$

Pour les prélèvements d'organe :

→ mnt BR

Tableau 30 : Valorisation des IVG
--

Tableau 30A : Valorisation des codes prestation d'IVG

Ce tableau présente par prestation (AMD, IMD, APD, IPD, AMF, FJS), le nombre d'IVG déclarées avant le 1^{er} mars (valorisation avec les données de FICHSUP), le nombre d'IVG déclarées après le 1^{er} mars (valorisation avec les données du RSA), le nombre d'IVG total, le montant facturé et le montant facturé AM.

Tableau 30B : Evolution activité IVG 2007/2008

Ce tableau présente, par type de prestation, l'évolution de l'activité d'IVG entre 2007 et 2008 (en effectif et en valorisation).

Tableau 30C : Comparaison des IVG déclarées dans FICHSUP et dans le RSA

Ce tableau compare, par type de prestation IVG, les effectifs déclarés dans FICHSUP et ceux calculés dans le RSA :

AMD : GHM 24Z15Z et durée de séjour=0 avec au moins un acte d'anesthésie générale

IMD : GHM 24Z15Z et durée de séjour=0 sans acte d'anesthésie générale

APD : GHM 24Z15Z et durée de séjour=1 avec au moins un acte d'anesthésie générale

Ou (GHM 14Z04Z ou GHM 14C05Z) et durée de séjour=2 et (DP=Z640 ou DA=Z640 ou DR=Z640) et (DP=O049 ou DA=O049 ou DR=O049) avec au moins un acte d'anesthésie générale

IPD : GHM 24Z15Z et durée de séjour=1 sans acte d'anesthésie générale

Ou (GHM 14Z04Z ou GHM 14C05Z) et durée de séjour=2 et (DP=Z640 ou DA=Z640 ou DR=Z640) et (DP=O049 ou DA=O049 ou DR=O049) sans acte d'anesthésie générale

AMF : GHM 24Z15Z et acte JNJP001 (évacuation d'un utérus gravide par moyen médicamenteux au 1^{er} trimestre de grossesse)

FJS : (GHM 14Z04Z ou GHM 14C05Z) et durée de séjour=2 et (DP=Z640 ou DA=Z640 ou DR=Z640) et (DP=O049 ou DA=O049 ou DR=O049)

Tableau 31 : Valorisation des Molécules onéreuses
--

Tableau 31A : Effectif, prix et tarif de responsabilité par UCD - par période

Ce tableau présente, par période et pour chaque UCD, les éléments issus de FICHSUP et FICHCOMP :

- le dernier prix d'achat
- le tarif de responsabilité
- le prix moyen FICHSUP
- le prix moyen FICHCOMP
- le nombre d'UCD FICHSUP
- le nombre d'UCD FICHCOMP
- le nombre d'UCD dispensées au titre des essais thérapeutiques (variable de FICHSUP)

Tableau 31B : Effectifs valorisés

Ce tableau présente pour chaque UCD :

- le nombre d'UCD FICHSUP
- le nombre d'UCD FICHCOMP (1)
- le nombre d'UCD dispensées au titre des essais thérapeutiques FICHSUP (2)
- le nombre d'UCD pris en compte pour la valorisation : (1)-(2)

Dans la dernière colonne, des étoiles indiquent si le nombre déclaré dans FICHCOMP est éloigné du nombre trouvé dans FICHSUP : rapport (nb UCD FICHCOMP/nb UCD FICHSUP) non compris entre 0,8 et 1,2.

Tableau 31C1 : Application du contrat de bon usage

Ce tableau présente par période, le pourcentage de réfaction lié au contrat de bon usage. Par défaut ce pourcentage est de 100%.

Tableau 31C2 : Valorisation des dépenses de molécules onéreuses

Pour plus de précisions sur les modalités de valorisation des molécules onéreuses se reporter à la page suivante : <http://www.atih.sante.fr/?id=0000300008FF>

Le tableau présente par molécule :

