

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 2008 de l'établissement sur la même période. Dans la présentation des tableaux on notera « année n-1 » par soucis de lisibilité. Pour permettre les comparaisons, les données 2008 sont regroupées en V11 à partir de mars. Lors des comparaisons avec l'année n-1, les données n-1 utilisées sont celles de M12 2008.
- aux données de la Base Nationale présentant les durées de séjour de référence publiées avec les tarifs.

Les tableaux présentés ici pour les séjours, concernent les données V11 (à partir du 1^{er} mars), les tableaux de janvier/février étant identiques à ceux de 2008.

Pour plus d'information sur les remontées 2009, se reporter à la page suivante : <http://www.atih.sante.fr/?id=0000100005FF>

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	10
Tableaux 02_6 : Analyse des données déjà envoyées	11
Tableau 03 : Valorisation des séjours supprimés	11
Tableau 05 : Synthèse des erreurs de groupage	11
Tableau 06 : Répartition du mode de sortie	11
Tableau 07 : Répartition du mode d'entrée	11
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	12
Tableau 11 : GHM de durée de séjour atypique	12
Tableau 12 : Casemix G.H.M. – Analyse des racines	13
Tableau 13 : Casemix G.H.M. – séances (CM28)	13
Tableau 14 : Casemix G.H.M. – hors séances	13
Tableau 15 : Effet de la DMS sur le nombre de journées produit par l'établissement	13
Tableau 16 : Analyse des GHM ayant les écarts de DMS les plus forts avec la Base Nationale	14
Tableau 17 : Analyse des complications	14
Tableau 18 : Analyse des complications sévères	14
Tableaux 19 : Analyse des couples de GHM ambulatoires	14
Tableaux 20 : Répartition des codes géographiques	15
Tableau 21 : Séances et actes de dialyse en hospitalisation	15
Tableau 22 : Actes de radiothérapie en hospitalisation	15
Tableaux 23 : Prélèvements d'organes	15
Tableaux 24 : Unités médicales, autorisation déclarée et calcul des suppléments	16
Tableau 25 : Application des tarifs : Case-mix GHM/GHS – Effectifs	16
Tableau 26 : Application des tarifs : Case-mix GHM/GHS – Valorisation	17
Tableau 27 : Récapitulation activité – Effectifs	17
Tableau 28 : Récapitulation activité – Valorisation	18
Tableau 29 : Synthèse 2009	19
Tableau 30 : Valorisation des IVG	19
Tableau 31 : Valorisation des Molécules onéreuses	20
Tableau 32 : Valorisation des Dispositifs Médicaux Implantables	21
Tableau 33 : Evolution des montants mensuel par période de transmission par type de prestation	21
TRAITEMENT RAFAEL	22
Tableaux 40 : Contrôles sur les RAFAEL	22
Tableaux 41 : Valorisation des passages aux urgences (ATU)	23

Tableaux 42 : Valorisation des prestations forfaits petit matériel	23
Tableaux 43 : Valorisation des codes de dialyse D12, D13, D14, D15, D16, D20, D21	24
Tableaux 44 : Valorisation des forfaits techniques	24
Tableaux 45 : Valorisation des codes de regroupement CCAM	24
Tableaux 46 : Description des codes CCAM du RAFAEL M	25
Tableaux 47 : Valorisation des codes SE	25
Tableaux 48 : Valorisation des codes NGAP	25
Tableaux 49 : Valorisation des médicaments en prescription et administration hospitalières en externe	26
Tableaux 50 : Evolution des montants mensuel par période de transmission par type de prestations	26

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

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

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

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

Tableaux 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.**

Le **tableau 01D Pourcentage et répartition des codes retour (CM 90)**, anciennement tableau 3, présente pour chaque GHM de la CM 90 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

Le taux de remboursement peut prendre les valeurs suivantes : Non renseigné ; 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

Tableau 02_2 K : Répartition motif de non facturation à l'AM

Tableaux 02_3 : Détermination et répartition des taux de remboursement

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	100

1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, C	13	100
1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, C	30, 41, 90	100

- 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 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 : 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 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 où 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.

