

## **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 2010 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 2010.
- aux données de la Base Nationale présentant les durées de séjour de référence publiées avec les tarifs.



## LISTE DES TABLEAUX

<b>TRAITEMENT RSA</b>	<b>4</b>
Tableaux 01 – Contrôle/Cohérence : RSA transmis sur la période	4
Tableaux 02 – Contrôle/Cohérence : Chaînage	5
Tableaux 03 - Contrôle/Cohérence : Répartition des variables supplémentaires fichier ANO	7
Tableaux 04 – Contrôle/Cohérence : Détermination et répartition des taux de remboursement	8
Tableaux 05 – Contrôle/Cohérence : Synthèse de l'analyse des variables supplémentaires fichier ANO	9
Tableau 06 – Activité : Case-mix des séjours non pris en compte	11
Tableaux 07 – Contrôle/Cohérence : Analyse des données déjà envoyées	11
Tableau 08 - Valorisation : Valorisation des séjours supprimés	11
Tableau 09 – Contrôle/Cohérence : Synthèse des erreurs de groupage	11
Tableau 10 – Contrôle/Cohérence : Répartition du mode de sortie	11
Tableau 11 – Contrôle/Cohérence : Répartition du mode d'entrée	12
Tableau 12 – Contrôle/Cohérence : Répartition des différences de groupage	12
Tableau 13 – Contrôle/Cohérence : Répartition de différents types de séjour	12
Tableau 16 – Activité : Casemix G.H.M. – Analyse des racines	13
Tableau 17 – Activité : Casemix G.H.M. – séances (CM28)	13
Tableau 18 – Activité : Casemix G.H.M. – hors séances	13
Tableau 19 – Contrôle/Cohérence : Effet de la DMS sur le nombre de journées produit par l'établissement	13
Tableau 20 – Contrôle/Cohérence : Analyse des GHM ayant les écarts de DMS les plus forts avec la Base Nationale	14
Tableau 21 - Activité : Analyse mère - enfant	14
Tableau 22 - Activité : Analyse des GHM dédoublés	15
Tableaux 23 – Activité : Analyse de la chirurgie ambulatoire et des GHM en J	15
Tableaux 24 – Contrôle/Cohérence : Répartition des codes géographiques	15
Tableau 25 – Activité : Séances et actes de dialyse en hospitalisation	15
Tableau 26 – Activité : Actes de radiothérapie en hospitalisation	16
Tableaux 27 – Activité : Prélèvements d'organes	16
Tableaux 28 - Activité : Unités médicales, autorisation déclarée et calcul des suppléments	17
Tableaux 29 - Valorisation : Application des tarifs : Case-mix GHM/GHS – Effectifs	17
Tableaux 30 - Valorisation : Application des tarifs : Case-mix GHM/GHS – Valorisation	18
Tableau 31 - Valorisation : Récapitulation activité – Effectifs	18
Tableaux 32 - Valorisation : Récapitulation activité – Valorisation	19
Tableaux 33 - Valorisation : Valorisation des IVG	20
Tableaux 35 : Valorisation des Molécules onéreuses	21
Tableaux 36 : Valorisation des Dispositifs Médicaux Implantables	22
Tableau 37 : Analyse des DMI : Stents	23
Tableau 38 : Analyse des DMI : Prothèses de hanche	23
Tableau 39 : Analyse des DMI : Stimulateurs et défibrillateurs cardiaques	23
Tableau 40 - Valorisation : Evolution des montants mensuel par période de transmission par type de prestation	24



<b>TRAITEMENT RAFAEL</b>	25
Tableaux 50 : Contrôles sur les RAFAEL	25
Tableaux 51 : Valorisation des passages aux urgences (ATU)	26
Tableaux 52 : Valorisation des prestations forfaits petit matériel	27
Tableaux 53 : Valorisation des codes de dialyse D12, D13, D14, D15, D16, D20, D21, D22, D23	27
Tableaux 54 : Valorisation des forfaits techniques	27
Tableaux 55 : Valorisation des codes de regroupement CCAM	28
Tableaux 56 : Description des codes CCAM du RAFAEL M	28
Tableaux 57 : Valorisation des codes SE	28
Tableaux 58 : Valorisation des codes NGAP	28
Tableaux 59 : Valorisation des DM en externe	29
Tableaux 60 : Evolution des montants mensuel par période de transmission par type de prestations	30



## TRAITEMENT RSA

### Tableaux 01 – Contrôle/Cohérence : 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 33.**
- 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 égale 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, 01M21T, 01M22T, 01M28T, 02M04T, 02M05T, 02M07T, 02M08T, 03M02T, 03M07T, 03M10T, 03M11T, 04M08T, 04M13T, 04M14T, 04M17T, 04M19T, 04M20T, 04M23T, 04M26T, 05M06T, 05M10T, 05M16T, 05M23T, 06M07T, 06M17T, 07M04T, 07M08T, 07M09T, 07M14T, 08M09T, 08M10T, 08M14T, 08M15T, 08M33T, 08M34T, 08M36T, 09M02T, 09M03T, 09M06T, 09M07T, 09M10T, 09M11T, 09M14T, 10M09T, 10M11T, 10M14T, 11M03T, 11M04T, 11M08T, 11M10T, 11M15T, 11M16T, 11M19T, 12M05T, 12M07T, 14M02T, 14Z04T, 16M09T, 16M13T, 16M15T, 17M08T, 17M09T, 17M11T, 17M12T, 17M13T, 18M10T, 19M12T, 19M19T, 21M15T, 23M02T, 23M10T, 23M11T, 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 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, aux prestations inter-établissements et aux séjours en GHS 9999. **Les séjours d'IVG sont traités et valorisés dans les tableaux 30.**



<b>Tableaux 02 – Contrôle/Cohérence : Chaînage</b>
--

**Le Tableau 02 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 B (Chaînage Combinaison des types d'erreur - Nbre de séjours sans erreur)**

La série des tableaux présentés sous le nom de tableau 02 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 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).