- le nombre valorisé : Il correspond au nombre d'UCD pris en compte pour la valorisation (cf. tableau 31 B).
- les dépenses déclarées : Elles correspondent au nombre valorisé multiplié par le prix moyen. On utilise le prix moyen de la période, récupéré dans FICHSUP, correspondant au mois de sortie du patient.
- Les dépenses au tarif de responsabilité pour la molécule : elles correspondent au nombre valorisé multiplié par le tarif de responsabilité de la molécule pour la période donnée.
- les dépenses T2A accordées avant CBU. Elles sont égales :
 - o aux dépenses au TR si les dépenses déclarées sont supérieures ou égales aux dépenses au TR.
 - o aux dépenses déclarées + 50% de l'écart entre les dépenses déclarées et les dépenses au TR si les dépenses déclarées sont inférieures aux dépenses au TR
- Les dépenses T2A accordées : Elles sont égales aux dépenses T2A accordées avant CBU multipliées par le % de réfaction lié au CBU
- l'écart entre les dépenses T2A accordées et les dépenses déclarées

Tableau 31D : Molécules onéreuses non valorisées dans FICHCOMP

Ce tableau présente le nombre de molécules déclarées dans FICHCOMP mais non valorisées car elles ne sont pas présentes dans FICHSUP (pas de prix moyen).

Tableau 31E : Molécules onéreuses non prises en compte

Ce tableau indique, par période, les molécules non valorisées, car n'appartenant pas à la liste (en effectif et montant établissement).

Tableau 32 : Valorisation des Dispositifs Médicaux Implantables
--

Tableau 32A : Effectif, prix et tarif de la LPP par DMI - par période

Ce tableau présente, par période et pour chaque DMI, les éléments issus de FICHSUP et FICHCOMP :

- le tarif de la LPP
- le prix moyen FICHSUP
- le prix moyen FICHCOMP
- le nombre de DMI FICHSUP
- le nombre de DMI FICHCOMP

Tableau 32B : Effectifs valorisés

Ce tableau présente pour chaque DMI :

- le nombre de DMI FICHSUP
- le nombre de DMI FICHCOMP (qui correspond au nombre de DMI valorisés)

Dans la dernière colonne, des étoiles indiquent si le nombre déclaré dans FICHCOMP est éloigné du nombre trouvé dans FICHSUP : rapport (nb DMI FICHCOMP/nb DMI FICHSUP) non compris entre 0,8 et 1,2.

Tableau 32C : Valorisation des dépenses de dispositifs médicaux implantables

Ce tableau présente par DMI :

- le nombre valorisé (cf. tableau 32B)

- les dépenses déclarées : Elles correspondent au nombre valorisé multiplié par le prix moyen. On utilise le prix moyen de la période, récupéré dans FICHSUP, correspondant au mois de sortie du patient.
- Les dépenses au tarif de la LPP pour le DMI considéré : elles correspondent au nombre consommé multiplié par le tarif de la LPP du DMI
- les dépenses accordées. Elles sont égales :
 - o aux dépenses au tarif de la LPP si les dépenses déclarées sont supérieures ou égales aux dépenses au tarif de la LPP.
 - o aux dépenses déclarées + 50% de l'écart entre les dépenses déclarées et les dépenses au tarif de la LPP si les dépenses déclarées sont inférieures aux dépenses au tarif de la LPP
- l'écart entre les dépenses accordées et les dépenses déclarées

Tableau 32D : DMI non valorisées dans FICHCOMP

Ce tableau présente le nombre de DMI déclarés dans FICHCOMP mais non valorisés car ils ne sont pas présents dans FICHSUP (pas de prix moyen).

Tableau 32E : DMI non pris en compte

Ce tableau indique, par période, les DMI non valorisées, car n'appartenant pas à la liste (en effectif et montant établissement).

Tableau 33 : Evolution des montants mensuel par période de transmission par type de prestation

Ce tableau est séparé en 6 types de prestations : les GHS (et suppléments), les dialyses, les prélèvements d'organes, les IVG, les molécules onéreuses et les DMI. Le montant considéré est le montant AM.

TRAITEMENT RAFAEL

Dans les tableaux qui suivent, les éléments issus des RAFAEL sont obtenus de la manière suivante :

- les **effectifs** sont calculés en multipliant la variable quantité par la variable coefficient (variables du RAFAEL)
- le **prix unitaire**, le **montant base de remboursement** et le **montant remboursé hors coefficient de transition** sont des variables issues directement du RAFAEL, sauf pour les ATU, les FFM et les SE où le montant remboursé correspond au montant BR du RAFAEL multiplié par un facteur de conversion de 94%.
- le **montant remboursé AM** correspond au montant remboursé hors coefficient de transition multiplié par le coefficient de transition

Pour les traitements des ATU, des FFM et des alternatives à la dialyse (codes D15 et D16), les données utilisées pour la valorisation sont celles de FICHSUP pour les mois de janvier et février, puis celles du RAFAEL pour le reste de l'année.

