

OVALIDE

Outil de VALIdation des Données des Etablissements de santé

Établissements ex-DGF
Soins de Suite et de Réadaptation

Guide de lecture 2017

Février 2017

Version M1 2017

Version M3 2017

Versión M5 2017



Services ATIH

RDE (Réponse
aux Demandes
Externes)

CIM-MF
(Classification,
Information
Médicale -
Modèles de
Financement)

API (Architecture
et Productions
Informatiques)

OVALIDE

**Outil de VALIdation des Données des
Établissements de santé
Établissements ex-DGF
Soins de Suite et de Réadaptation
Guide de lecture**

Évolution de la restitution sur la plateforme ePMSI

Jusqu'aux transmissions M8 2014 étaient disponibles un ensemble de tableaux MAT2A-SSR permettant de résumer l'information contenue dans le PMSI SSR.

A partir des transmissions M10 2014, les informations contenues dans ces tableaux ont été rassemblées dans une nouvelle application disponible sur la plateforme EPMSI. Il s'agit ici de rationaliser les informations produites jusqu'alors et de faciliter l'interprétation et l'amélioration du PMSI SSR par les établissements et les ARS.

Ce travail fait suite à la mise en place de OVALIDE MCO en mars 2013 et de OVALIDE HAD en mars 2014.

Guide de lecture des tableaux du PMSI SSR

Dans ce guide sont détaillés pour chaque tableau les sélections et calculs opérés ainsi que les éléments marquants qui peuvent apparaître et qui doivent faire l'objet *a minima* d'un contrôle du dossier médical et/ou de la saisie des informations au sein de l'établissement.

Table Des Matières

Remarques générales	4
1. Traitement des RHA, SHA, ANO et autres fichiers complémentaires	7
1.1. D- DESCRIPTION	7
a). <i>Bilan de la transmission</i>	7
1.D.0.RTP – SSRHA et RHA transmis sur la période	7
b). <i>Caractéristiques démographiques</i>	8
1.D.1.CDEM Caractéristiques démographiques	8
c). <i>Activité de l'établissement</i>	10
1.D.2.RTP – SSRHA et RHA transmis sur la période	10
1.D.2.RTYP – Répartition de l'activité en fonction du type d'hospitalisation et du type d'autorisation	11
1.D.2.DEPC –Déroulement des prises en charge	12
1.D.2.CHIRHC – Séjours après interventions chirurgicales en hospitalisation complète	14
1.D.2.MEMS – Modes d'entrée et de sortie	14
1.D.2.RCG – Répartition des codes géographiques	14
1.D.2.CMHC – Case-mix par Catégorie Majeure – Hospitalisation complète	15
1.D.2.CMHP – Case-mix par Catégorie Majeure – Hospitalisation à temps partiel	16
1.D.2.GNHC – Case-mix par Groupe Nosologique – Hospitalisation complète	17
1.D.2.GNHP – Case-mix par Groupe Nosologique – Hospitalisation à temps partiel	19
1.D.2.GMEHC – Case-mix par Groupe Médico-Economique – Hospitalisation complète	20
1.D.2.GMEHP – Case-mix par Groupe Médico-Economique – Hospitalisation à temps partiel	21
1.D.2.LISP – Lits identifiés soins palliatifs	21
1.D.2.POLYH – Case-mix de l'activité des patients avec polyhandicap lourd	21
1.D.2.PREC – Analyse des diagnostics de précarité	22
1.D.2.DA – Diversité de l'activité.....	23
1.D.2.DAGN – Diversité de l'activité – les 5 GN les plus fréquents par CM	24
1.D.2.DAGME – Diversité de l'activité – les 5 GME les plus fréquents par GN	25
1.D.2.DAMMP – Diversité de l'activité – les 5 MMP les plus fréquentes par CM	25
1.D.2.AVQA – Répartition des scores AVQ à l'admission en hospitalisation complète	26
1.D.2.AVQS – Répartition des scores AVQ à la sortie en hospitalisation complète	26
1.D.2.AVQHP – Répartition des scores AVQ en hospitalisation à temps partiel	27
1.D.2.CIM – 50 catégories de diagnostics CIM-10 les plus fréquentes.....	28
1.D.2.CHCIM – Répartition des pathologies par chapitre de la CIM-10	29
1.D.2.CCAM – 50 actes médicaux les plus fréquents	29
1.D.2.ARRCH – Répartition des actes de rééducation-réadaptation par chapitre et par type d'hospitalisation.....	29
1.D.2.ARRCM – Répartition des actes de rééducation réadaptation par chapitre et par Catégorie Majeure.....	30
1.D.2.ARRGN – Répartition des actes de rééducation réadaptation par catégorie majeure et Groupe Nosologique	31
1.D.2.EVAL – Répartition des actes par prise en charge - Evaluations	31
1.D.2.COLL – Répartition des actes par prise en charge – actes collectifs, individuels dédiés et non dédiés	31
1.D.2.APP – Répartition par prise en charge - actes d'appareillage	32
1.D.2.EDUC – Répartition par prise en charge - actes d'éducation et information	32
1.D.2.BALNEO – Répartition par prise en charge - actes de balnéothérapie	33
1.D.2.MODUL – Utilisation des modulateurs	33
1.D.2.CSARR – Distribution des actes de Rééducation-Réadaptation par sous-chapitre type d'intervenant	33
1.D.2.CSARRINT – Distribution des actes de Rééducation-Réadaptation par type d'intervenant	33
1.D.2.CSARRDOC – Distribution des actes de Rééducation-Réadaptation selon l'extension documentaire	34

1.D.2.I18 – Prise en charge des patients de moins de 18 ans - Part de l'activité de l'établissement - Détail par classes d'âge	34
1.D.2.I18CMHC – Prise en charge des patients de moins de 18 ans - Casemix par CM en hospitalisation complète	36
1.D.2.I18CMHP – Prise en charge des patients de moins de 18 ans - Casemix par CM en hospitalisation à temps partiel	36
1.D.2.I18GMEHC – Prise en charge des patients de moins de 18 ans - Casemix par GN et GME en hospitalisation complète	36
1.D.2.I18GMEHP – Prise en charge des patients de moins de 18 ans - Casemix par GN et GME en hospitalisation à temps partiel	37
1.D.2.I18ARRCH – Prise en charge des patients de moins de 18 ans - Répartition des actes de Rééducation- Réadaptation par chapitre	37
1.D.2.I18ARRGNGME – Prise en charge des patients de moins de 18 ans - Répartition des actes de Rééducation- Réadaptation par chapitre et par GN ou GME	38
1.D.2.SAE – Données pour la SAE	38
1.D.2.MED – GN par groupe d'UCD	39
1.2. Q - QUALITE	41
1.Q.0.SYNTH – Synthèse des tableaux de la partie Qualité	41
a). <i>Fonction groupage</i>	41
1.Q.1.NSE – Répartition des GHM en erreur	41
1.Q.1.EG – Répartition des erreurs codes retour pour les RHA en erreur	41
b). <i>Chainage</i>	42
1.Q.2.CHCR – Chainage : codes retour	42
1.Q.2.CHSP – Synthèse de la procédure	44
c). <i>ANO</i>	45
1.Q.3.AGRCG – Analyse de l'association Code Grand Régime / Code Gestion	45
1.Q.3.CGRCG – Analyse de la compatibilité des variables Code Grand Régime / Caisse gestionnaire / Centre Gestionnaire	45
d). <i>Autorisations et unités médicales</i>	46
1.Q.4.AUTUM – Analyse des autorisations et unités médicales	46
e). <i>Diagnostics CIM-10</i>	48
1.Q.5.ISD – Incompatibilité entre diagnostic CIM-10 et sexe	48
1.Q.5.IAD – Incompatibilité entre diagnostic CIM-10 et âge	48
1.Q.5.MMPI – Diagnostic CIM-10 imprécis en position de MMP	49
1.Q.5.AEI – Diagnostic CIM-10 imprécis en position de AE	49
1.Q.5.DAI – Diagnostic CIM-10 imprécis en position de DA	49
1.Q.5.OPMMP – GN avec un taux atypique du code J81 – Œdème pulmonaire en MMP/AE	50
1.Q.5.IPDA – GN avec un taux atypique du code Z29.0 – Isolement prophylactique en DA	50
f). <i>Actes CSARR</i>	51
1.Q.6.FPZ50SA – Absence d'acte CSARR dans des RHA de rééducation	51
1.Q.6.NBRSYNT – Nombre atypique de réalisations du code ZZC+221 Synthèse interdisciplinaire de RR	52
h). <i>FichComp</i>	52
1.Q.7.EAMED – Effectifs atypiques dans FichComp MED	52
1.3. V - VALORISATION	54
a). <i>SSRHA et RHA</i>	54
1.V.1.SV – SSRHA/RHA valorisés	54
1.V.1.CMSS – Casemix des SSRHA/RHA non valorisés	54
1.V.1.TXR – Détermination et répartition des taux de remboursement	55

1.V.1.CMTHC – Application des tarifs – Hospitalisation complète.....	57
1.V.1.CMTHP – Application des tarifs – Hospitalisation à temps partiel.....	58
1.V.1.RAEV – Résumé de l'activité – Effectifs et valorisation.....	59
b). <i>Médicaments</i>	59
1.V.2.VMED 1.V.1.VMED – Analyse des molécules onéreuses.....	59
1.V.2.MATU 1.V.1.MATU – Analyse des médicaments avec ATU.....	60
d). <i>Aide médicale d'Etat (AME)</i>	60
1.V.3.RAME – Valorisation de l'activité des patients AME.....	60
2. Traitement des RAFAEL.....	62
2.1. V - VALORISATION.....	62
2.V.LCNCV Récapitulatif des lettres clés des RAFAEL B et C.....	62
2.V.VACE Valorisation des lettres clé des RAFAEL B et C.....	62
3. Scores.....	63
3.1. TRAITEMENT DES RHA, SHA, ANO ET AUTRES FICHIERS COMPLEMENTAIRES.....	63
a). <i>Description</i>	63
b). <i>Qualité</i>	63
c). <i>Valorisation</i>	66
Annexes.....	67

Remarques générales

Réorganisation des anciens tableaux / nouveaux tableaux

Les tableaux réalisés par OVALIDE présentent l'ensemble des informations qui étaient disponibles dans les tableaux MAT2A jusqu'en 2014. Un seul tableau OVALIDE peut faire référence à plusieurs tableaux MAT2A. D'autre part, ces tableaux ont pu être légèrement modifiés (nouveaux contrôles, regroupements...), pour une meilleure cohérence, notamment avec OVALIDE MCO et OVALIDE HAD.

Comparaisons des données

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

- aux données de l'année n-1 de l'établissement sur la même période. Dans la présentation des tableaux on notera « année n-1 » par souci de lisibilité. Lors des comparaisons avec l'année n-1, les données n-1 utilisées sont celles de M12.
Exemple : lors de la transmission M4 pour l'année n, les données sont comparées avec les RHA de janvier à avril transmis pour la période M12 de l'année n-1
- aux données de la Base Nationale (des établissements ex-DGF ou ex-OQN selon le statut de l'établissement) de l'année n-1.

Calendrier des transmissions

Période	Du lundi...	...au Dimanche	Semaine 1 jusqu'à...
M1	02/01/2017	29/01/2017	Semaine n°4
M2	30/01/2017	26/02/2017	Semaine n°8
M3	27/02/2017	02/04/2017	Semaine n°13
M4	03/04/2017	30/04/2017	Semaine n°17
M5	01/05/2017	28/05/2017	Semaine n°21
M6	29/05/2017	02/07/2017	Semaine n°26
M7	03/07/2017	30/07/2017	Semaine n°30
M8	31/07/2017	03/09/2017	Semaine n°35
M9	04/09/2017	01/10/2017	Semaine n°39
M10	02/10/2017	29/10/2017	Semaine n°43
M11	30/10/2017	03/12/2017	Semaine n°48
M12	04/12/2017	31/12/2017	Semaine n°52

1. Traitement des RHA, SHA, ANO et autres fichiers complémentaires

1.1. D- Description

Les tableaux de la partie DESCRIPTION portent sur les RHA hors groupage en erreur (CM ≠ 90).

a). Bilan de la transmission

1.D.0.RTP – SSRHA et RHA transmis sur la période

- Tableau A : Bilan transmission - Fichiers RHA et SSRHA
- Tableau B : Bilan transmission RHA et SSRHA : années N-1 et N
- Tableau C : Bilan transmission RHA : année N, par mois
- Tableau D : Bilan transmission SSRHA
- Tableau E : Bilan transmission journées de présence PMSI
- Tableau F : Bilan transmission RHA et SSRHA en erreur

Les tableaux A, B, D et F portent sur les RHA des années n-1 et n, transmis en année n.