<b>Tableaux 03 - Contrôle/Cohérence : Répartition des variables supplémentaires fichier ANO</b>
---

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 03 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 03 B : Répartition des codes justification du ticket modérateur**

**Tableau 03 C : Répartition nature d'assurance**

**Tableau 03 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 03 E : Analyse du taux de remboursement VIDHOSP en fonction de la variable Séjour facturable à l'AM**

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

**Tableau 03 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 03 G : Répartition facturation des 18 euros**

**Tableau 03 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 03 I : Répartition Code grand régime**

**Tableau 03 J : Répartition type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire**

**Tableau 03 K : Répartition motif de non facturation à l'AM**

**Tableau 03 L : Répartition Patient bénéficiaire de la CMU (à partir de Mars)**



<b>Tableaux 04 – Contrôle/Cohérence : Détermination et répartition des taux de remboursement</b>
--

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 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 23K02Z ou GHM 14Z08Z), 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	<b>100</b>
1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, C	13	<b>100</b>
1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, C	30, 41, 90	<b>100</b>

- Pour les séjours en attente de décision sur le taux de prise en charge du patient, 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 nouveau-nés d'une durée inférieure ou égale à 30 jours 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).  
Pour les séjours avec PO, si le séjour est codé non facturable à l'AM et/ou que le patient est arrivé décédé (variable hospitalisation pour prélèvement d'organes du fichier VIDHOSP=1, variable prise en compte seulement à partir de mars), le séjour ne sera pas valorisé, seuls les PO le seront.
- 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 04 A : Analyse des taux de remboursement**

Ce tableau ne présente que les séjours valorisés (**cf. tableau 05 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 04 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 04 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 durée ≤ à 30 jours, rdth et PO), ainsi que les séjours en attente de taux.

### **Tableaux 05 – Contrôle/Cohérence : Synthèse de l'analyse des variables supplémentaires fichier ANO**

#### **Tableau 05 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 nouveau-nés d'une durée ≤ à 30 jours, radiothérapie et prélèvement d'organes).
- 2 Nombre de séjour avec problème de codage des variables bloquantes :



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 : *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*

- 3 Nombre de séjours en attente de décision sur les droits du patient : correspond au cas où la variable « Séjour facturables à l'AM » du fichier VIDHOSP est codé à 3.
- 4 Nombre de séjours non facturables à l'AM hors PO : correspond au cas où la variable « Séjour facturables à l'AM » du fichier VIDHOSP est codé à 0 hors séjour avec prélèvement d'organes.
- 5 Nb de séjours avec PO sur patient arrivé décédé (à partir de mars) ou avec PO non facturables à l'AM : correspond pour les séjours avec prélèvement d'organes à la variable « Séjour facturables à l'AM » du fichier VIDHOSP codé à 0 et/ou à la variable « Hospitalisation pour prélèvement d'organes » du fichier VIDHOSP codée à 1.
- Nombre de séjours valorisés : On enlève aux séjours traités les différents types d'anomalies recensés plus haut (1, 2, 3,4,5).

#### **Tableau 05 B : Analyse de la qualité des informations**

Ce tableau décrit les différentes anomalies **non bloquantes** rencontrées dans les séjours valorisés.

- Nombre de séjours valorisés : Ce sont les séjours obtenus en dernière ligne du tableau 05 A.
- Nombre de séjours non contrôlés dans ce tableau : Correspond aux séjours de nouveau-nés d'une durée  $\leq 30$  jours, de radiothérapie et de prélèvement d'organes, aux séjours en attente de taux de prise en charge, ainsi qu'aux séjours où le taux utilisé pour la valorisation est celui calculé et non le taux rempli dans VIDHSOP. Leur taux de remboursement étant forcé (100% pour les NN avec durée de séjour  $\leq 30$  jrs, rdth et PO, et 80% pour les séjours en attente de taux), les contrôles suivants ne sont pas pertinents.
- 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\*16)
  - ou (durée de séjour\*18)
  - ou (durée de séjour+1)\*16
  - ou (durée de séjour+1)\*18
- 7 Nombre de séjours où montant BR différent de montant AM + montant TM



- 8 Nombre de séjours où exonération du ticket modérateur = 2, nature assurance=10 et taux de remboursement = 100%. Pour ces séjours le taux de remboursement devrait être de 80%.
- 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, 8)

<b>Tableau 06 – Activité : Case-mix des séjours non pris en compte</b>
--

Ce tableau présente le case-mix GHM des séjours (ou des séances) non pris en compte dans l'activité, identifiés dans le tableau 05 A.

<b>Tableaux 07 – Contrôle/Cohérence : Analyse des données déjà envoyées</b>
---

**Tableau 07 A (Comparaison case-mix pour les séjours pris en compte dans l'activité)**

Le tableau 07 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 07 B (Couples de GHM différents pour les séjours pris en compte dans l'activité)**

Le tableau 07 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.

<b>Tableau 08 - Valorisation : Valorisation des séjours supprimés</b>
---

Ce tableau présente la valorisation des séjours supprimés dans le tableau 01 A d'une part, et dans le tableau 05 A d'autre part (effectif + montant base de remboursement).