Tableaux 40 : Répartition des lettres clé du RAFAEL hors période

Ce tableau présente les lettres clé des RAFAEL B et C hors période (càd renseignés avec une année différente de 2008 et/ou un mois supérieur au mois de transmission) et qui ne seront donc pas valorisées.

Sont présentés :

- l'effectif
- le montant base de remboursement
- le montant remboursé hors coefficient de transition
- le montant remboursé AM

Tableaux 41 : Valorisation des passages aux urgences (ATU)

Tableau 41 A : Valorisation des passages aux urgences

Ce tableau présente par période :

- le prix unitaire
- le nombre de passages facturés
- le montant base de remboursement
- le montant remboursé hors coefficient de transition
- le montant remboursé AM

Tableau 41B : Comparaison FICHSUP/RAFAEL

Ce tableau compare par période les données envoyées par FICHSUP et par les RAFAEL en effectif et montant base de remboursement.

Tableau 41C : Evolution activité 2007/2008

Le 1^{er} tableau (C1) compare les effectifs FICHSUP envoyés en 2007 et 2008 (conservation des informations type d'autorisation et nombre d'autorisations).

Le 2^{ème} tableau (C2) compare les montant base de remboursement entre 2007 et 2008. Pour 2008, les données utilisées sont celles de FICHSUP en janvier, février et celles des RAFAEL pour le reste de l'année.

Tableau 41D : ATU non facturables à l'AM ou en attente de taux (à compter du 1^{er} mars)

Ce tableau présente les ATU non valorisées car non facturables à l'AM ou en attente de taux de prise en charge (variable séjour facturable à l'AM du RAFAEL A codée 0 ou 3).

Tableaux 42 : Valorisation des prestations forfaits petit matériel

Tableau 42A : Valorisation des prestations FFM

Ce tableau présente par période :

- le prix unitaire
- le nombre de FFM facturés
- le montant base de remboursement
- le montant remboursé hors coefficient de transition
- le montant remboursé AM

Tableau 42B : Comparaison FICHSUP/RAFAEL

Ce tableau compare par période les données envoyées par FICHSUP et par les RAFAEL en effectif et montant base de remboursement.

Tableau 42C : Evolution activité 2007/2008

Ce tableau compare les effectifs et les montant BR envoyés en 2007 et 2008. Pour 2008, les données utilisées sont celles de FICHSUP en janvier, février et celles des RAFAEL pour le reste de l'année.

Tableau 42D : FFM non facturables à l'AM ou en attente de taux (à compter du 1^{er} mars)

Ce tableau présente les FFM non valorisées car non facturables à l'AM ou en attente de taux de prise en charge (variable séjour facturable à l'AM du RAFAEL A codée 0 ou 3).

Tableaux 43 : Valorisation des codes de dialyse D15 et D16

Tableau 43 A : Valorisation des prestations D15 et D16

Ce tableau présente par code et par période :

- le prix unitaire
- le nombre facturé
- le montant base de remboursement
- le montant remboursé hors coefficient de transition
- le montant remboursé AM

Tableau 43B : Comparaison FICHSUP/RAFAEL

Ce tableau compare, par code et par période, les données envoyées par FICHSUP et par les RAFAEL en effectif et montant base de remboursement.

Tableau 43C : Evolution activité 2007/2008

Ce tableau compare les effectifs et les montant BR envoyés en 2007 et 2008. Pour 2008, les données utilisées sont celles de FICHSUP en janvier, février et celles des RAFAEL pour le reste de l'année.

Tableau 43D : Codes D15 et D16 non facturables à l'AM ou en attente de taux (à compter du 1^{er} mars)

Ce tableau présente les alternatives à la dialyse non valorisées car non facturables à l'AM ou en attente de taux de prise en charge (variable séjour facturable à l'AM du RAFAEL A codée 0 ou 3).

Tableaux 44 : Valorisation des forfaits techniques

Tableau 44A : Valorisation des codes forfaits techniques

Ce tableau présente par FTN :

- la DMT
- le prix unitaire
- le nombre facturé
- le montant base de remboursement
- le montant remboursé hors coefficient de transition
- le montant remboursé AM

Tableau 44B : Evolution activité 2007/2008

Ce tableau compare les effectifs et les montant BR envoyés en 2007 et 2008.