Les tableaux C et E portent sur les RHA de l'année n, transmis en année n.

Le **tableau A** présente le descriptif brut de l'ensemble des RHA et SSRHA transmis, en comparant les effectifs transmis en année n aux effectifs transmis pour la même période, dans la transmission M12 de l'année n-1¹ :

- Nombre total de RHA transmis : nombre total d'enregistrements dans le fichier de RHA transmis ;
- Nombre total de SSRHA transmis : nombre total d'enregistrements dans le fichier de SHA transmis.

Le **tableau B** présente la répartition des RHA et SSRHA selon l'année de la prise en charge. Ces effectifs sont comparés aux effectifs observés pour la même période, dans la transmission M12 de l'année n-1². Seule l'hospitalisation complète rassemble des SSRHA à cheval sur les années n-1 et n.

¹ Voir Remarques générales

² Voir Remarques générales

Le **tableau C** présente la répartition des RHA selon le mois (soit le mois de la date du lundi du RHA). Ces effectifs sont comparés aux effectifs observés pour la même période, dans la transmission M12 de l'année n-1³.

Le **tableau D** présente l'ensemble des SSRHA, selon leur type :

- SSRHA « complètes » sur la période de transmission : effectif et pourcentage (par rapport à l'ensemble des SSRHA) des SSRHA dont les dates d'entrée et sortie sont comprises dans la période traitée (*Type de suite = '1'*) ;
- SSRHA « terminées » dans la période de transmission : effectif et pourcentage (par rapport à l'ensemble des SSRHA) des SSRHA avec date d'entrée antérieure à la période traitée et date de sortie comprise dans la période traitée, ou SSRHA « tronquées à gauche » (*Type de suite = '2'*) ;
- SSRHA « commencées » dans la période de transmission : effectif et pourcentage (par rapport à l'ensemble des SSRHA) des SSRHA avec date d'entrée comprise dans la période traitée et date de sortie postérieure à la période traitée, ou SSRHA « tronqués à droite » (*Type de suite = '3'*) ;
- SSRHA « non commencées et non terminées » dans la période de transmission : effectif et pourcentage (par rapport à l'ensemble des SSRHA) des SSRHA avec date d'entrée antérieure à la période traitée et date de sortie postérieure à la période traitée (*Type de suite = '4'*).

Ces effectifs sont comparés aux effectifs observés pour la même période, dans la transmission M12 de l'année n-1⁴.

Le **tableau E** présente les volumes de journées de présence PMSI selon le type de SSRHA, comme défini dans le tableau D, et l'année de prise en charge. Les effectifs des journées de présence PMSI en année N sont comparés aux effectifs observés pour la même période, dans la transmission M12 de l'année n-1⁵.

Le **tableau F** présente la répartition des RHA et SSRHA en erreur (CM = '90') / hors erreur (CM ≠ '90'), selon le type d'hospitalisation (temps complet, temps partiel). Ces effectifs sont comparés aux effectifs observés pour la même période, dans la transmission M12 de l'année n-1⁶.

b). Caractéristiques démographiques

1.D.1.CDEM Caractéristiques démographiques

- **Tableau A** : Caractéristiques démographiques - Répartition des SSRHA **en HC** par classes d'âge
- **Tableau B** : Caractéristiques démographiques et mortalité dans les SSRHA **en HC**

³ Voir *Remarques générales*

⁴ Voir *Remarques générales*

⁵ Voir *Remarques générales*

⁶ Voir *Remarques générales*

- **Tableau C : Caractéristiques démographiques des patients**

Les tableaux portent sur les RHA des années n-1 et n, transmis en année n.

Remarque : l'âge associé à chaque SSRHA est l'âge enregistré sur le premier RHA transmis, qu'il s'agisse d'un RHA de l'année n-1 ou de l'année n, **qu'il soit groupé ou non en erreur.**

Le **tableau A** présente, pour **chaque type d'hospitalisation (temps complet, temps partiel), les prises en charge en hospitalisation complète**, les effectifs et la répartition **de l'ensemble** des SSRHA selon les classes d'âge suivantes :

- 0-3 ans ;
- 4-6 ans ;
- 7-12 ans ;
- 13-17 ans ;
- 18-29 ans ;
- 30-39 ans ;
- 40-49 ans ;
- 50-59 ans ;
- 60-69 ans ;
- 70-74 ans ;
- 75-79 ans ;
- 80-84 ans ;
- 85-89 ans ;
- 90-94 ans ;
- 95-99 ans ;
- 100 ans et plus.

Le **tableau B** présente plusieurs informations sur les caractéristiques démographiques, sur la base **de l'ensemble** des SSRHA **en hospitalisation complète, selon le type d'hospitalisation (temps complet, temps partiel)** :

- Femmes : pourcentage ;
- Âge : moyenne et médiane ;
- SSRHA selon l'âge des patients : effectif et répartition pour les classes d'âge 0-17 ans, 18-74 ans, 75 ans et plus ;
- SSRHA de patients domiciliés hors de la région de l'établissement : effectif et répartition ;
- SSRHA de patients domiciliés dans le même département que l'établissement : effectif et répartition ;
- SSRHA se terminant par un décès (mode de sortie = 9 *Décès*) : effectif et %.

Le **tableau C** présente les mêmes caractéristiques sociodémographiques que dans le tableau B, mais sur une base de patients (numéro anonyme distinct, avec les 9 premiers codes retours du fichier ANO à 0, sans incohérence sur les variables sexe et âge – voir tableau 1.Q.2.CHSP), **selon le type d'hospitalisation (temps complet, temps partiel).**

Pour chaque patient est pris en compte le premier RHA transmis, quel que soit le type d'hospitalisation.

c). Activité de l'établissement

Activité de l'établissement

1.D.2.RTP – SSRHA et RHA transmis sur la période

- **Tableau A : Variation saisonnière de l'activité – RHA**
- **Tableau B : Variation saisonnière de l'activité – RHA par mois**
- **Tableau C : Variation saisonnière de l'activité – SSRHA**
- **Tableau D : Variation saisonnière de l'activité – Journées**
- **Tableau E : Analyse des SSRHA et RHA de l'année n-1 transmis en année n, en hospitalisation complète**

Les tableaux A à D portent sur les RHA de l'année n.

Le **tableau A** présente le descriptif brut de l'ensemble des RHA transmis, en comparant les effectifs de RHA aux effectifs observés pour la même période, pour l'année n-1⁷.

- **Nombre total de RHA transmis** : nombre total d'enregistrements dans le fichier de RHA transmis ;
- **Nombre de RHA transmis pour l'année n-1** : nombre de RHA de l'année précédente transmis car nécessaires au groupage ;
- **Nombre de RHA transmis pour l'année n** : les éléments suivants sont un sous-ensemble des RHA transmis en année n ;
- **Nombre de RHA hors erreur** : nombre de RHA hors groupage dans les GME erreur (9097Z0, 9096Z0, 9098Z0, 9000Z0, 9001Z0), effectif et pourcentage (sur .

Le **tableau B** présente les effectifs et la répartition de l'ensemble des RHA transmis, en comparant les effectifs de RHA aux effectifs observés pour la même période, pour l'année n-1⁸, selon le mois du RHA (mois du lundi de chaque RHA).

Le **tableau C** présente le descriptif brut de l'ensemble des RHA transmis, en comparant les effectifs de SSRHA aux effectifs observés pour la même période, pour l'année n-1⁹.

- **SSRHA produites** : nombre total d'enregistrements dans le fichier de SSRHA transmis ;
- **SSRHA correspondant aux SSRHA « complets »** : nombre de SSRHA commencés et terminés dans la période de transmission (*Semaine de début de séjour SSR du RHA = 1 et Semaine de fin de séjour SSR du RHA = 1*), effectif et pourcentage.

Le **tableau D** présente le descriptif brut de l'ensemble des RHA transmis, en comparant les effectifs de journées aux effectifs observés pour la même période, pour l'année n-1⁹.

- **Nombre de journées** : nombre de journées de présence ;

⁷ Voir Remarques générales

⁸ Voir Remarques générales

⁹ Voir Remarques générales

- Nombre de journées correspondant aux SSRHA « complets » : nombre de journées de présence des SSRHA commencés et terminés dans la période de transmission (Semaine de début de séjour SSR du RHA = 1 et Semaine de fin de séjour SSR du RHA = 1), effectif et pourcentage.

Le tableau E porte sur les RHA des années n-1 et n, transmis en année n

Le tableau E porte sur la part d'activité de l'année n-1 nécessaire au groupage et transmise en année n, soit les SSRHA en hospitalisation complète à cheval sur les années n-1 et n. Les informations présentées sont :

- SSRHA en hospitalisation complète à cheval sur les années n-1 et n : effectif et % ;
- RHA correspondant : effectif et %.

1.D.2.RTYP – Répartition de l'activité en fonction du type d'hospitalisation et du type d'autorisation

- Tableau A : Répartition de l'activité en fonction du type d'hospitalisation
- Tableau B : Répartition des patients l'activité en fonction du type d'hospitalisation
- Tableaux B et C : Répartition de l'activité en fonction du type d'hospitalisation et du type d'autorisation

Les tableaux portent sur les RHA des années n-1 et n

Le tableau A présente la répartition de l'activité selon le type d'hospitalisation (temps complet, temps partiel).

Le tableau B présente la répartition des patients selon le type d'hospitalisation (temps complet, temps partiel), pour les SSRHA avec chainage correct et sans incohérence (voir tableau 1.Q.2.CHSP – Synthèse de la procédure de chainage).

Les tableaux C présentent la répartition de l'activité selon le type d'autorisation de l'UM renseigné dans les RHA, pour l'hospitalisation complète d'une part et l'hospitalisation à temps partiel d'autre part (un tableau par type d'hospitalisation), pour l'ensemble des SSRHA.

L'activité est exprimée avec les effectifs suivants :

- Nombre de RHA de l'année n ;
- Nombre de SSRHA (dont le nombre de SSRHA avec plusieurs types d'UM déclarés) ;
- Nombre de journées ;
- Nombre de patients : nombre de numéros anonymes distincts (uniquement pour le tableau B).

Le tableau A présente la répartition de l'activité selon le type d'hospitalisation (temps complet, temps partiel). L'activité est exprimée avec les effectifs suivants :

- Nombre de journées des années n-1 et n ;
- Nombre de RHA des années n-1 et n ;
- Nombre de SSRHA
 - dont le nombre de SSRHA avec plusieurs types d'UM déclarés (SSRHA multi autorisations).

Le **tableau B** présente la répartition de l'activité selon le type d'autorisation de l'UM renseigné dans les RHA, pour l'hospitalisation complète d'une part et l'hospitalisation à temps partiel d'autre part (un tableau par type d'hospitalisation). Les éléments présentés sont :

- Nombre de SSRHA ;
- Nombre et % des journées de présence PMSI en année n ;
- **REFERENCE NATIONALE**
- Nombre de SSRHA avec chainage correct ;
- Effectif de patients (numéros anonymes distincts, avec 9 codes retour à 0) ;
- Durée moyenne d'hospitalisation (DMH) par patient, soit le nombre moyen de journées de présence PMSI sur l'année n par patient pour les RHA avec chainage correct (9 codes retour à 0) ;
- Effectif de SSRHA terminées avec un seul type d'autorisation (mono autorisation) ;
- Nombre moyen de journées de présence PMSI sur années n-1 et n sur les SSRHA terminées mono autorisation ;
- Durée moyenne de séjour (DMS) sur les SSRHA terminées mono autorisation, avec durée SSRHA = $date\ de\ sortie - date\ d'entrée + 1$ (le type d'UM sélectionné pour chaque SSRHA est celui du premier RHA transmis pour chaque SSRHA).

1.D.2.DEPC –Déroulement des prises en charge

- **Tableau A : Déroulement des prises en charge – Journées**
- **Tableau B : Déroulement des prises en charge – SSRHA**
- **Tableau C : Déroulement des prises en charge – Statistiques**
- **Tableau D : Poursuite du même projet thérapeutique en hospitalisation complète**

Le **tableau** porte sur les RHA des années n-1 et n, transmis en année n.