<b>Tableau 09 – Contrôle/Cohérence : Synthèse des erreurs de groupage</b>
---

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. Sont présentés ici les codes erreur de tous les séjours (séjours valorisés et non valorisés).

<b>Tableau 10 – Contrôle/Cohérence : Répartition du mode de sortie</b>
--

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 :  $[(\% \text{ année } n) - (\% \text{ n-1})] * 100 / (\% \text{ n-1})$

<b>Tableau 11 – Contrôle/Cohérence : Répartition du mode d'entrée</b>
---

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 :  $[(\% \text{ année } n) - (\% \text{ n-1})] * 100 / (\% \text{ n-1})$

<b>Tableau 12 – Contrôle/Cohérence : Répartition des différences de groupage</b>
--

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.

<b>Tableau 13 – Contrôle/Cohérence : Répartition de différents types de séjour</b>
--

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, au nombre de venues ou au nombre de séances
- 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 :  $[(\text{effectif année } n) - (\text{effectif } n-1)] * 100 / (\text{effectif } n-1)$



<b>Tableau 16 – Activité : Casemix G.H.M. – Analyse des racines</b>
---

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

<b>Tableau 17 – Activité : Casemix G.H.M. – séances (CM28)</b>
--

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

<b>Tableau 18 – Activité : Casemix G.H.M. – hors séances</b>
--

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

<b>Tableau 19 – Contrôle/Cohérence : Effet de la DMS sur le nombre de journées produit par l'établissement</b>
--

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.



<b>Tableau 20 – Contrôle/Cohérence : Analyse des GHM ayant les écarts de DMS les plus forts avec la Base Nationale</b>
--

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

<b>Tableau 21 - Activité : Analyse mère - enfant</b>
--

Ces tableaux sont présentés à partir de Mars. Ils peuvent être réalisés uniquement si l'établissement a correctement renseigné les variables de VIDHOSP pour les nouveaux-nés : [Séjour auprès de la mère] et [Numéro Administratif de la mère].

Le **tableau 21A** indique :

- Le nombre total de séjours où le chaînage mère – enfant a pu se faire (1) : c'est-à-dire ceux pour lesquels le numéro administratif de la mère a bien été indiqué sur l'enregistrement du NN et que ce numéro a bien été retrouvé.
- Dont les séjours où le chaînage a pu se faire, mais qui ne sont pas valorisés (cf tableau 01A et 05A) (2)
- Dont les séjours d'accouchement sans diagnostic Z370, Z372, Z373, Z375, Z376 (3).
- Les séjours traités dans le tableau 21 B : (1)-(2)-(3) Les séjours sans diagnostic d'accouchement (Z370, Z372, Z373, Z375, Z376) ne sont pas pris en compte dans le tableau qui suit car sans ces diagnostics, il n'est pas possible de séparer les naissances uniques ou multiples.

Le **tableau 21B** présente, selon la variable « hospitalisation auprès de la mère » du fichier VIDHOSP et le type de naissance (unique ou multiple) :

- Le GHM de la mère
- Le GHM du nouveau-né
- Le nombre de séjours

Le pourcentage indiqué sous le tableau : « % de séjours NN avec chaînage mère-enfant » prend en compte tous les nouveau-nés en CMD 15 (y compris ceux transférés dans l'établissement qui ne peuvent donc pas être chaînés avec leur mère).



<b>Tableau 22 - Activité : Analyse des GHM dédoublés</b>
--

Ce tableau, séparé par racine, présente les GHM pouvant donner lieu à la production de plusieurs GHS. Il indique le GHM, le GHS, le nombre de séjours/séances et le % correspondant. Le GHS majoré est indiqué par \*\*\*.

<b>Tableaux 23 – Activité : Analyse de la chirurgie ambulatoire et des GHM en J</b>
---

Le **tableau 23A, Analyse des couples de GHM ambulatoires**, 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.

Le **tableau 23B, Analyse des séjours de chirurgie ambulatoire non J**, présente par GHM, pour les séjours chirurgicaux de niveau 1 avec mode de sortie domicile, 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. Ne sont affichés que les GHM avec au moins un séjour d'une durée de 0 jour.

<b>Tableaux 24 – Contrôle/Cohérence : Répartition des codes géographiques</b>
---

**Tableau 24A : 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 24B : Répartition des codes géographiques erronés ou manquants**

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

<b>Tableau 25 – Activité : Séances et actes de dialyse en hospitalisation</b>
---

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

- **Nombre Séances : nombre total de séances**
  - 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**
  - o Nombre de suppléments d'hémodialyse
  - o Nombre de suppléments d'entraînement à la DP automatisée
  - o Nombre de suppléments d'entraînement à la DP continue ambulatoire
  - o Nombre de suppléments d'entraînement à l'hémodialyse
  - o Nombre de suppléments D15 (issu du fichier FICHCOMP de dialyse, uniquement avant le 1<sup>er</sup> mars)
  - o Nombre de suppléments D16 (issu du fichier FICHCOMP de dialyse, uniquement avant le 1<sup>er</sup> mars)
  - o Nombre de suppléments DIP (issu du fichier FICHCOMP de dialyse, uniquement à partir du 1<sup>er</sup> mars)

<b>Tableau 26 – Activité : Actes de radiothérapie en hospitalisation</b>
--

Le **tableau 26A, Séances et Actes de radiothérapie**, présente la répartition du nombre d'actes de radiothérapie (9610, 9611 9612, 9619, 9620, 9621, 9622, 9624, 9625, 9631, 9632, 9633) en :

- Séances de radiothérapie
- Actes de radiothérapie payés en sus CM28
- Actes de radiothérapie payés en sus GHM niveau J/T
- Actes de radiothérapie payés en sus GHM d'irradiation (17K04)
- Actes de radiothérapie payés en sus autre GHM

Le **tableau 26B, Actes de radiothérapie en hospitalisation**, présente la répartition des actes de radiothérapie en hospitalisation (en effectif et en montant).