- 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, 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, 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 :
 - o (durée de séjour*15)
 - o ou (durée de séjour*16)
 - o ou (durée de séjour+1)*15
 - o ou (durée de séjour+1)*16
- 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)

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 05 : Synthèse des erreurs de groupage

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

Tableau 06 : Répartition du mode de sortie

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

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

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

Tableau 07 : Répartition du mode d'entrée

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

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

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

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

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

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

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

Tableaux 09 : Répartition de différents types de séjour
--

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

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

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

Les différents types de séjour sont les suivants :

- Nombre de séjours/séances : correspond soit au nombre de séjours, 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 : $[(\text{effectif année } n) - (\text{effectif } n-1)] * 100 / (\text{effectif } n-1)$

Tableau 10 : GHM à fort taux de DC

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

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

Tableau 11 : GHM de durée de séjour atypique

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

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

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

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

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

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

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

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

Ce tableau présente des indicateurs par groupe séances.

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

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

Ce tableau présente les colonnes suivantes :

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

Tableau 15 : Effet de la DMS sur le 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 28 et hors niveau J et T0.

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

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

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

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

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

Ce tableau propose par GHM

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

Tableau 17 : Analyse des complications

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

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

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

Tableau 18 : Analyse des complications sévères

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

Il présente pour les GHM de niveau 4 :

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

Tableaux 19 : Analyse des couples de GHM ambulatoires
--

Ce tableau présente, par couple de GHM ambulatoires / non ambulatoires (niveau J / 1), le

nombre de séjours d'une durée de 0 jour, de 1 jour, de 2 jours et de plus de 2 jours et les pourcentages correspondants.

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

Tableau 20B : Répartition des codes géographiques erronés ou manquants

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

Tableau 21 : Séances et actes de dialyse en hospitalisation

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

- **Nombre Séances : nombre total de séances**
 - o Entraînements à la DP automatisée en séances (GHS 9602)
 - o Entraînements à la DP continue ambulatoire en séances (GHS 9603)
 - o Entraînements à l'hémodialyse en séances (GHS 9604)
 - o Hémodialyse en séances (GHS 9605)
 - o Hémodialyse en séances (GHS 9617)
 - o 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

Tableau 22 : Actes de radiothérapie en hospitalisation

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

Tableaux 23 : Prélèvements d'organes

Ce tableau présente la répartition des différents types de prélèvement d'organes (PO1, PO2, PO3, PO4, PO5, PO6, PO7, PO8, PO9) par GHM.

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

Tableau 24 : 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 24A : 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 24B : 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 24C : Suppléments facturés en SUS – Fichier PIE

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

Tableau 24D : 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)

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

Le **tableau 25A** 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 menant dans le GHS 9610 réalisés en hospitalisation
- Nombre d'actes de radiothérapie menant dans le GHS 9611 réalisés en hospitalisation
- Nombre d'actes de radiothérapie menant dans le GHS 9612 réalisés en hospitalisation
- Nombre d'actes de radiothérapie menant dans le GHS 9619 réalisés en hospitalisation

- Nombre d'actes de radiothérapie menant dans le GHS 9620 réalisés en hospitalisation
- Nombre d'actes de radiothérapie menant dans le GHS 9621 réalisés en hospitalisation
- Nombre d'actes de radiothérapie menant dans le GHS 6523 réalisés en hospitalisation
- 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 25B** présente les mêmes éléments par racine GHM et le **tableau 25C** par niveau.

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
- Montant actes aphérèses sanguines

Le **tableau 26B** présente les mêmes éléments par racine GHM et le **tableau 26C** par niveau.

Tableau 27 : Récapitulation activité – Effectifs

Ce tableau présente les totaux par établissement du tableau 25 :

- 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 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

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 : 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 28C : Récapitulation activité – Valorisation

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

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) : $mnt\ FJ = 16 * (durée\ séjour + 1)$ (si décès $mnt\ FJ = 16 * durée\ séjour$) → 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 29 : Synthèse 2009

Ces tableaux reprennent au global (V10+V11), en effectif et valorisation, les résultats obtenus dans les tableaux 27 et 28.