Le **tableau A** présente les effectifs de journées de présence issues du fichier des SSRHA, selon le type d'hospitalisation (temps complet, temps partiel) :

- Nombre total de journées de présence : somme des journées de présence des RHA correspondant ;
 - Dont le nombre de journées de présence en hospitalisation complète pour l'année n-1.

Le **tableau B** présente les effectifs de SSRHA, selon le type d'hospitalisation (temps complet, temps partiel) :

- SSRHA transmis : effectif de SSRHA du fichier transmis, quelles que soient les dates de début et fin ;
 - Dont les SSRHA « complètes » sur la période de transmission : effectif et pourcentage (par rapport à l'ensemble des SSRHA) des SSRHA dont les dates d'entrée et sortie sont comprises dans la période traitée (*Type de suite = '1'*) ;
 - Dont les SSRHA « terminées » dans la période de transmission : effectif et pourcentage (par rapport à l'ensemble des SSRHA) des SSRHA avec date d'entrée antérieure à la période traitée et date de sortie comprise dans la période traitée, ou SSRHA « tronquées à gauche » (*Type de suite = '2'*) ;
 - Dont les SSRHA « commencées » dans la période de transmission : effectif et pourcentage (par rapport à l'ensemble des SSRHA) des SSRHA avec date d'entrée

- comprise dans la période traitée et date de sortie postérieure à la période traitée, ou SSRHA « tronqués à droite » (*Type de suite* = '3') ;
- Dont les SSRHA « non commencées et non terminées » dans la période de transmission : effectif et pourcentage (par rapport à l'ensemble des SSRHA) des SSRHA avec date d'entrée antérieure à la période traitée et date de sortie postérieure à la période traitée (*Type de suite* = '4') ;
- Admissions : effectif et pourcentage (par rapport à l'ensemble des SSRHA) des SSRHA avec date d'entrée comprise dans la période traitée, quelle que soit la date de sortie (*Type de suite* = '1' ou '3'), soient les SSRHA complets et tronqués à droite ;
- Sorties : effectif et pourcentage (par rapport à l'ensemble des SSRHA) des SSRHA avec date de sortie comprise dans la période traitée, quelle que soit la date d'entrée (*Type de suite* = '1' ou '2'), soient les SSRHA complets et tronqués à gauche ;
- SSRHA selon le nombre de RHA (quelles que soient les dates d'entrée et de fin du séjour) :
 - 1 RHA, 2 RHA, 3 RHA, 4 RHA, 5 RHA, 6 RHA, 7 RHA, 8 RHA, 9 RHA, 10 RHA, ou plus de 10 RHA : effectif et répartition.

Le **tableau C** présente plusieurs statistiques sur la base des SSRHA, selon le type d'hospitalisation (temps complet, temps partiel) :

- Nombre de RHA par SSRHA : moyenne sur l'ensemble des SSRHA (à partir du nombre de RHA renseigné dans les SSRHA) ;
- Durée moyenne d'hospitalisation (DMH) : durée moyenne hospitalière pour un patient calculée à partir du nombre de journées de présence des RHA correspondants pour l'année n, par rapport au nombre de patients (nombre de numéros anonymes distincts avec chainage correct et sans incohérence) ;
- Nombre moyen de journées de présence PMSI sur années n-1 et n sur les SSRHA terminées (*Type de suite* = '1' ou '2') ;
- Durée moyenne de séjour (DMS) sur les SSRHA terminées (*Type de suite* = '1' ou '2'), avec durée SSRHA = date de sortie – date d'entrée +1.
- Nombre moyen d'UM : nombre moyen d'unités médicales sur les SSRHA terminées (*Type de suite* = '1' ou '2') complet ;
- Nombre moyen de RHA sur les SSRHA terminées (*Type de suite* = '1' ou '2') nombre moyen de RHA par SSRHA correspondant à un séjour complet.

Le **tableau D** présente, pour les SSRHA en hospitalisation complète avec chainage correct, les indicateurs suivants :

- Nombre et % de SSRHA en hospitalisation complète ;
- Nombre de patients (numéros anonymes distincts) correspondant aux SSRHA ;
- Nombre moyen de SSRHA par patient.

Les indicateurs sont donnés selon les modalités de la variable *Poursuite du même projet thérapeutique* dont le recueil est facultatif – obligatoire lorsqu'il s'agit d'une réhospitalisation en hospitalisation à temps complet moins de 5 jours après la fin du séjour précédent :

- *Poursuite du même projet thérapeutique* = '1' ;
- *Poursuite du même projet thérapeutique* = '2' ;
- *Poursuite du même projet thérapeutique* non renseignée (vide).

1.D.2.CHIRHC – Séjours après interventions chirurgicales en hospitalisation complète

Le tableau porte sur les RHA des années n-1 et n, transmis en année n.

Le tableau présente, pour chaque Catégorie Majeure et pour l'ensemble des RHA en hospitalisation complète (*Type d'hospitalisation = 1*), des indicateurs liés à l'antériorité d'une intervention :

- Intervention chirurgicale : effectif et part dans la CM des admissions (RHA avec *Semaine de début de séjour SSR = 1*) qui font suite à une intervention ;
- Délai moyen de prise en charge en SSR après une intervention chirurgicale : moyenne du délai entre la date de l'intervention chirurgicale renseignée et la date d'admission en SSR (délai calculé par GENRHA).

Modes d'entrée et de sortie

1.D.2.MEMS – Modes d'entrée et de sortie

- Tableau A : Filières de soins - Mode d'entrée et de sortie – Hospitalisation complète
- Tableau B : Filières de soins - Mode d'entrée et de sortie – Hospitalisation à temps partiel

Le tableau porte sur les RHA des années n-1 et n, transmis en année n.

Les **tableaux A et B** présentent, respectivement pour l'hospitalisation complète et l'hospitalisation à temps partiel, la répartition des SSRHA terminées (*Type de suite = '1' ou '2'*) « complètes » (*Type de suite = '1'*) ou « tronqués à droite » (*Type de suite = '3'*) selon le mode d'entrée et la provenance (en ligne) et le mode de sortie et la destination (en colonne).

Remarque : seules les SSRHA terminées tronqués à droite doivent avoir la variable *Mode de sortie* non renseignée.

Codes géographiques

1.D.2.RCG – Répartition des codes géographiques

Le tableau porte sur les RHA des années n-1 et n, transmis en année n.

Le tableau présente, l'effectif et la part de SSRHA pour chaque code géographique de domicile des patients, enregistré dans le premier RHA de chaque séjour, au total et selon le type d'hospitalisation (temps complet, temps partiel) les effectifs de SSRHA en hospitalisation complète et RHA en hospitalisation à temps partiel.

Pour chaque SSRHA en hospitalisation complète est pris en compte le code géographique du premier RHA transmis, en année n-1 ou n.

Les résultats sont donnés dans l'ordre des codes géographiques.

Remarque : le code géographique est construit à partir du code postal dans certaines situations (voir <http://www.atih.sante.fr/constitution-codes-geographiques>).

Case-mix

1.D.2.CMHC – Case-mix par Catégorie Majeure – Hospitalisation complète

- **Tableau A : Casemix par CM - SSRHA et journées – Hospitalisation complète**
- **Tableau B : Casemix par CM - Patients – Hospitalisation complète**
- **Tableau C : Casemix par CM - Post-chirurgie, AVQ, score RR – Hospitalisation complète**

Les tableaux portent sur les RHA des années n-1 et n

Le tableau présente, pour chaque Catégorie Majeure et pour les SSRHA en hospitalisation complète (informations issues du premier RHA de l'année n de chaque séjour), les indicateurs suivants :

- SSRHA : effectif et % représentant chaque CM par rapport au total de l'établissement ;
- Journées de présence : effectif et % représentant chaque CM par rapport au total de l'établissement ;
- Age moyen ;
- Part de femmes dans chaque CM ;
- Part des journées de présence enregistrées dans la base nationale pour l'année n-1¹⁰ pour la CM considérée.

Le **tableau A** présente, pour chaque Catégorie Majeure et pour l'ensemble des SSRHA en hospitalisation complète, des indicateurs liés aux SSRHA et aux journées :

- SSRHA : effectif et % représentant chaque CM par rapport au total de l'établissement ;
- Journées de présence :
 - Pour les années n-1 et 1 : effectif ;
 - Pour l'année n : effectif et % représentant chaque CM par rapport au total de l'établissement ;
- Part des journées de présence enregistrées dans la base nationale pour l'année n-1¹¹ pour la CM considérée ;
- Journées de présence dans une unité de type polyvalent (type UM = '50') : % représentant chaque CM par rapport au total de l'établissement ;
- Journées de présence dans une unité de type spécialisé (type UM = '51' à '59') : % représentant chaque CM par rapport au total de l'établissement ;

Le **tableau B** présente, pour chaque Catégorie Majeure et pour les SSRHA en hospitalisation complète, des indicateurs liés aux patients :

- SSRHA terminées (*Type de suite = '1' ou '2'*) :
 - Effectif ;
 - Nombre moyen de journées de présence PMSI sur années N-1 et N ;
 - Durée moyenne de séjour (DMS), avec durée SSRHA = *date de sortie – date d'entrée +1* ;
 - Nombre moyen d'UM : nombre moyen d'unités médicales ;

¹⁰ Voir Remarques générales

¹¹ Voir Remarques générales

- Sur l'ensemble des SSRHA en hospitalisation complète, pour les SSRHA avec chainage correct (9 codes retour à 0) et sans incohérence :
 - Patients : effectif (nombre de numéros anonymes distincts) ;
 - Part de femmes dans chaque CM ;
 - Age moyen ;
 - Age médian ;
 - Part de patients âgés de moins de 18 ans ;
 - Part de patients âgés de 75 ans et plus.

L'âge retenu pour chaque patient est celui inscrit sur le premier RHA transmis pour ce patient.

Le **tableau C** présente, pour chaque Catégorie Majeure et pour les SSRHA en hospitalisation complète, les indicateurs suivants :

- Concernant les SSRHA post-chirurgie :
 - Effectif ;
 - Délai moyen entre l'intervention chirurgicale et l'admission en SSR (premier RHA transmis) ;
 - % SSRHA post-chirurgie avec un délai de prise en charge en SSR > 90 jours ;
- Concernant la grille AVQ :
 - A l'admission en SSR (premier RHA transmis pour chaque SSRHA commencée dans la période, soit avec *Type de suite* = '1' ou '3') : AVQ moyen physique et AVQ moyen cognitif ;
 - A la sortie de SSR (dernier RHA transmis pour chaque SSRHA terminée, soit avec *Type de suite* = '1' ou '2') : AVQ moyen physique et AVQ moyen cognitif ;
- Concernant le score RR (sur l'ensemble des SSRHA en hospitalisation complète) :
 - Score RR moyen ;
 - Score RR médian.

1.D.2.CMHP – Case-mix par Catégorie Majeure – Hospitalisation à temps partiel

Le tableau porte sur les RHA de l'année n.

- **Tableau A : Casemix par CM - Journées – Hospitalisation à temps partiel**
- **Tableau B : Casemix par CM - Patients – Hospitalisation à temps partiel**
- **Tableau C : Casemix par CM - Post-chirurgie, AVQ, score RR – Hospitalisation à temps partiel**

Le tableau présente, pour chaque Catégorie Majeure et pour les RHA en hospitalisation à temps partiel, les indicateurs suivants :

- RHA : effectif et % représentant chaque CM par rapport au total de l'établissement ;
- Journées de présence : effectif et % représentant chaque CM par rapport au total de l'établissement ;
- Age moyen ;
- Part de femmes dans chaque CM ;
- Part des journées de présence de chaque CM par rapport au total des journées de présence enregistrées dans la base nationale pour l'année n-1¹⁴.