<b>Tableaux 27 – Activité : Prélèvements d'organes</b>
--

le tableau 27A présente la répartition des différents types de prélèvement d'organes (PO1, PO2, PO3, PO4, PO5, PO6, PO7, PO8, PO9) par GHM, la dernière ligne présentant les PO des séjours non valorisés (car séjours non facturables à l'AM et/ou patient arrivé décédé).

**Le tableau 27B Prélèvements d'organes des séjours non valorisés par l'AM** présente par type de prélèvement d'organe :

- Le nombre de séjours non facturables à l'AM
- Le nombre de séjours non facturables à l'AM à partir de mars
- Le nombre de séjours avec patient arrivé décédé : Cette nouvelle variable du fichier VIDHOSP (« Hospitalisation pour prélèvement d'organes ») est renseignée à partir de mars (si elle est renseignée avant mars, elle ne sera pas prise en compte dans les traitements). En principe le nombre de séjours dans cette colonne doit être inférieur ou égal à celui de la colonne précédente, puisque ces séjours doivent être codés comme non facturables à l'AM.



<b>Tableaux 28 - Activité : Unités médicales, autorisation déclarée et calcul des suppléments</b>
---

**Tableau 28A : 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 28B : Nombre et type de suppléments par unité médicale**

Ce tableau présente, pour les unités médicales donnant lieu à des suppléments (REA, REP, SI, SC, NN1, NN2, NN3), la nature et le nombre de ces suppléments. S'il y a eu passage dans l'unité médicale, sans que les conditions nécessaires pour la production d'un supplément ne soient remplies, on indique « sans supplément » dans la colonne nature du supplément, ainsi que le nombre de journées concernées.

**Tableau 28C : 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 28D : Nombre de suppléments déclarés et valorisés en SI et SC**

Ce tableau présente les suppléments déclarés, autorisés (cf tableau 28B) et valorisés en SC et en SI (SI + SI issus de réanimation).

**Tableau 28E : Suppléments facturés en SUS – Fichier PIE**

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

**Tableau 28F : 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)

<b>Tableaux 29 - Valorisation : Application des tarifs : Case-mix GHM/GHS – Effectifs</b>
---

Le **tableau 29A** 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
- 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
- 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

Le **tableau 29B** présente les mêmes éléments par racine GHM et le **tableau 29C** par niveau.

<b>Tableaux 30 - Valorisation : Application des tarifs : Case-mix GHM/GHS – Valorisation</b>
--

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
- Montant actes aphérèses sanguines

Le **tableau 30B** présente les mêmes éléments par racine GHM et le **tableau 30C** par niveau.

<b>Tableau 31 - Valorisation : Récapitulation activité – Effectifs</b>
--

Ce tableau présente les totaux par établissement du tableau 30 :

- 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 9610
- Nombre d'actes GHM 9611
- Nombre d'actes GHM 9612
- Nombre d'actes GHM 9619
- Nombre d'actes GHM 9620
- Nombre d'actes GHM 9621
- Nombre d'actes GHM 9622
- Nombre d'actes GHM 9615
- Nombre d'actes GHM 6523
- 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

<b>Tableaux 32 - Valorisation : Récapitulation activité – Valorisation</b>
--

**Tableau 32A : Tableau de synthèse**

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

**Tableau 32B : Tableau de synthèse par type de séjour**

Ce tableau indique l'effectif et la valorisation des séances, des séjours en hospitalisation complète et des séjours de 0 jour.

**Tableau 32C : Récapitulation activité – Valorisation**

Ce tableau présente les montants (Montant BR total, Montant BR avec coefficient de transition, Montant remboursé AM) issus du tableau 30 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 9610 en Hospit.
- F Valorisation actes GHS 9611 en Hospit.
- G Valorisation actes GHS 9612 en Hospit.
- H Valorisation actes GHS 9619 en Hospit.
- I Valorisation actes GHS 9620 en Hospit.



- J Valorisation actes GHS 9621 en Hospit.
- K Valorisation actes GHS 9622 en Hospit.
- L Valorisation actes GHS 9615 en Hospit.
- M Valorisation actes GHS 6523 en Hospit.
- N Valorisation suppléments de réanimation
- O Valorisation suppléments de réanimation pédiatrique
- P Valorisation suppléments de néonate sans SI (NN1)
- Q Valorisation suppléments de néonate avec SI (NN2)
- R Valorisation suppléments de réanimation néonate (NN3)
- S Valorisation prélèvements d'organes
- T Valorisation des actes de caissons hyperbares en sus
- U Valorisation suppléments de dialyse
- V Valorisation suppléments de soins intensifs validés
- W 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 + T + U + V + W

#### Calcul du montant remboursé AM :

##### **Pour les GHS :**

##### Cas général :

$$\rightarrow (\text{mnt BR} * \text{coef transition} * \text{tx remb}) - 18_{(1)} - \text{mnt FJ}_{(2)}$$