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 avant le 1^{er} mars (valorisation au taux de 94%), le nombre d'IVG après le 1^{er} mars (valorisation au taux de remboursement du fichier ANO), le nombre d'IVG total valorisé, 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^{er} trimestre de grossesse)

FJS : GHM 14Z08Z et durée de séjour=2

Tableau 30B : Nombre de séjours d'IVG valorisés

Ce tableau est identique au tableau 02_4 A et présente les séjours d'IVG qui ne sont pas valorisés. Ce tableau n'apparaît qu'à partir du 1^{er} mars, puisqu'avant cette date tous les séjours d'IVG sont valorisés au taux de 94%.

Tableau 30C : Codes prestation d'IVG non valorisés – à partir du 1^{er} mars

Ce tableau indique les prestations IVG qui ont été supprimées dans le tableau 30B

Tableau 31 : Valorisation des Molécules onéreuses
--

La valorisation des molécules onéreuses se fait uniquement à partir des données FICHCOMP.

Tableau 31A : 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 02_4 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 31B : 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 31 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 31C1 : 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 31C2 : 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 31D : 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'.

Tableau 32 : Valorisation des Dispositifs Médicaux Implantables
--

La valorisation des DMI se fait uniquement à partir des données FICHCOMP.

Tableau 32A : 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 02_4 A
- Le nombre de DMI valorisés (1-2)

Tableau 32B : Valorisation des dépenses de dispositifs médicaux implantables

Ce tableau présente par DMI :

- le nombre valorisé (cf. tableau 32B)
- 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 32C1 : 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 32C2 : 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.

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

Tableaux 40 : Contrôles sur les RAFAEL

Tableau 40A : 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 2009 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 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 introduits deux nouveaux tableaux de contrôle cette année 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 40B : 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.

Le prix unitaire indiqué dans le RAFAEL doit forcément être égal au tarif du bulletin officiel (pas d'intégration du coefficient géographique ou du coefficient de transition). Dans le cas contraire, les lignes de RAFAEL sont supprimées.

Afin de permettre les mises à jour des logiciels pour être compatible avec ces nouvelles spécifications, le programme ne supprimera pas les enregistrements présentant cette anomalie jusqu'à l'envoi des données du mois de mai 2009. **Les transmissions suivantes devront corriger le problème de manière rétrospective.** C'est à dire que pour la transmission du mois de Juin il faudra que les prix unitaires des ATU, FFM, SE et Dxx soient ceux publiés au BO sur l'ensemble du fichier

Tableau 40C : 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 :

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

$\text{Mnt Remb} = \text{Mnt BR} * \text{taux de remboursement}$ (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 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, DEN) : Seul le montant remboursé est contrôlé :

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

Jusqu'au 15 mai, 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.

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 AM

Tableau 41B : ATU non facturables à l'AM ou en attente de taux

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 AM

Tableau 42B : FFM non facturables à l'AM ou en attente de taux

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 D12, D13, D14, D15, D16, D20, D21
--

Tableau 43 A : Valorisation des prestations D12, D13, D14, D15, D16, D20 et D21

Ce tableau présente par code et par période :

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

Tableau 43B : Codes D12, D13, D14, D15, D16, D20 et D21 non facturables à l'AM ou en attente de taux

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 AM

Tableau 44B : FTN non facturables à l'AM ou en attente de taux

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 AM

Tableau 45B : Codes de regroupement CCAM non facturables à l'AM ou en attente de taux

Ce tableau présente les codes de regroupement CCAM 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 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 AM

Tableau 47B : Codes SE non facturables à l'AM ou en attente de taux

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, D12, D13, D14, D15, D16, D20 et D21, 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

Tableau 48B : 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 48C : Lettres clés non facturables à l'AM ou en attente de taux

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 : Valorisation des médicaments en prescription et administration hospitalières en externe
--

Tableaux 50 : 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, les SE et les autres actes et consultation externes. Le montant considéré est le montant AM.