Le **tableau A** présente, pour chaque Catégorie Majeure et pour les RHA en hospitalisation à temps partiel, des indicateurs liés aux journées :

- Journées de présence : effectif et % représentant chaque CM par rapport au total de l'établissement ;
- Part des journées de présence enregistrées dans la base nationale pour l'année n-1¹² pour la CM considérée ;
- Journées de présence dans une unité de type polyvalent (type UM = '50') : % représentant chaque CM par rapport au total de l'établissement ;
- Journées de présence dans une unité de type spécialisé (type UM = '51' à '59') : % représentant chaque CM par rapport au total de l'établissement ;

Le **tableau B** présente, pour chaque Catégorie Majeure et pour les RHA en hospitalisation à temps partiel, des indicateurs liés aux patients (chainage correct soit 9 codes retour à 0 et séjours sans incohérence) :

- Patients : effectif (numéros anonymes distincts) ;
- Durée moyenne d'hospitalisation (DMH) : nombre moyen de journées de présence PMSI par patient ;
- Part de femmes dans chaque CM ;
- Age moyen ;
- Age médian ;
- Part de patients âgés de moins de 18 ans ;
- Part de patients âgés de 75 ans et plus.

Pour les indicateurs liés à l'âge est pris en compte l'âge sur chaque RHA.

Le **tableau C** présente, pour chaque Catégorie Majeure et pour les RHA en hospitalisation à temps partiel, les indicateurs suivants :

- Concernant les RHA post-chirurgie :
 - Délai moyen entre l'intervention chirurgicale et le RHA ;
 - % RHA post-chirurgie avec un délai de prise en charge en SSR > 90 jours ;
- Concernant la grille AVQ :
 - AVQ moyen physique ;
 - AVQ moyen cognitif ;
- Concernant le score RR :
 - Score RR moyen ;
 - Score RR médian.

1.D.2.GNHC – Case-mix par Groupe Nosologique – Hospitalisation complète

Le *tableau porte sur les RHA de l'année n.*

- **Tableau A : Casemix par GN - SSRHA et journées – Hospitalisation complète**
- **Tableau B : Casemix par GN - Patients – Hospitalisation complète**

¹² Voir *Remarques générales*

Tableau C : Casemix par GN - Post-chirurgie, AVQ, score RR – Hospitalisation complète

Le tableau porte sur les RHA des années n-1 et n.

Le tableau présente, pour chaque Groupe Nosologique et pour les SSRHA en hospitalisation complète (informations issues du premier RHA de l'année n de chaque séjour), les indicateurs suivants :

- SSRHA : effectif et % représentant chaque GN par rapport au total de l'établissement ;
- Journées de présence : effectif et % représentant chaque GN par rapport au total de l'établissement ;
- Age moyen ;
- Part de femmes dans chaque GN ;
- Part des journées de présence de chaque GN par rapport au total des journées de présence enregistrées dans la base nationale pour l'année n-1¹³.

Le **tableau A** présente, pour chaque Groupe Nosologique et pour l'ensemble des SSRHA en hospitalisation complète, et selon la période (« avant mars » / « à partir de mars » selon la version de la classification prise en compte), des indicateurs liés aux SSRHA et aux journées :

- SSRHA : effectif et % représentant chaque CM par rapport au total de l'établissement ;
- Journées de présence :
 - Pour les années n-1 et 1 : effectif ;
 - Pour l'année n : effectif et % représentant chaque GN par rapport au total de l'établissement ;
- Part des journées de présence enregistrées dans la base nationale pour l'année n-1¹³ pour le GN considéré ;
- Journées de présence dans une unité de type polyvalent (type UM = '50') : % représentant chaque GN par rapport au total de l'établissement ;
- Journées de présence dans une unité de type spécialisé (type UM = '51' à '59') : % représentant chaque GN par rapport au total de l'établissement ;

Le **tableau B** présente, pour chaque Groupe Nosologique et pour les SSRHA en hospitalisation complète, des indicateurs liés aux patients :

- SSRHA terminées (Type de suite = '1' ou '2') :
 - Effectif ;
 - Nombre moyen de journées de présence PMSI sur années N-1 et N ;
 - Durée moyenne de séjour (DMS), avec durée SSRHA = *date de sortie* – *date d'entrée* +1 ;
 - Nombre moyen d'UM : nombre moyen d'unités médicales ;
- Sur l'ensemble des SSRHA en hospitalisation complète, avec chainage correct (9 codes retour à 0) et sans incohérence :
 - Patients : effectif (nombre de numéros anonymes distincts) ;
 - Part de femmes dans chaque CM ;
 - Age moyen ;
 - Age médian ;
 - Part de patients âgés de moins de 18 ans ;

¹³ Voir Remarques générales

- o Part de patients âgés de 75 ans et plus.

L'âge retenu pour chaque patient est celui inscrit sur le premier RHA transmis pour ce patient.

Le **tableau C** présente, pour chaque Groupe Nosologique et pour les SSRHA en hospitalisation complète, les indicateurs suivants :

- Concernant les SSRHA post-chirurgie :
 - o Effectif ;
 - o Délai moyen entre l'intervention chirurgicale et l'admission en SSR (premier RHA transmis) ;
 - o % SSRHA post-chirurgie avec un délai de prise en charge en SSR > 90 jours ;
- Concernant la grille AVQ :
 - o A l'admission en SSR (premier RHA transmis pour chaque SSRHA commencée dans la période, soit avec *Type de suite* = '1' ou '3') : AVQ moyen physique et AVQ moyen cognitif ;
 - o A la sortie de SSR (dernier RHA transmis pour chaque SSRHA terminée, soit avec *Type de suite* = '1' ou '2') : AVQ moyen physique et AVQ moyen cognitif ;
- Concernant le score RR (sur l'ensemble des SSRHA en hospitalisation complète) :
 - o Score RR moyen ;
 - o Score RR médian.

1.D.2.GNHP – Case-mix par Groupe Nosologique – Hospitalisation à temps partiel

- **Tableau A : Casemix par GN - Journées – Hospitalisation à temps partiel**
- **Tableau B : Casemix par GN - Patients – Hospitalisation à temps partiel**
- **Tableau C : Casemix par GN - Post-chirurgie, AVQ, score RR – Hospitalisation à temps partiel**

Le tableau porte sur les RHA de l'année n.

Le tableau présente, pour chaque Groupe Nosologique et pour les RHA en hospitalisation à temps partiel, les indicateurs suivants :

- RHA : effectif et % représentant chaque GN par rapport au total de l'établissement ;
- Journées de présence : effectif et % représentant chaque GN par rapport au total de l'établissement ;
- Age moyen ;
- Part de femmes dans chaque GN ;
- Part des journées de présence de chaque GN par rapport au total des journées de présence enregistrées dans la base nationale pour l'année n-1¹⁴.

Le **tableau A** présente, pour chaque Groupe Nosologique et pour les RHA en hospitalisation à temps partiel, et selon la période (« avant mars » / « à partir de mars » selon la version de la classification prise en compte), des indicateurs liés aux journées :

¹⁴ Voir *Remarques générales*

- Journées de présence : effectif et % représentant chaque GN par rapport au total de l'établissement ;
- Part des journées de présence enregistrées dans la base nationale pour l'année n-1¹⁵ pour la GN considérée ;
- Journées de présence dans une unité de type polyvalent (type UM = '50') : % représentant chaque GN par rapport au total de l'établissement ;
- Journées de présence dans une unité de type spécialisé (type UM = '51' à '59') : % représentant chaque GN par rapport au total de l'établissement ;

Le **tableau B** présente, pour chaque Groupe Nosologique et pour les RHA en hospitalisation à temps partiel (SSRHA avec chainage correct), des indicateurs liés aux patients :

- Patients : effectif (nombre de numéros anonymes distincts) ;
- Durée moyenne d'hospitalisation (DMH) par patient : nombre moyen de journées de présence PMSI calculé à partir du nombre de journées de présence des RHA correspondants, par rapport au nombre de patients ;
- Part de femmes dans chaque GN ;
- Age moyen ;
- Age médian ;
- Part de patients âgés de moins de 18 ans ;
- Part de patients âgés de 75 ans et plus.

L'âge de chaque patient est celui inscrit sur le premier RHA transmis pour ce patient.

Le **tableau C** présente, pour chaque Groupe Nosologique et pour les RHA en hospitalisation à temps partiel, les indicateurs suivants :

- Concernant les RHA post-chirurgie :
 - Délai moyen entre l'intervention chirurgicale et le RHA ;
 - % RHA post-chirurgie avec un délai de prise en charge en SSR > 90 jours ;
- Concernant la grille AVQ :
 - AVQ moyen physique ;
 - AVQ moyen cognitif ;
- Concernant le score RR :
 - Score RR moyen ;
 - Score RR médian.

1.D.2.GMEHC – Case-mix par Groupe Médico-Economique – Hospitalisation complète

Le tableau porte sur les RHA de l'année n.

Le tableau présente, pour chaque Groupe Médico-Economique et pour les SSRHA en hospitalisation complète, et selon la période (« avant mars » / « à partir de mars » selon la version de la classification prise en compte), les effectifs de SSRHA et de journées de présence selon les catégories suivantes :

- Niveau de sévérité 0 ;

¹⁵ Voir *Remarques générales*

- Niveau de sévérité 1 ;
- Niveau de sévérité 2.

Remarque : la distinction Hospitalisation complète / Hospitalisation à temps partiel est faite à partir de la variable *Type d'hospitalisation*, les prises en charge d'hospitalisation complète réalisées au cours d'une seule journée de présence apparaissent donc dans ce tableau, soit en niveau 0, soit en niveau 1 (le niveau 0 n'ayant pas été créé pour toutes les racines de GME) ;

- si un patient atteint l'âge de 18 ans au cours d'un même séjour, seules les journées correspondant aux RHA du séjour où il n'avait pas encore atteint cet âge sont prises en compte dans le tableau.

1.D.2.GMEHP – Case-mix par Groupe Médico-Economique – Hospitalisation à temps partiel

Le tableau porte sur les RHA de l'année n.

Le tableau présente, pour chaque Groupe Médico-Economique et pour les RHA en hospitalisation à temps partiel, et selon la période (« avant mars » / « à partir de mars » selon la version de la classification prise en compte), les effectifs de RHA et de journées de présence selon les catégories suivantes :

- Niveau de sévérité 0 ;
- Niveau de sévérité 1.

1.D.2.LISP – Lits identifiés soins palliatifs

Le tableau porte sur les RHA des années n-1 et n, transmis en année n.

Le tableau présente, pour le GN 2303 *Soins palliatifs* et pour l'ensemble des autres GN, le nombre de SSRHA en hospitalisation complète avec au moins un RHA renseigné avec la variable *Lits identifiés soins palliatifs* = '08'.

1.D.2.POLYH – Case-mix de l'activité des patients avec polyhandicap lourd

- Tableau A : Case-mix des patients avec polyhandicap lourd
- Tableau B : Case-mix des séjours des patients avec polyhandicap lourd – Hospitalisation complète
- Tableau B : Case-mix des RHA des patients avec polyhandicap lourd – Hospitalisation à temps partiel

Le tableau porte sur les RHA de l'année n.

Les **tableaux A à C** portent sur l'activité liée aux patients avec polyhandicap lourd. L'activité repérée dans ces tableaux concerne les SSRHA avec chainage correct :

- en hospitalisation complète : les SSRHA avec au moins un RHA comportant un diagnostic de chacune des listes (voir annexe) ;
- en hospitalisation partielle : l'ensemble des RHA comportant un diagnostic de chacune des listes (voir annexe).

Le **tableau A** dénombre par GN et pour l'ensemble de chaque CM les éléments suivants :

- patients : nombre distincts de numéros anonymes ;
- âge moyen : l'âge pris en compte est celui présent sur chaque RHA **du premier RHA de chaque SSRHA pour l'hospitalisation complète et l'âge de chaque RHA pour l'hospitalisation partielle** ;
- journées de **prise en charge présence PMSI** concernant les patients de moins de 18 ans : effectif et %.

Le **tableau B** dénombre, pour les SSRHA en hospitalisation complète, par GN et pour l'ensemble de chaque CM, les éléments suivants :

- SSRHA : effectif ;
- SSRHA en niveau 2 : % des SSRHA classés dans un GME de niveau 2 ;
- SSRHA concernant les patients de moins de 18 ans : % des SSRHA avec un âge sur le premier RHA **transmis en année n-1 ou n** < 18 ans ;
- patients : nombre distincts de numéros anonymes ;
- âge moyen : l'âge pris en compte est celui du premier RHA **transmis en année n-1 ou n** de chaque SSRHA ;
- journées de **prise en charge présence PMSI** : effectif ;
- Durée moyenne d'hospitalisation (DMH) des patients : calculée à partir du nombre de journées de **présence PMSI** en année n, par rapport au nombre de patients.