##### Pour les séjours valorisés à 80% où (durée de séjour \* 18) > (0,20 \* mnt BR) :

$$\rightarrow (\text{mnt BR} * \text{coef transition}) - 18_{(1)} - \text{mnt FJ}_{(3)}$$

(1) : si facturation des 18 euros

(2) :  $\text{mnt FJ} = 18 * (\text{durée séjour} + 1)$  (si décès  $\text{mnt FJ} = 18 * \text{durée séjour}$ )  $\rightarrow$  appliqué seulement dans les cas où forfait journalier applicable et taux de remboursement = 100% :

(3) :  $\text{mnt FJ} = 18 * (\text{durée séjour} + 1)$  (si décès  $\text{mnt FJ} = 18 * \text{durée séjour}$ )  $\rightarrow$  appliqué seulement dans les cas où forfait journalier applicable, taux de remboursement = 80% et (durée de séjour \* 18) > (0,20 \* mnt BR)

##### **Pour les suppléments :**

$$\rightarrow \text{mnt BR} * \text{coef transition} * \text{tx remb}$$

##### **Pour les prélèvements d'organe :**

$$\rightarrow \text{mnt BR}$$

<b>Tableaux 33 - Valorisation : Valorisation des IVG</b>
--

#### **Tableau 33A : Valorisation des codes prestation d'IVG**

Ce tableau présente par prestation (AMD, IMD, APD, IPD, AMF, FJS), le nombre d'IVG valorisé (valorisation au taux de remboursement du fichier ANO), le montant facturé et le montant facturé AM.

#### **Calcul des prestations IVG du RSA :**

**AMD** : GHM 14Z08Z et durée de séjour=0 avec au moins un acte d'anesthésie générale

**IMD** : GHM 14Z08Z et durée de séjour=0 sans acte d'anesthésie générale

**APD** : GHM 14Z08Z et durée de séjour=1 avec au moins un acte d'anesthésie générale

Ou GHM 14Z08Z et durée de séjour=2 avec au moins un acte d'anesthésie générale

**IPD** : GHM 14Z08Z et durée de séjour=1 sans acte d'anesthésie générale



Ou GHM 14Z08Z et durée de séjour=2 sans acte d'anesthésie générale  
**AMF** : GHM 14Z08Z et acte JNJP001 (évacuation d'un utérus gravide par moyen  
médicamenteux au 1<sup>er</sup> trimestre de grossesse)  
**FJS** : GHM 14Z08Z et durée de séjour=2

#### **Tableau 33B : Nombre de séjours d'IVG valorisés**

Ce tableau est identique au tableau 05 A et présente les séjours d'IVG qui ne sont pas valorisés.

#### **Tableau 33C : Codes prestation d'IVG non valorisés – à partir du 1<sup>er</sup> mars**

Ce tableau indique les prestations IVG qui ont été supprimées dans le tableau 33B

<b>Tableaux 35 : Valorisation des Molécules onéreuses</b>
---

#### **Tableau 35A : Molécules onéreuses valorisées**

Ce tableau présente pour chaque UCD :

- (1) Le nombre d'UCD transmis
- (2) Le nombre d'UCD non valorisées : correspond aux UCD des séjours supprimées dans le tableau 05 A
- (3) Le nombre d'UCD en essai thérapeutique : correspond aux UCD dont le montant FICHCOMP est à 0
- Le nombre d'UCD valorisées (1-2-3)

#### **Tableau 35B : Valorisation des dépenses de molécules onéreuses**

Le tableau présente par molécule :

- le nombre valorisé : Il correspond au nombre d'UCD pris en compte pour la valorisation (cf. tableau 35 A).
- les dépenses déclarées : Elles correspondent aux montants indiqués dans FICHCOMP
- 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. 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
- l'écart entre les dépenses T2A accordées et les dépenses déclarées

#### **Tableau 35C : Molécules onéreuses non prises en compte**

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

#### **Tableau 35D : UCD avec un prix incohérent par rapport au tarif de responsabilité**

Ce contrôle est non bloquant et présente les UCD dont le prix unitaire est 10 fois supérieur ou 10 fois inférieur au tarif de responsabilité.

#### **Tableau 35E : Codes diagnostic par groupe d'UCD**

Ce tableau 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'.

<b>Tableaux 36 : Valorisation des Dispositifs Médicaux Implantables</b>
---

**Tableau 36A : DMI valorisés**

Ce tableau présente pour chaque DMI :

- (1) Le nombre de DMI transmis
- (2) Le nombre de DMI non valorisés : correspond aux DMI des séjours supprimés dans le tableau 05 A
- Le nombre de DMI valorisés (1-2)

**Tableau 36B : Valorisation des dépenses de dispositifs médicaux implantables**

Ce tableau présente par DMI :

- le nombre valorisé (cf. tableau 36A)
- les dépenses déclarées : Elles correspondent aux montants indiqués dans FICHCOMP
- 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 36C : DMI non pris en compte**

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

**Tableau 36D : DMI avec un prix incohérent par rapport au tarif de responsabilité**

Ce contrôle est non bloquant et présente les DMI dont le prix unitaire est 10 fois supérieur ou 10 fois inférieur au tarif de la LPP.

Trois nouveaux tableaux sur les DMI sont créés à partir de 2010 (tableaux 37, 38 et 39).