Tableau 44C : FTN non facturables à l'AM ou en attente de taux (à compter du 1^{er} mars)

Ce tableau présente les FTN non valorisées car non facturables à l'AM ou en attente de taux de prise en charge (variable séjour facturable à l'AM du RAFAEL A codée 0 ou 3).

Tableaux 45 : Valorisation des codes de regroupement CCAM
--

Tableau 45A : Valorisation des codes de regroupement CCAM

Ce tableau présente par code de regroupement CCAM :

- le nombre facturé
- le montant base de remboursement
- le montant remboursé hors coefficient de transition
- le montant remboursé AM

Tableau 45B : Evolution activité 2007/2008

Ce tableau compare les effectifs et les montant BR envoyés en 2007 et 2008.

Tableau 45C : Codes de regroupement CCAM non facturables à l'AM ou en attente de taux (à compter du 1^{er} mars)

Ce tableau présente les codes de regroupement CCAM non valorisées car non facturables à l'AM ou en attente de taux de prise en charge (variable séjour facturable à l'AM du RAFAEL A codée 0 ou 3).

Tableaux 46 : Description des codes CCAM du RAFAEL M

Ces tableaux présentent les codes CCAM présents dans le RAFAEL M, selon qu'ils soient référencés dans la table de référence (**tableau 46A**) ou pas (**tableau 46B**). Ces tableaux n'ont pas d'incidence sur la valorisation.

Tableaux 47 : Valorisation des codes SE
--

Tableau 47A : Analyse des codes SE

Ce tableau présente par code SE :

- le nombre de forfaits SE
- le nombre de forfait SE sans acte CCAM correspondant
- le nombre d'actes CCAM donnant lieu à forfait SE
- le nombre d'actes CCAM sans forfait SE correspondant

Tableau 47B : Valorisation des codes SE

Ce tableau présente par forfait SE :

- le prix unitaire
- le nombre facturé
- le montant base de remboursement
- le montant remboursé hors coefficient de transition
- le montant remboursé AM

Tableau 47C : Evolution activité 2007/2008

Ce tableau compare les effectifs et les montant BR envoyés en 2007 et 2008 (comparaison faite à partir du mois mars).

Tableau 47D : Codes SE non facturables à l'AM ou en attente de taux (à compter du 1^{er} mars)

Ce tableau présente les codes SE non valorisés car non facturables à l'AM ou en attente de taux de prise en charge (variable séjour facturable à l'AM du RAFAEL A codée 0 ou 3).

Tableaux 48 : Valorisation des codes NGAP
--

Tableau 48A : Valorisation des lettres clé du RAFAEL (hors FTN, SE, ATU, FFM, D15, D16, codes de regroupement CCAM)

Ce tableau présente par lettre clé :

- le prix unitaire
- le nombre facturé
- le montant base de remboursement
- le montant remboursé hors coefficient de transition
- le montant remboursé AM

Tableau 48B : Evolution activité 2007/2008

Ce tableau compare les effectifs et les montant BR envoyés en 2007 et 2008.

Tableau 48C : Répartition des lettres clé du RAFAEL non prises en compte

Ce tableau présente les lettres clé du RAFAEL qui ne sont pas valorisées. La liste des lettres clés valorisées se trouvent en annexe 8 de la circulaire du 21 mars 2007 sur la suppression du taux de conversion: <http://www.atih.sante.fr/?id=000220007BFF>. Les codes MCC, MCE, MGE, MNP, MPC, MPJ ne sont plus valorisés depuis le 1^{er} juin 2007 (arrêté du 3 mai 2007).

Tableau 48D : Lettres clés non facturables à l'AM ou en attente de taux (à compter du 1^{er} mars)

Ce tableau présente les lettres clés non valorisées car non facturables à l'AM ou en attente de taux de prise en charge (variable séjour facturable à l'AM du RAFAEL A codée 0 ou 3).

Tableaux 49 : Evolution des montants mensuel par période de transmission par type de prestations

Ce tableau est séparé en 5 types de prestations : les ATU, les FFM, les alternatives à la dialyse (D15 et D16), les SE et les autres actes et consultation externes. Le montant considéré est le montant AM.