Le **tableau C** dénombre, pour les RHA en hospitalisation à temps partiel, par GN et pour l'ensemble de chaque CM, les éléments suivants :

- patients : nombre distincts de numéros anonymes ;
- âge moyen par RHA ;
- journées de **prise en charge présence PMSI** : effectif ;
- **journées concernant les patients de moins de 18 ans : % des journées de présence PMSI avec un âge < 18 ans.**
- **RHA : effectif ;**
- **RHA concernant les patients de moins de 18 ans : % des RHA avec un âge < 18 ans.**

1.D.2.PREC – Analyse des diagnostics de précarité

- **Tableau A : Répartition des diagnostics de précarité**
- **Tableau B : Casemix des séjours avec diagnostic de précarité – Hospitalisation complète**
- **Tableau B : Casemix des RHA avec diagnostic de précarité – Hospitalisation à temps partiel**

Les tableaux portent sur les RHA des années n-1 et n, transmis en année n.

Le **tableau A** présente, pour chaque diagnostic de précarité (voir annexe 2) et pour les SSRHA avec chainage correct (9 codes retour à 0), les indicateurs suivants :

- **Patients : effectif (nombre de numéros anonymes distincts) ;**
- **SSRHA : effectif ;**
 - **Dont SSRHA pour un bénéficiaire de la CMU ;**
 - **Dont SSRHA pour un bénéficiaire de l'AME (Séjour facturable à l'AM = '0' et Motif de non facturation à l'AM = '1').**

Le **tableau B** présente, pour l'hospitalisation complète, le case mix des SSRHA avec un diagnostic de précarité sur au moins un des RHA du SSRHA, avec les indicateurs suivants :

- Patients : effectif (nombres de numéros anonymes distincts, pour les SSRHA avec chainage correct, soit 9 codes retour à 0) ;
- SSRHA terminées (*Type de suite = '1' ou '2'*)
 - Nombre moyen de journées de présence PMSI sur année N-1 et N ;
 - Durée moyenne de séjour (DMS, avec durée SSRHA = *date de sortie – date d'entrée +1*) ;
- SSRHA : effectif ;
 - Dont SSRHA pour un bénéficiaire de la CMU ;
 - Dont SSRHA pour un bénéficiaire de l'AME (*Séjour facturable à l'AM = '0' et Motif de non facturation à l'AM = '1'*) ;
- Journées de présence PMSI : effectif ;
 - Dont journées de présence PMSI pour un bénéficiaire de la CMU ;
 - Dont journées de présence PMSI pour un bénéficiaire de l'AME (*Séjour facturable à l'AM = '0' et Motif de non facturation à l'AM = '1'*) ;

Le **tableau C** présente, pour l'hospitalisation à temps partiel, le case mix des RHA avec un diagnostic de précarité, avec les indicateurs suivants :

- Patients : effectif (nombres de numéros anonymes distincts, pour les SSRHA avec chainage correct, soit 9 codes retour à 0) ;
- Durée moyenne d'hospitalisation (DMH) par patient, soit le nombre moyen de journées de présence PMSI sur l'année n par patient pour les RHA avec chainage correct (9 codes retour à 0) ;
- Effectif de RHA ;
 - Dont RHA pour un bénéficiaire de la CMU ;
 - Dont RHA pour un bénéficiaire de l'AME (*Séjour facturable à l'AM = '0' et Motif de non facturation à l'AM = '1'*) ;
- Effectif de journées de présence PMSI ;
 - Dont journées de présence PMSI pour un bénéficiaire de la CMU ;
 - Dont journées de présence PMSI pour un bénéficiaire de l'AME (*Séjour facturable à l'AM = '0' et Motif de non facturation à l'AM = '1'*) ;

Diversité de l'activité

1.D.2.DA – Diversité de l'activité

- **Tableau A : Les 5 CM les plus fréquentes par type d'autorisation – Hospitalisation complète**
- **Tableau B : Les 5 CM les plus fréquentes par type d'autorisation – Hospitalisation à temps partiel**

Les tableaux portent sur les RHA de l'année n.

Le **tableau A** présente, pour les SSRHA en hospitalisation complète et pour les 5 CM les plus fréquentes (en nombre de journées de présence PMSI) par type d'autorisation, les indicateurs suivants :

- SSRHA : effectif ;
- Journées de présence PMSI :
 - Effectif ;
 - % de journées dans le type d'autorisation ;
 - % de journées de niveau 2 ;
- Score RR moyen ;
- Concernant la grille AVQ :
 - Pour le type d'autorisation inscrit dans le 1^{er} RHA transmis (pour les SSRHA commencées dans la période, soit *Type de suite* = '1' ou '3') : AVQ physique moyen et AVQ cognitif moyen à l'admission ;
 - Pour le type d'autorisation inscrit dans le dernier RHA transmis (pour les SSRHA terminées dans la période, soit *Type de suite* = '1' ou '2') : AVQ physique moyen et AVQ cognitif moyen à la sortie ;

Le **tableau B** présente, pour les RHA en hospitalisation à temps partiel et pour les 5 CM les plus fréquentes (en nombre de journées de présence PMSI) par type d'autorisation, les indicateurs suivants :

- Journées de présence PMSI :
 - Effectif ;
 - % de journées dans le type d'autorisation ;
- Score RR moyen ;
- Concernant la grille AVQ :
 - AVQ physique moyen ;
 - AVQ cognitif moyen ;

Le tableau présente plusieurs informations liées à la diversité de l'activité de l'établissement, basées sur le groupage des RHA obtenu par GENRHA, selon le type d'hospitalisation (Hospitalisation complète / Hospitalisation à temps partiel). Les indicateurs sont :

- CM différentes : effectif ;
- GN différents : effectif et % par rapport au nombre total de GN hors erreur de la version de la classification pour l'année n ;
- RGME différents : effectif et % par rapport au nombre total de RGME hors erreur de la version de la classification pour l'année n ;
- GME différents : effectif et % par rapport au nombre total de GME hors erreur de la version de la classification pour l'année n ;
- GN majoritaires en nombre de journées de présence : effectif de GN représentant 80% et 50% des journées de présence (cumul progressif des journées de présence des GN par ordre décroissant) ;
- RGME majoritaires en nombre de journées de présence : effectif de RGME représentant 80% et 50% des journées de présence (cumul progressif des journées de présence des RGME par ordre décroissant) ;
- GME majoritaires en nombre de journées de présence : effectif de GME représentant 80% et 50% des journées de présence (cumul progressif des journées de présence des GME par ordre décroissant) ;

1.D.2.DAGN – Diversité de l'activité – les 5 GN les plus fréquents par CM

- **Tableau A : Les 5 GN les plus fréquents par CM – Hospitalisation complète**
- **Tableau B : Les 5 GN les plus fréquents par CM - Hospitalisation à temps partiel**

Les tableaux portent sur les RHA de l'année n.

Les tableaux présentent, selon le type d'hospitalisation (un tableau par type : temps complet, temps partiel), les 5 GN les plus fréquents au sein de chaque CM. Les indicateurs sont :

- SSRHA pour l'hospitalisation complète (tableau A), ~~RHA pour l'hospitalisation à temps partiel (tableau B)~~ : effectif ;
- Journées de présence **PMSI** : effectif et part du GN au sein de sa CM dans l'établissement ;
- Part des journées de présence **PMSI** de chaque GN au sein de sa CM observée dans la base nationale pour l'année n-1¹⁶.

Pour chaque CM, la dernière ligne correspond au sous-total des 5 GN les plus fréquents de la CM.

1.D.2.DAGME – Diversité de l'activité – les 5 GME les plus fréquents par GN

- **Tableau A : Hospitalisation complète - Les 5 GME les plus fréquents par GN**
- **Tableau B : Hospitalisation à temps partiel - Les 5 GME les plus fréquents par GN**

Les tableaux portent sur les RHA de l'année n.

Les tableaux présentent, selon le type d'hospitalisation (un tableau par type : temps complet, temps partiel), les 5 GME les plus fréquents au sein de chaque GN. Les indicateurs sont :

- SSRHA pour l'hospitalisation complète (premier tableau), ~~RHA pour l'hospitalisation à temps partiel (second tableau)~~ : effectif ;
- Journées de présence **PMSI** : effectif et part du GME au sein de son GN dans l'établissement ;
- Part des journées de présence **PMSI** de chaque GME au sein de son GN observée dans la base nationale pour l'année n-1¹⁷.

Pour chaque GN, la dernière ligne correspond au sous-total des 5 GME les plus fréquents du GN.

1.D.2.DAMMP – Diversité de l'activité – les 5 MMP les plus fréquentes par CM

- **Tableau A : Hospitalisation complète - Les 5 MMP les plus fréquentes par CM**
- **Tableau B : Hospitalisation à temps partiel - Les 5 MMP les plus fréquentes par CM**

Les tableaux portent sur les RHA de l'année n.

Les tableaux présentent, selon le type d'hospitalisation (un tableau par type : temps complet, temps partiel), les 5 codes CIM-10 les plus fréquents pour la Manifestation Morbide Principale au sein de chaque CM en terme de nombre de journées de présence **PMSI** (effectif et part de chaque code CIM-10 au sein de la CM).

¹⁶ Voir *Remarques générales*

¹⁷ Voir *Remarques générales*

Pour chaque CM, la dernière ligne correspond au sous-total des 5 codes CIM-10 pour la MMP les plus fréquentes de la CM.

Activités de la vie quotidienne (AVQ)

1.D.2.AVQA – Répartition des scores AVQ à l'admission en hospitalisation complète

- **Tableau A : Score de dépendance physique à l'admission en HC – Répartition**
- **Tableau B : Score de dépendance physique à l'admission en HC – Moyenne**
- **Tableau C : Score de dépendance cognitive à l'admission en HC – Répartition**
- **Tableau D : Score de dépendance cognitive à l'admission en HC – Moyenne**

Les tableaux portent sur les RHA de l'année n.

Les **tableaux A et C** présentent la répartition des scores AVQ, respectivement pour la dépendance physique¹⁸ et la dépendance cognitive¹⁹, enregistrés à l'admission dans l'établissement en hospitalisation complète (premier RHA de chaque SSRHA **commencée dans la période, soit Type de suite = '1' ou '3'**), selon les classes suivantes :

- Pour la dépendance physique (tableau A) :
 - Score = 4 ;
 - $5 \leq \text{Score} \leq 8$;
 - $9 \leq \text{Score} \leq 12$;
 - $13 \leq \text{Score} \leq 16$.
- Pour la dépendance cognitive (tableau C) :
 - Score = 2 ;
 - $3 \leq \text{Score} \leq 4$;
 - $5 \leq \text{Score} \leq 6$;
 - $7 \leq \text{Score} \leq 8$.

Seuls sont pris en compte les **RHA dont tous les** items (*habillement, déplacement, alimentation et continence* pour la dépendance physique ; *relation et comportement* pour la dépendance cognitive) avec des valeurs comprises entre 1 et 4.

Pour chaque classe sont présentés les indicateurs suivants :

- SSRHA en hospitalisation complète : effectif et %.

Les **tableaux B et D** indiquent le score moyen, respectivement pour la dépendance physique (tableau B) et cognitive (tableau D) à l'admission dans l'établissement en hospitalisation complète (**soit l'AVQ inscrit sur le premier RHA pour les SSRHA commencées dans la période, soit Type de suite = '1' ou '3'**).

1.D.2.AVQS – Répartition des scores AVQ à la sortie en hospitalisation complète

¹⁸ Score de dépendance physique : somme des items *habillement, déplacement, alimentation et continence*

¹⁹ Score de dépendance cognitive : somme des items *relation et comportement*

- **Tableau A : Score de dépendance physique à la sortie – Répartition**
- **Tableau B : Score de dépendance physique à la sortie – Moyenne**
- **Tableau C : Score de dépendance cognitive à la sortie – Répartition**
- **Tableau D : Score de dépendance cognitive à la sortie – Moyenne**

Les tableaux portent sur les RHA de l'année n.