Ils présentent par racine pour les DMI concernés (DM de stents ou DM de prothèses de hanche ou DM de stimulateurs et défibrillateurs cardiaque) :

- le nombre de séjours total dans la racine
- le nombre de séjours avec DMI
- le % séjours avec DMI
- le montant FICHCOMP

Chacun de ces tableaux est divisé en quatre sous tableaux selon la racine :

- **Racines avec DM attendu (1)** : Dans ces racines, les DMI devraient être posés systématiquement. Leur absence signifie que le DM n'a pas été saisi dans FICHCOMP mais que le RSA a bien été codé.
- **Racines avec DM possible sous réserve de la présence de l'acte de pose (non vérifiable sur la racine) (2)** : Ces racines pourraient comporter l'acte de pose. Les



séjours concernés ont pu être groupés dans ces racines car elles interviennent avant dans la hiérarchie de groupage à cause de la présence d'un acte plus lourd.

- **Racines avec DM possible si oubli de l'acte de pose (n'aurait pas dû être groupé dans cette racine) (3) :** Ici l'acte de pose n'a pas été saisi dans le RSA.
- **Racines avec DM improbable (4) :** Ces racines ne devraient pas être concernées par un DMI.

**Tableau 37 : Analyse des DMI : Stents**

- Liste des racines du (1) : 05K05, 05K06
- Liste des racines du (2) : 05C02, 05C03, 05C04, 05C05, 05C06, 05C07, 05C08, 05C09, 05C10, 05C11, 05C12, 05C13, 05C14, 05C15, 05C17, 05C18, 05C19, 05C20, 05C21, 05C22, 05K11, 05K14, 05K19, 05K20
- Liste des racines du (3) : 05K10, 05K12, 05K13, 05K15, 05K17, 05K18, 05M04, 05M05, 05M06, 05M07, 05M08, 05M09, 05M10, 05M11, 05M12, 05M13, 05M14, 05M15, 05M16, 05M17, 05M18, 05M19, 05M20, 05M21, 05M22, 05M23
- Liste des racines du (4) : Toutes les autres racines

**Tableau 38 : Analyse des DMI : Prothèses de hanche**

- Liste des racines du (1) : 08C22, 08C47, 08C48
- Pour les 3 listes qui suivent, on ne prend plus en compte que les DM spécifiques aux prothèses de hanche. Les DM « accessoires pour implant articulaire » : 3163659, 3112917, 3133262, 3181203, qui peuvent servir pour d'autres types de prothèses (épaule, genoux) ne sont utilisés que dans la première liste.
- Liste des racines du (2) : 08C56, 08C02
  - Liste des racines du (3) : 08C04, 08C06, 08C12, 08C13, 08C14, 08C20, 08C21, 08C24, 08C25, 08C27, 08C28, 08C29, 08C31, 08C32, 08C33, 08C34, 08C35, 08C36, 08C37, 08C38, 08C39, 08C40, 08C41, 08C42, 08C43, 08C44, 08C45, 08C46, 08C49, 08C50, 08C51, 08C52, 08C53, 08C54, 08C55, 08K02, 08K03, 08K04, 08M04, 08M05, 08M06, 08M07, 08M08, 08M09, 08M10, 08M14, 08M15, 08M18, 08M19, 08M20, 08M21, 08M22, 08M23, 08M24, 08M25, 08M26, 08M27, 08M28, 08M29, 08M30, 08M31, 08M32, 08M33, 08M34, 08M35, 08M36, 08M37, 08M38
  - Liste des racines du (4) : Toutes les autres racines

**Tableau 39 : Analyse des DMI : Stimulateurs et défibrillateurs cardiaques**

- Liste des racines du (1) : 05C14, 05C15, 05C19, 05C22.
- Seuls les DM de stimulateurs cardiaques sont analysés pour les racines 05C14, 05C15 car elles sont spécifiques aux stimulateurs cardiaques. De la même façon, seuls les DM de défibrillateurs cardiaques sont analysés pour la racine 05C19 car elle est spécifique aux défibrillateurs cardiaques.
- Liste des racines du (2) : 05C02, 05C03, 05C04, 05C05, 05C06, 05C07, 05C08, 05C09, 05C10, 05C11, 05C12, 05C13, 05C20
  - Liste des racines du (3) : 05C17, 05C18, 05C21, 05K05, 05K06, 05K10, 05K11, 05K12, 05K13, 05K14, 05K15, 05K17, 05K18, 05K19, 05K20, 05M04, 05M05, 05M06, 05M07,



05M08, 05M09, 05M10, 05M11, 05M12, 05M13, 05M14, 05M15, 05M16, 05M17, 05M18, 05M19, 05M20, 05M21, 05M22, 05M23

- Liste des racines du (4) : Toutes les autres racines

<b>Tableau 40 - Valorisation : Evolution des montants mensuel par période de transmission par type de prestation</b>
--

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

### Tableaux 50 : Contrôles sur les RAFAEL

#### Tableau 50A : 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 2011 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

La CNAM-TS a publié à l'adresse ci-dessous

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/normeb2-annexe27-t2a-publique-06-2008.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/normeb2-annexe27-t2a-publique-06-2008.pdf) une annexe 27 de la norme B2 relative aux modalités de facturation des établissements publics et privés ex-DG pour l'activité externe. Afin de prendre en compte ces modalités qui devront être implémentées en cas de facturation directe, nous avons introduit deux tableaux de contrôle dans les traitements RAFAEL.

La principale recommandation est d'indiquer dans le prix unitaire la valeur officielle du prix unitaire, sans application d'aucun coefficient, et d'appliquer les coefficients (géographique et de transition) dans le calcul de la base de remboursement.