Les **tableaux A et C** présentent la répartition des scores AVQ, respectivement pour la dépendance physique¹ et la dépendance cognitive², enregistrés à la sortie du séjour en hospitalisation complète (dernier RHA de chaque séjour) pour les SSRHA complets (*Type de suite* = '1') ou tronqués à gauche (*Type de suite* = '2'), selon les classes suivantes :

- Pour la dépendance physique (tableau A) :
 - Score = 4 ;
 - $5 \leq \text{Score} \leq 8$;
 - $9 \leq \text{Score} \leq 12$;
 - $13 \leq \text{Score} \leq 16$.
- Pour la dépendance cognitive (tableau C) :
 - Score = 2 ;
 - $3 \leq \text{Score} \leq 4$;
 - $5 \leq \text{Score} \leq 6$;
 - $7 \leq \text{Score} \leq 8$.

Seuls sont pris en compte les **RHA dont tous les** items (*habillement, déplacement, alimentation et continence* pour la dépendance physique ; *relation et comportement* pour la dépendance cognitive) avec des valeurs comprises entre 1 et 4.

Pour chaque classe sont présentés les indicateurs suivants :

- SSRHA en hospitalisation complète : effectif et %.

Les **tableaux B et D** indiquent le score moyen, respectivement pour la dépendance physique (tableau B) et cognitive (tableau D) à la sortie de l'établissement en hospitalisation complète (**soit l'AVQ inscrit sur le dernier RHA pour les SSRHA terminées dans la période, soit *Type de suite* = '1' ou '2'**).

1.D.2.AVQHP – Répartition des scores AVQ en hospitalisation à temps partiel

- **Tableau A : Score de dépendance physique en HTP – Répartition**
- **Tableau B : Score de dépendance physique en HTP – Moyenne**
- **Tableau C : Score de dépendance cognitive en HTP – Répartition**
- **Tableau D : Score de dépendance cognitive en HTP – Moyenne**

Les tableaux portent sur les RHA de l'année n.

Les **tableaux A et C** présentent la répartition des scores AVQ, respectivement pour la dépendance physique²⁰ et la dépendance cognitive²¹, enregistrés dans l'établissement en hospitalisation à temps partiel, selon les classes suivantes :

- Pour la dépendance physique (tableau A) :
 - Score = 4 ;
 - $5 \leq \text{Score} \leq 8$;
 - $9 \leq \text{Score} \leq 12$;
 - $13 \leq \text{Score} \leq 16$.
- Pour la dépendance cognitive (tableau C) :
 - Score = 2 ;
 - $3 \leq \text{Score} \leq 4$;
 - $5 \leq \text{Score} \leq 6$;
 - $7 \leq \text{Score} \leq 8$.

Seuls sont pris en compte les RHA dont tous les items (*habillement, déplacement, alimentation et continence* pour la dépendance physique ; *relation et comportement* pour la dépendance cognitive) ont des valeurs comprises entre 1 et 4.

Pour chaque classe sont présentés les indicateurs suivants :

- RHA en hospitalisation à temps partiel : effectif et %.

Les **tableaux B et D** indiquent le score moyen, respectivement pour la dépendance physique (tableau B) et cognitive (tableau D) dans l'établissement en hospitalisation à temps partiel.

Diagnostics

1.D.2.CIM – 50 catégories de diagnostics CIM-10 les plus fréquentes

- **Tableau A : 50 catégories de diagnostic de Finalité Principale les plus fréquentes**
- **Tableau B : 50 catégories de diagnostic de Manifestation Morbide Principale ou Affection Etiologique les plus fréquentes**
- **Tableau C : 50 catégories de Diagnostics Associés les plus fréquentes**
- **Tableau D : 50 catégories de diagnostics CIM-10 les plus fréquentes dans la liste des CMA**

Les tableaux portent sur les RHA de l'année n.

Les **tableaux A à C** portent sur les 50 catégories CIM-10 (3 premiers digits du code) les plus fréquentes codées en position de Finalité Principale, Manifestation Morbide Principale / Affection Etiologique, et Diagnostic Associé (un tableau par type de diagnostic). Pour chaque code CIM-10 et selon le type de diagnostic considéré (FP, MMP/AE, DA) sont présentés les indicateurs suivants :

- Nombre de journées de présence ;

²⁰ Score de dépendance physique : somme des items *habillement, déplacement, alimentation et continence*

²¹ Score de dépendance cognitive : somme des items *relation et comportement*

- Part des diagnostics de cette catégorie.

Le tableau D porte sur les 50 catégories CIM-10 (3 premiers digits du code) les plus fréquentes en hospitalisation complète, en nombre de SSRHA, codées en position de Finalité Principale, Manifestation Morbide Principale ou Diagnostic Associé, et appartenant à la liste des CMA.

1.D.2.CHCIM – Répartition des pathologies par chapitre de la CIM-10

Le tableau porte sur les RHA de l'année n.

Le tableau présente la répartition des journées de présence (effectifs et %) selon le chapitre de la CIM-10 pour l'ensemble des diagnostics codés, qu'ils soient en position de Finalité Principale, Manifestation Morbide Principale, Affection Etiologique ou Diagnostique associé, d'une part pour l'hospitalisation complète et d'autre part pour l'hospitalisation à temps partiel.

Actes CCAM et CSARR

1.D.2.CCAM – 50 actes médicaux les plus fréquents

- **Tableau A : 50 actes médicaux les plus fréquents - Hospitalisation complète**
- **Tableau B : 50 actes médicaux les plus fréquents - Hospitalisation à temps partiel**

Les tableaux portent sur les RHA de l'année n.

Les tableaux présentent, dans un premier temps pour l'hospitalisation à temps complet puis pour l'hospitalisation à temps partiel, pour chacun des 50 codes actes CCAM les plus fréquents (en nombre d'occurrences de réalisations associé au code activité), les éléments suivants :

- Acte CCAM : code et libellé ;
- Code activité ;
- Nombre d'occurrences de réalisations :
 - Pour l'ensemble des patients,
 - Pour les patients de moins de 18 ans ;
- Nombre de SSRHA (hospitalisation complète) ou RHA (hospitalisation à temps partiel) avec au moins une fois le code acte/activité :
 - Pour l'ensemble des patients,
 - Pour les patients âgés de moins de 18 ans.
- **Caractéristiques de l'acte CCAM :**
 - **RR : si à l'acte CCAM correspond une pondération rentrant dans le calcul du score RR ;**
 - **CMA : si l'acte CCAM fait partie de la liste des CMA.**

1.D.2.ARRCH – Répartition des actes de rééducation-réadaptation par chapitre et par type d'hospitalisation

Le tableau porte sur les RHA de l'année n.

Le tableau présente plusieurs indicateurs pour les actes CSARR et actes CCAM de rééducation, présentés selon le chapitre du catalogue (voir annexe 1) et selon la catégorie de l'acte :

- Actes d'évaluation ;
- Actes de prise en charge ;
- Actes CCAM de rééducation ;
- Pour le groupe *Appareillage* :
 - Actes de fabrication d'appareillage ;
 - Actes de fourniture et adaptation d'appareillage ;
 - Actes de rééducation et apprentissage de l'utilisation d'appareillage.

Les indicateurs présentés, d'une part pour l'hospitalisation complète et d'autre part pour l'hospitalisation à temps partiel, sont :

- Effectif et % par rapport au nombre total : SSRHA pour l'hospitalisation complète, RHA pour l'hospitalisation à temps partiel ;
- Actes : nombre d'occurrences et % par rapport au nombre total d'occurrences ;
- Pondération : % par rapport au total des pondérations de l'ensemble des actes.

1.D.2.ARRCM – Répartition des actes de rééducation réadaptation **par chapitre et par** Catégorie Majeure

- **Tableau A : Répartition des actes de Rééducation-Réadaptation par CM – par Type d'hospitalisation**
- **Tableau B : Répartition des actes de Rééducation-Réadaptation par CM – par chapitre CSARR**

Le tableau porte sur les RHA de l'année n.

Le **tableau A** présente par Catégorie Majeure, pour les actes CSARR et les actes CCAM de rééducation, et selon le type d'hospitalisation (un tableau par type d'hospitalisation), les indicateurs suivants :

- Actes de RR (CSARR et CCAM) : nombre de réalisations et % par rapport au nombre total de réalisations ;
- Pondération : effectif et % par rapport au total des pondérations de l'ensemble des actes de RR ;
- Part des actes CCAM au sein du volume total de réalisations d'actes de RR dans la CM ;
- Part de la pondération des actes CCAM au sein du volume total de réalisations d'actes de RR dans la CM ;
- Nombre moyen d'actes CCAM (nombre de réalisations) par journée de présence en année n, soit le nombre total de réalisations d'actes CCAM, rapporté au nombre total de journées de présence PMSI incluses dans le calcul du score RR, en année n ;
- Nombre moyen d'actes CSARR (nombre de réalisations) par journée de présence en année n, soit le nombre total de réalisations d'actes CSARR, rapporté au nombre total de journées de présence PMSI incluses dans le calcul du score RR, en année n.

Le **tableau B** présente, pour chaque chapitre du catalogue (voir annexe 1) et par CM, le nombre d'actes CSARR et actes CCAM de rééducation (nombre d'occurrences) et le % correspondant (par rapport au nombre total d'occurrences de réalisations).

1.D.2.ARRGN – Répartition des actes de rééducation réadaptation par **catégorie majeure et Groupe Nosologique**

Le tableau porte sur les RHA de l'année n.

Le tableau présente par Groupe Nosologique, pour les actes CSARR et les actes CCAM de rééducation avec une pondération non nulle, et selon le type d'hospitalisation (un tableau par type d'hospitalisation), les indicateurs suivants :

- Actes de RR (CSARR et CCAM) : nombre de réalisations et % par rapport au nombre total de réalisations ;
- Pondération : effectif et % par rapport au total des pondérations de l'ensemble des actes de RR ;
- Part des actes CCAM au sein du volume total de réalisations d'actes de RR dans le GN ;
- Part de la pondération des actes CCAM au sein du volume total de réalisations d'actes de RR dans le GN ;
- Nombre moyen d'actes CCAM (nombre de réalisations) par journée de présence en année n, soit le nombre total de réalisations d'actes CCAM, rapporté au nombre total de journées de présence PMSI incluses dans le calcul du score RR, en année n ;
- Nombre moyen d'actes CSARR (nombre de réalisations) par journée de présence en année n, soit le nombre total de réalisations d'actes CSARR, rapporté au nombre total de journées de présence PMSI incluses dans le calcul du score RR, en année n.

Le tableau présente par catégorie majeure et Groupe Nosologique, pour les actes CSARR et les actes CCAM de rééducation, les indicateurs suivants :

- Actes : nombre d'occurrences et % par rapport au nombre total d'occurrences ;
- Pondération : % par rapport au total des pondérations de l'ensemble des actes ;
- Nombre de journées de présence des RHA comportant au moins un acte de rééducation-réadaptation (CCAM et/ou CSARR) ;
- Nombre moyen d'actes (nombre moyen d'occurrences) par journée de présence ;
- Pondération moyenne par journée de présence.

1.D.2.EVAL – Répartition des actes par prise en charge - Evaluations

Le tableau porte sur les RHA de l'année n.

Le tableau présente le nombre d'actes d'évaluation (voir annexe 2) et le % correspondant (par rapport à l'ensemble des actes CSARR), selon les catégories suivantes :

- Evaluations initiales ;
- Evaluations intermédiaires ;
- Evaluations finales ;
- **Autres évaluations Evaluations non datées.**

1.D.2.COLL – Répartition des actes par prise en charge – actes collectifs, individuels dédiés et non dédiés

Le tableau porte sur les RHA de l'année n.

Le tableau présente, pour les actes collectifs et les actes individuels (dédiés, non dédiés et sans précision), les indicateurs suivants :

- Actes : nombre d'occurrences et % par rapport à l'ensemble des actes CSARR ;
- Nombre moyen de patients par acte (si RHA avec nombre de patients > 0).

Remarque : le codage de la variable *Nombre de patients* est obligatoire, la catégorie « Actes individuels sans précision » doit donc être vide.

Les catégories d'actes sont définies de la manière suivante :

- Actes collectifs : liste en annexe 2 ;
- Actes individuels : actes hors liste des actes collectifs fournie en annexe 2
 - Dédiés : le nombre de patients est égal à 1 ;
 - Non dédiés : le nombre de patients est renseigné et supérieur à 1 ;
 - Sans précision : le nombre de patients est égal à 0 ou n'est pas renseigné.