Pour plus d'informations, se reporter à la page suivante :

<http://www.atih.sante.fr/?id=000030000FFF>

#### Tableau 50B : Prix unitaire incorrect – Lignes de RAFAEL non valorisées

Ce contrôle est réalisé pour les prestations suivantes : ATU, FFM, SE1, SE2, SE3, SE4, D12, D13, D14, D15, D16, D20, D21, D22, D23 et APE (à partir de mars).

Le prix unitaire indiqué dans le RAFAEL doit être égal au tarif du bulletin officiel ou au tarif du BO multiplié par le coefficient géographique. Dans le cas contraire, les lignes de RAFAEL sont supprimées.

#### Tableau 50C : Contrôles sur les montants – Contrôle non bloquants

Ces contrôles tiennent compte de ce qui est écrit dans l'annexe 27 de la norme B2 relative aux modalités de facturation des établissements publics et privés ex DG. Il s'agit d'un contrôle informatif permettant à l'établissement de savoir où il se situe par rapport à l'objectif fixé par l'annexe 27 correspondant à la possibilité de passer en facturation directe.

##### Contrôle du taux de remboursement :

Les taux de remboursement acceptés sont 20%, 30%, 35%, 40%, 45%, 50%, 60%, 65%, 70%, 75%, 80%, 85%, 90%, 100%. Dans le cas contraire, on applique un taux par défaut de 70%.

##### Contrôle des montants :

- Pour les ATU, FFM et SE et alternative à la dialyse en centre :

Mnt BR= PU\*quantité\*coefficient\*coefficient géographique\*coefficient de transition

Mnt Remb= Mnt BR\*taux de remboursement (Ce taux de remboursement est de 100% pour la dialyse, celui applicable sur les ATU, FFM et SE dépend d'une décision UNCAM non encore réalisée- en attendant application de 94 %)

- Pour les APE :



$\text{Mnt BR} = \text{PU} * \text{quantité} * \text{coefficient} * \text{coefficient géographique}$

$\text{Mnt Remb} = \text{Mnt BR} * \text{taux de remboursement}$  (Le taux de remboursement est de 94 % pour les APE)

- Pour les actes et consultations externes autres que ceux correspondants à des codes avec majoration de nuit ou férié (càd se terminant par N ou F) ou à des codes de regroupement CCAM :

$\text{Mnt BR} = \text{PU} * \text{quantité} * \text{coefficient} * \text{coefficient de transition}$

$\text{Mnt Remb} = \text{Mnt BR} * \text{taux de remboursement}$

- Pour les actes et consultations externes correspondants à des codes avec majoration de nuit ou férié (càd se terminant par N ou F) et pour les codes de regroupement CCAM (ACO, ADA, ADC, ADE, ADI, ATM) : Seul le montant remboursé est contrôlé :

$\text{Mnt Remb} = \text{Mnt BR} * \text{taux de remboursement}$

Jusqu'au 15 mai 2009, MAT2A considérait que l'annexe 27 était appliquée par les établissements, n'ayant aucun moyen, ni de contrôler le PU de ces actes et prestations, ni le montant base de remboursement. Les actes CCAM et les majorations nuit et férié étaient donc valorisés sur la base des montants transmis sans application du coefficient de transition. Certains établissements nous ayant fait remarquer que l'application de l'annexe 27 posait un problème (décalage entre le montant facturé à l'assurance maladie et le calcul du TM), nous avons modifié le programme pour appliquer le coefficient de transition sur les montants déclarés si celui-ci n'était pas appliqué sur les actes NGAP. Donc, MAT2A calcule la proportion de lignes de prestations NGAP pour laquelle le montant base de remboursement intègre le coefficient de transition ; si cette proportion est inférieure à 0,1% le coefficient de transition est appliqué sur ces actes et prestations.

**Ces contrôles sont non bloquants**, càd que les lignes concernées ne sont pas supprimées et que les montants (montant base de remboursement et montant remboursé AM) sont recalculés avec les formules ci-dessus.

#### **Tableau 50D : Contrôles sur les DM en externe – Contrôle non bloquants**

Ce tableau indique si un APE a été facturé sans code de prothèses (PME ou PII) sur la facture, ou si des codes de prothèses ont été facturés sans APE. Ces contrôles sont non bloquants, ils indiquent juste une situation qui ne devrait pas exister.

<b>Tableaux 51 : Valorisation des passages aux urgences (ATU)</b>
---

#### **Tableau 51 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 AM

#### **Tableau 51B : ATU non facturables à l'AM ou en attente de droits**

Ce tableau présente les ATU non valorisées car non facturables à l'AM ou en attente décision sur les droits du patient (variable séjour facturable à l'AM du RAFAEL A codée 0 ou 3).



<b>Tableaux 52 : Valorisation des prestations forfaits petit matériel</b>
---

**Tableau 52A : 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 AM

**Tableau 52B : FFM non facturables à l'AM ou en attente de droits**

Ce tableau présente les FFM non valorisées car non facturables à l'AM ou en attente décision sur les droits du patient (variable séjour facturable à l'AM du RAFAEL A codée 0 ou 3).

<b>Tableaux 53 : Valorisation des codes de dialyse D12, D13, D14, D15, D16, D20, D21, D22, D23</b>
--

**Tableau 53 A : Valorisation des prestations D12, D13, D14, D15, D16, D20, D21, D22 et D23**

Ce tableau présente par code et par période :

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

**Tableau 53B : Codes D12, D13, D14, D15, D16, D20, D21, D22 et D23 non facturables à l'AM ou en attente de droits**

Ce tableau présente les alternatives à la dialyse non valorisées car non facturables à l'AM ou en attente décision sur les droits du patient (variable séjour facturable à l'AM du RAFAEL A codée 0 ou 3).

<b>Tableaux 54 : Valorisation des forfaits techniques</b>
---

**Tableau 54A : 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 AM

**Tableau 54B : FTN non facturables à l'AM ou en attente de droits**

Ce tableau présente les FTN non valorisées car non facturables à l'AM ou en attente décision sur les droits du patient (variable séjour facturable à l'AM du RAFAEL A codée 0 ou 3).



<b>Tableaux 55 : Valorisation des codes de regroupement CCAM</b>
--

**Tableau 55A : 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 AM

**Tableau 55B : Codes de regroupement CCAM non facturables à l'AM ou en attente de droits**

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

<b>Tableaux 56 : Description des codes CCAM du RAFAEL M</b>
---

Ces tableaux présentent les codes CCAM présents dans le RAFAEL M, selon qu'ils soient référencés dans la table de référence (**tableau 56A**) ou pas (**tableau 56B**). Ces tableaux n'ont pas d'incidence sur la valorisation.

<b>Tableaux 57 : Valorisation des codes SE</b>
--

**Tableau 57A : 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 57B : Valorisation des codes SE**

Ce tableau présente par forfait SE :

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

**Tableau 57B : Codes SE non facturables à l'AM ou en attente de droits**

Ce tableau présente les codes SE non valorisés car non facturables à l'AM ou en attente décision sur les droits du patient (variable séjour facturable à l'AM du RAFAEL A codée 0 ou 3).

<b>Tableaux 58 : Valorisation des codes NGAP</b>
--

**Tableau 58A : Valorisation des lettres clé du RAFAEL (hors FTN, SE, ATU, FFM, D12, D13, D14, D15, D16, D20, D21, D22, D23, APE, codes de prothèses et codes de regroupement CCAM)**



Ce tableau présente par lettre clé :

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

La participation forfaitaire de 18 euros est déduite à la dernière ligne de ce tableau : « Participation assuré 18 euros ».

Elle concerne les codes ACO, ADA, ADC, ADE, ATM, K (N/F), KC (N/F/U), SF (N/F), KE (N/F) d'un montant (= PU x quantité x coefficient) supérieur ou égal à 91 euros avant mars, et d'un montant supérieur ou égal à 120 euros à partir de mars, hors cas d'exonération (régime local, maternité, accident du travail, prévention maladie, ALD, FSV...). La participation forfaitaire n'est déduite qu'une seule fois par facture.

#### **Tableau 58B : 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<sup>er</sup> juin 2007 (arrêté du 3 mai 2007).

#### **Tableau 58C : Lettres clés non facturables à l'AM ou en attente de droits**

Ce tableau présente les lettres clés non valorisées car non facturables à l'AM ou en attente décision sur les droits du patient (variable séjour facturable à l'AM du RAFAEL A codée 0 ou 3).

<b>Tableaux 59 : Valorisation des DM en externe</b>
---

Ces tableaux ne sont présentés qu'à partir de mars.

#### **Tableau 59A : Valorisation des prestations APE**

Ce tableau présente par période :

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

#### **Tableau 59B : APE non facturables à l'AM ou en attente de droits**

Ce tableau présente les APE non valorisés car non facturables à l'AM ou en attente décision sur les droits du patient (variable séjour facturable à l'AM du RAFAEL A codée 0 ou 3).

#### **Tableau 59C : Comparaison RAFAEL-B de prothèse / RAFAEL-P**

Ce tableau présente le nombre de factures, le montant PII/PME et le montant ETI pour :

- Les RAFAEL-B prothèse sans RAFAEL-P associé
- Les RAFAEL-P sans RAFAEL-B prothèse associé
- Les RAFAEL-P avec RAFAEL-B prothèse avec montant identique : **Seules ces factures seront prises en compte dans la valorisation (cf tableau 59D)**
- Les RAFAEL-P avec RAFAEL-B prothèse, montant différent (on considère les montants différents si la différence est supérieure à 1 euro)
  - Dont RAFAEL-P avec un montant supérieur au RAFAEL-B



- Dont RAFAEL-B avec un montant supérieur au RAFAEL-P  
Les codes prestations prothèse pris en compte pour les RAFAEL-B sont : PME, PII et ETI.

**Tableau 59D : Valorisation des DM en externe (RAFAEL P)**

Ce tableau présente la valorisation des codes de prothèses à partir des variables du RAFAEL-P :

Soit : mnt\_fact la variable « montant total facturé » du RAFAEL-P,

emi\_t la variable « montant total de l'écart indemnisable » du RAFAEL-P

- quantité : variable « quantité » du RAFAEL
- dépense établissement = mnt\_fact
- dépenses autorisées = mnt\_fact + 2\*emi\_t
- dépenses accordées : mnt\_fact + emi\_t
- écart : emi\_t

**Tableau 59E : DM non pris en compte: n'appartenant pas à la liste, non facturables à l'AM ou en attente de droits**

Ce tableau présente les DM non valorisés car non facturables à l'AM, en attente décision sur les droits du patient (variable séjour facturable à l'AM du RAFAEL A codée 0 ou 3) ou n'appartenant pas à la liste autorisée.

<b>Tableaux 60 : Evolution des montants mensuel par période de transmission par type de prestations</b>
---

Ce tableau est séparé en 6 types de prestations : les ATU, les FFM, les alternatives à la dialyse, les SE, les DM (APE et codes de prothèses), et les autres actes et consultation externes. Le montant considéré est le montant AM.