1.D.2.APP – Répartition par prise en charge - actes d'appareillage

Le tableau porte sur les RHA de l'année n.

Le tableau présente le nombre d'actes d'appareillage (voir annexe 2) et le % correspondant (par rapport à l'ensemble des actes CSARR), selon les catégories suivantes :

- Actes de fabrication d'appareillage sans étape de fabrication ;
- Actes de fabrication d'appareillage avec étape de fabrication A ;
- Actes de fabrication d'appareillage avec étape de fabrication B ;
- Actes de fabrication d'appareillage avec étape de fabrication C ;
- Actes de fabrication d'appareillage avec étape de fabrication absente : cet item doit être à 0 puisque le codage des étapes de fabrication est obligatoire ;
- Gestes complémentaires des actes relatifs à l'appareillage.

1.D.2.EDUC – Répartition par prise en charge - actes d'éducation et information

Le tableau porte sur les RHA de l'année n.

Le tableau présente plusieurs indicateurs pour les actes d'éducation et information (voir annexe 2) selon les catégories suivantes :

- Actes d'évaluation pour éducation thérapeutique ;
- Séances d'éducation thérapeutique ;
- Actes d'évaluation pour éducation et d'information à l'autosoins, en dehors d'un programme d'éducation thérapeutique ;
- Actes de prise en charge pour information, éducation ou apprentissage à l'autosoins, en dehors d'un programme d'éducation thérapeutique.

Les indicateurs sont :

- Nombre d'actes ;
- % d'actes par rapport au total des actes d'éducation et information ;
- % d'actes par rapport au total des actes CSARR ;

- CM la plus fréquente (en nombre d'occurrences) ;
- % des actes de la catégorie par rapport à l'ensemble des actes de la CM.

1.D.2.BALNEO – Répartition par prise en charge - actes de balnéothérapie

Le tableau porte sur les RHA de l'année n.

Le tableau présente, pour les actes de balnéothérapie (voir annexe 2), selon les catégories « Actes de balnéothérapie » et « Actes avec modulateur QM », les indicateurs suivants :

- Nombre d'actes (nombre d'occurrences) ;
- % d'actes par rapport au total des actes CSARR ;
- CM la plus fréquente (en nombre d'occurrences) ;
- % des actes de la catégorie par rapport à l'ensemble des actes de la CM.

1.D.2.MODUL – Utilisation des modulateurs

Le tableau porte sur les RHA de l'année n.

Le tableau présente plusieurs indicateurs liés aux modulateurs de lieu et de patients enregistrés dans les RHA :

- Nombre d'actes (nombre d'occurrences) ;
- % d'actes par rapport au nombre total d'actes acceptant ce modulateur ;
- CM la plus fréquente (en nombre d'occurrences) ;
- % des actes de la catégorie par rapport à l'ensemble des actes de la CM.

1.D.2.CSARR – Distribution des actes de Rééducation-Réadaptation par sous-chapitre type d'intervenant

- **Tableau A : Distribution des actes de Rééducation-Réadaptation par type d'intervenant – Par sous-chapitre du CSARR**
- **Tableau B : Distribution des actes de Rééducation-Réadaptation par type d'intervenant – Par acte CSARR**

Le tableau porte sur les RHA de l'année n.

Les **tableaux A et B** présentent les effectifs d'actes et la somme des pondérations des actes CSARR, respectivement selon le sous-chapitre et le code CSARR, par type d'intervenant, d'une part pour l'hospitalisation complète, et d'autre part pour l'hospitalisation à temps partiel (un tableau par type d'hospitalisation).

1.D.2.CSARRINT – Distribution des actes de Rééducation-Réadaptation par type d'intervenant

Le tableau porte sur les RHA de l'année n.

Le tableau présente, par type d'intervenant et selon le type d'hospitalisation (un tableau par type d'hospitalisation), les indicateurs suivants :

- Actes CSARR :
 - effectif de réalisations et % ;
 - pondération ;
- Répartition des actes CSARR selon certains critères :
 - Collectif (voir liste annexe 2) ;
 - Individuel dédié (acte non collectif avec nombre de patients = 1) ;
 - Individuel non dédié (acte non collectif avec nombre de patients > 1) ;
 - Pluri professionnel (voir liste annexe 2).

Remarque : l'ensemble des actes CSARR codés sont pris en compte dans ce tableau, et ce même si la pondération est nulle (exemple : lorsque l'acte CSARR n'a pas de pondération avec un certain modulateur de lieu).

1.D.2.CSARRDOC – Distribution des actes de Rééducation-Réadaptation selon l'extension documentaire

Le tableau porte sur les RHA de l'année n.

Le **tableau A** présente les effectifs et la répartition des actes CSARR selon le code extension documentaire recueilli, d'une part pour l'hospitalisation complète, et d'autre part pour l'hospitalisation à temps partiel.

Pour chaque code extension documentaire sont également renseignés, en terme de nombre de réalisations d'actes CSARR :

- la catégorie d'intervenant la plus représentée, et le pourcentage associé ;
- le sous-chapitre CSARR le plus représenté, et le pourcentage associé.

Patients de moins de 18 ans

Cette partie concerne les patients âgés de moins de 18 ans. L'âge est considéré de plusieurs façons selon le type d'hospitalisation :

- Temps complet : le patient doit avoir moins de 18 ans sur le premier RHA transmis (année n-1 ou n) du SSRHA ;
- Temps partiel : âge de chaque RHA.

1.D.2.I18 – Prise en charge des patients de moins de 18 ans - Part de l'activité de l'établissement - Détail par classes d'âge

- **Tableau A** : Prise en charge des patients de moins de 18 ans – Détails par classe d'âge
- **Tableau B** : Prise en charge des patients de moins de 18 ans – Part de l'activité dans l'établissement

Le tableau porte sur les RHA de l'année n.

Le **tableau A** présente l'activité de l'établissement pour l'ensemble des patients âgés de moins de 18 ans et selon 4 classes d'âge :

- 0-3 ans ;
- 4-6 ans ;
- 7-12 ans ;
- 13-17 ans.

Les indicateurs présentés pour chaque classe d'âge et pour l'ensemble « Total < 18 ans » sont :

- Nombre de patients : nombre de numéros anonymes distincts ;
- Hospitalisation complète :
 - Nombre de SSRHA,
 - Nombre de journées de présence PMSI sur l'année n,
 - Nombre moyen de journées de présence PMSI sur année N-1 et N, sur SSRHA terminées (*Type de suite = '1' ou '2'*),
 - Durée moyenne de séjour (DMS), sur SSRHA terminées (*Type de suite = '1' ou '2'*), avec durée SSRHA = *date de sortie – date d'entrée + 1*,
 - Durée Moyenne d'Hospitalisation : nombre moyen de journées de présence PMSI sur l'année n, par patient en hospitalisation complète (numéro anonyme avec chaînage correct) ;
- Hospitalisation à temps partiel :
 - Nombre de journées de présence PMSI sur l'année n,
 - Durée Moyenne de prise en charge : nombre moyen de journées de présence PMSI sur l'année n, par patient (numéro anonyme).

Remarque : le total de nombre de patients de moins de 18 ans peut être inférieur à la somme des 4 nombres de patients, un patient pouvant être comptabilisé dans 2 classes d'âge consécutives, s'il a été pris en charge avant son anniversaire, puis une nouvelle fois après son anniversaire. Ainsi, pour exemple, un enfant pris en charge avant son 7^{ème} anniversaire, puis une nouvelle fois après cette date sera comptabilisé dans les classes d'âge « 4-6 ans » et « 7-12 ans ».

Le **tableau B** présente pour chaque indicateur de volume la part de l'activité de l'établissement tournée vers les patients âgés de moins de 18 ans par rapport à l'ensemble de l'activité de l'établissement, ainsi que la valeur calculée sur l'ensemble de la base nationale de l'année n-1²². Ce tableau présente également les durées moyennes d'hospitalisation pour l'ensemble de la population des patients de moins de 18 ans dans l'établissement, ainsi que pour les patients de moins de 18 ans sur l'ensemble de la base nationale de l'année n-1²² :

- % de patients : nombre de numéros anonymes distincts ;
- Hospitalisation complète :
 - % de SSRHA,
 - % de journées de présence PMSI sur l'année n,
 - Nombre moyen de journées de présence PMSI sur année N-1 et N, sur SSRHA terminées (*Type de suite = '1' ou '2'*),
 - Durée moyenne de séjour (DMS), sur SSRHA terminées (*Type de suite = '1' ou '2'*), avec durée SSRHA = *date de sortie – date d'entrée + 1*,

²² Voir Remarques générales

- Durée Moyenne d'Hospitalisation : nombre moyen de journées de présence **PMSI** sur l'année n, par patient en hospitalisation complète (numéro anonyme **avec chainage correct**) ;
- Hospitalisation à temps partiel :
 - % de journées de présence **PMSI** sur l'année n,
 - Durée Moyenne de prise en charge : nombre moyen de journées de présence **PMSI** sur l'année n, par patient (numéro anonyme).

1.D.2.I18CMHC – Prise en charge des patients de moins de 18 ans - Casemix par CM en hospitalisation complète

Le tableau porte sur les RHA de l'année n.

Le tableau présente, pour les patients âgés de moins de 18 ans, pour chaque CM avec prise en charge en hospitalisation à temps complet, les indicateurs suivants :

- SSRHA : effectif et % ;
- Journées de présence **PMSI** :
 - Effectif et %,
 - % enregistré dans la base nationale de l'année n-1²³ pour la CM considérée,
 - % pour les patients âgés de la classe d'âge 0-3 ans ,
 - % pour les patients âgés de la classe d'âge 4-6 ans,
 - % pour les patients âgés de la classe d'âge 7-12 ans,
 - % pour les patients âgés de la classe d'âge 13-17 ans.

1.D.2.I18CMHP – Prise en charge des patients de moins de 18 ans - Casemix par CM en hospitalisation à temps partiel

Le tableau porte sur les RHA de l'année n.

Le tableau présente, pour les patients de moins de 18 ans, pour chaque CM avec prise en charge en hospitalisation à temps partiel, des indicateurs liés aux journées de présence **PMSI** dans l'établissement :

- Effectif total et % ;
- % enregistré dans la base nationale de l'année n-1²³ pour la CM considérée ;
- % pour les patients âgés de la classe d'âge 0-3 ans ;
- % pour les patients âgés de la classe d'âge 4-6 ans ;
- % pour les patients âgés de la classe d'âge 7-12 ans ;
- % pour les patients âgés de la classe d'âge 13-17 ans.

1.D.2.I18GMEHC – Prise en charge des patients de moins de 18 ans - Casemix par GN et GME en hospitalisation complète

²³ Voir *Remarques générales*

Le tableau porte sur les RHA de l'année n.

Le tableau présente, pour les patients de moins de 18 ans, pour chaque GN/GME avec prise en charge en hospitalisation complète, et selon la période (« avant mars » / « à partir de mars » selon la version de la classification prise en compte), les indicateurs suivants :

- SSRHA : effectif et % ;
- Journées de présence PMSI :
 - Effectif total et %,
 - % enregistré dans la base nationale de l'année n-1²⁴ pour la CM considérée,
 - % pour les patients âgés de la classe d'âge 0-3 ans ,
 - % pour les patients âgés de la classe d'âge 4-6 ans,
 - % pour les patients âgés de la classe d'âge 7-12 ans,
 - % pour les patients âgés de la classe d'âge 13-17 ans.

1.D.2.I18GMEHP – Prise en charge des patients de moins de 18 ans - Casemix par GN et GME en hospitalisation à temps partiel

Le tableau porte sur les RHA de l'année n.

Le tableau présente, pour les patients de moins de 18 ans, pour chaque GN/GME avec prise en charge en hospitalisation à temps partiel, et selon la période (« avant mars » / « à partir de mars » selon la version de la classification prise en compte), des indicateurs liés aux journées de présence PMSI dans l'établissement :

- Effectif total et % ;
- % enregistré dans la base nationale de l'année n-1²⁴ pour la CM considérée ;
- % pour les patients âgés de la classe d'âge 0-3 ans ;
- % pour les patients âgés de la classe d'âge 4-6 ans ;
- % pour les patients âgés de la classe d'âge 7-12 ans ;
- % pour les patients âgés de la classe d'âge 13-17 ans.

1.D.2.I18ARRCH – Prise en charge des patients de moins de 18 ans - Répartition des actes de Rééducation-Réadaptation par chapitre

Le tableau porte sur les RHA de l'année n.

Remarque : ce tableau est équivalent au tableau 1.D.2.ARRCH Répartition des actes de rééducation réadaptation par chapitre, mais pour la population des patients de moins de 18 ans.

Le tableau présente, pour les patients de moins de 18 ans, plusieurs indicateurs pour les actes CSARR et actes CCAM de rééducation, présentés selon le chapitre du catalogue (voir annexe 1) et selon la catégorie de l'acte :

- Actes d'évaluation ;
- Actes de prise en charge ;

²⁴ Voir Remarques générales

- Actes CCAM de rééducation ;
- Actes de fabrication d'appareillage (pour le groupe *Appareillage*) ;
- Actes de fourniture et adaptation d'appareillage (pour le groupe *Appareillage*) ;
- Actes de rééducation et apprentissage de l'utilisation d'appareillage (pour le groupe *Appareillage*).

Les indicateurs présentés, d'une part pour l'hospitalisation à temps complet et d'autre part pour l'hospitalisation à temps partiel, sont :

- Effectif et % par rapport au nombre total des patients de moins de 18 ans : SSRHA pour l'hospitalisation complète, RHA pour l'hospitalisation à temps partiel ;
- Actes : nombre d'occurrences et % par rapport au nombre total d'occurrences des patients de moins de 18 ans ;
- Pondération : % par rapport au total des pondérations de l'ensemble des actes des patients de moins de 18 ans.

1.D.2.I18ARRGNGME – Prise en charge des patients de moins de 18 ans - Répartition des actes de Rééducation-Réadaptation par chapitre et par GN ou GME

Le tableau porte sur les RHA de l'année n.

Remarque : ce tableau est une déclinaison du tableau 1.D.2.ARRCM *Répartition des actes de rééducation réadaptation par chapitre et par CM*, où la CM est remplacée par les GN et GME, pour la population des patients de moins de 18 ans.

Le tableau présente, pour les patients de moins de 18 ans, pour chaque chapitre du catalogue (voir annexe 1) et par GN et GME, le nombre d'actes CSARR et actes CCAM de rééducation-réadaptation (nombre d'occurrences) et le % correspondant (par rapport au nombre total d'occurrences chez les patients de moins de 18 ans).

Statistique Annuelle des Etablissements (SAE)

1.D.2.SAE – Données pour la SAE

- **Tableau A : Séjours en hospitalisation complète**
- **Tableau B : Journées de présence selon le type d'autorisation et le type d'hospitalisation**

Les **tableaux A et B** sont ajoutés en 2016 à la demande de la DREES : dans l'objectif d'alléger la charge d'enquête, les données du PMSI SSR vont être importées pour pré-remplir l'activité de SSR de la SAE. Les tableaux suivants donnent la liste des informations pré-remplies à partir du PMSI.

Pour être en adéquation avec les définitions de la SAE, les RHA groupés en erreur (CM 90) sont inclus dans ce tableau. Il s'agit du seul tableau de la partie description incluant la CM 90.

Le **tableau A** présente, **par Finess géographique (renseigné sur le premier RHA de l'année N du SSRHA)**, les effectifs de SSRHA en hospitalisation complète selon deux catégories :

- Effectif total de SSRHA ;
- Effectif de SSRHA **avec une durée (date de sortie - date d'entrée)** plus de 90 jours.

Le **tableau B** présente, **par Finess géographique (renseigné sur chaque RHA)**, les effectifs de journées de présence **PMSI** en année n selon :

- Le type d'autorisation du RHA (codé 50 à 59) ;
- Le type d'hospitalisation.

Médicaments

1.D.2.MED – GN par groupe d'UCD

Le tableau porte sur les RHA de l'année n.

Le tableau présente pour chaque groupe de codes UCD (un tableau par groupe) et pour chaque GN les indicateurs suivants :

- Nombre d'UCD ;
- Montant associé ;
- Nombre de RHA concernés ;
- Nombre de SSRHA concernés ;
- Nombre de journées de présence **PMSI** correspondant aux RHA.

Variables supplémentaires du fichier ANO

1.D.2.RANO – Répartition des variables supplémentaires du fichier ANO

- **Tableau A : Code de prise en charge du Forfait Journalier**
- **Tableau B : Code de justification d'exonération du Ticket Modérateur**
- **Tableau C : Nature d'assurance**
- **Tableau D : Variable *Séjour facturable à l'Assurance Maladie***
- **Tableau E : Analyse du taux de remboursement VIDHOSP en fonction de la variable *Séjour facturable à l'Assurance Maladie***
- **Tableau F : Taux de remboursement VIDHOSP**
- **Tableau G : Variable *Facturation des 18 euros***
- **Tableau H : Variable *Majoration du parcours de soins***
- **Tableau I : Code Grand Régime**
- **Tableau J : Type de contrat souscrit auprès d'un Organisme Complémentaire**
- **Tableau K : Motif de non facturation à l'Assurance Maladie**
- **Tableau L : Patients bénéficiaires de la CMU**

Les **tableaux A à L** présentent la répartition des SSRHA selon les modalités des variables dites « supplémentaires » du fichier ANO (soit les variable du fichier VIDHOSP, hors chainage) :

- **tableau A** : code de prise en charge du Forfait Journalier selon que le montant du FJ est numérique ou non ;
- **tableau B** : code de justification du Ticket Modérateur ;
- **tableau C** : nature d'assurance ;

- **tableau D** : facturation à l'AM, selon que le montant remboursé à l'AM est numérique ou non ;
- **tableau E** : taux de remboursement VIDHOSP selon la facturation à l'AM ;
- **tableau F** : taux de remboursement ;
- **tableau G** : facturation des 18 euros ;
- **tableau H** : information sur la majoration du parcours de soins qui est décrite de manière qualitative (non vide et différente de 0 / à 0 ou vide) ;
- **tableau I** : code de grand régime ;
- **tableau J** : type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire ;
- **tableau K** : motifs de non facturation à l'AM, pour les séjours non facturables à l'AM (*Séjour facturable à l'AM = '0'*) ;
- **tableau L** : patient bénéficiaire de la CMU ou non.

1.2. Q - Qualité

Les tableaux de la partie QUALITE
portent sur l'ensemble des RHA transmis.

1.Q.0.SYNTH – Synthèse des tableaux de la partie Qualité

Le tableau porte sur les RHA des années n-1 et n, transmis en année n.

Le tableau présente, pour chaque tableau de la partie *Qualité* détaillés ci-après, les effectifs, selon le type d'hospitalisation et la définition du test, en terme de :

- RHA,
- et/ou SSRHA,
- et/ou GN.

Il s'agit ici de visualiser dans son ensemble les résultats de l'établissement afin de repérer les tableaux de la partie *Qualité* les plus pertinents.

a). Fonction groupage

Groupage

1.Q.1.NSE – Répartition des GHM en erreur

Le tableau porte sur les RHA des années n et n-1, transmis en année n de l'année n.

Le tableau présente les effectifs et la répartition (%) des SSRHA et RHA, respectivement pour l'hospitalisation complète et l'hospitalisation à temps partiel, selon les GME erreur suivants :

- 9097Z0 *Erreurs d'implémentation de la fonction groupage ou erreur d'exécution d'un programme ;*
- 9096Z0 *Erreurs détectées par les contrôles effectués sur un RHS ;*
- 9098Z0 *Erreurs détectées par les contrôles effectués entre les RHS d'une même suite ;*
- 9000Z0 *Erreurs détectées lors du parcours de l'arbre de décision du GN ;*
- 9001Z0 *Erreurs détectées lors de la détermination de la racine du GME.*

Synthèse des erreurs de groupage

1.Q.1.EG – Répartition des erreurs codes retour pour les RHA en erreur

Le tableau porte sur les RHA des années n et n-1, transmis en année n.

Les tableaux présentent, pour chaque code erreur de la fonction groupage (codes issus du fichier LEG), les effectifs suivants :

- Nombre de codes erreur total ;
- Nombre de codes erreur dans des RHA en hospitalisation à temps partiel ;
- Nombre total de RHA en hospitalisation à temps partiel avec au moins une erreur.
- Nombre de codes erreur dans des SSRHA en hospitalisation complète ;
- Nombre total de SSRHA en hospitalisation complète avec au moins une erreur ;
- Nombre de codes erreur dans des RHA en hospitalisation à temps complet ;
- Nombre total de RHA avec au moins une erreur ;

Le premier tableau donne la liste des codes erreur correspondant à des signalements (erreurs non bloquantes), et le second à des erreurs bloquantes de la fonction groupage.

Remarque : un RHA peut comptabiliser plusieurs erreurs pour le même code.

b). Chainage

1.Q.2.CHCR – Chaînage : codes retour

- Tableau A à J : Contrôle des codes retour de génération des fichiers anonymes
- Tableau I : Combinaison des types d'erreurs - Nombre de SSRHA sans erreurs
- Tableau K : Contrôle du code retour du N° d'immatriculation individuel

Les tableaux A à J présentent, pour chacun des codes retour correspondant à une anomalie rencontrée lors de la procédure de chaînage, les effectifs de SSRHA et leur répartition (totale et cumulée) par modalité du code retour.

Les quatre premiers tableaux A à D concernent les variables utilisées dans le fichier VID-HOSP :

- Contrôle N° de Sécurité sociale (cret1 Tableau A)
 - 0 Pas de problème à signaler
 - 1 Longueur incorrecte (différente de 13)
 - 2 Renseigné avec la valeur manquante (i.e. 'XXXXXXXXXXXXXXXX')
 - 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 : 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 premiers codes retour (cret1, cret2, cret3 et cret4) sont positionnés à 9.
- Contrôle Date de naissance (cret2 Tableau B)
 - 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
- Contrôle du sexe (cret3 Tableau C)
 - 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
- Contrôle du N° administratif (cret4 Tableau D)
 - 0 Pas de problème à signaler
 - 1 Non renseigné (longueur nulle)
 - 9 Traitement impossible

Les deux tableaux E et F suivants concernent les deux fusions opérées par GENRHA pour relier le numéro anonyme produit par MAGIC avec les RHA.

- Contrôle fusion ANO-HOSP/HOSP-PMSI (cret5 Tableau E) : 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° RHS. Pour ce faire, on a besoin d'une table de correspondance entre les n° d'hospitalisation et les n° RHS (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
- Contrôle fusion ANO-PMSI/Fichier PMSI (cret6 Tableau F)
 - 0 Pas de problème à signaler
 - 1 N° de RHS dans fichier RHA modifié mais pas dans le fichier ANOPMSI

Les trois tableaux G à I suivants portent sur des contrôles de cohérence.

- Contrôle cohérence date d'entrée (cret7 Tableau G)
 - 0 Pas de problème à signaler
 - 1 Problème de format de date
 - 2 Année d'entrée antérieure à 1990
- Contrôle de cohérence date de naissance (cret8 Tableau H)
 - 0 Pas de problème à signaler
 - 1 Incohérence entre les informations RHS et VID-HOSP (date de naissance différente entre les deux fichiers)
- Contrôle de cohérence sexe (cret9 Tableau I)
 - 0 Pas de problème à signaler
 - 1 Incohérence entre les informations RHS et VID-HOSP (sexe différent entre les deux fichiers)

Le tableau B J présente, pour chacune des combinaisons des codes retour correspondant aux anomalies rencontrées lors de la procédure de chaînage, les effectifs de SSRHA et leur répartition (totale et cumulée).

Exemple : une combinaison 999910100 correspond à la suite : cret1code retour Tableau A=9 ; cret2code retour Tableau B =9, cret3code retour Tableau C=9, etc... cret4=9, cret5=1, cret6=0, cret7=1, cret8=0 et cret9=0 (dont le détail est donné dans les tableaux A)

Le tableau K présente les effectifs de SSRHA et leur répartition (totale et cumulée) par modalité du code retour correspondant à une anomalie rencontrée lors de la procédure de chaînage du NIR bénéficiaire :

- Contrôle de génération du N° d'immatriculation individuel (Tableau K)
 - 0 Pas de problème à signaler
 - 1 Format incorrect
 - 9 N° non conforme suite au contrôle de la clé.

1.Q.2.CHSP – Synthèse de la procédure

Le tableau présente les effectifs de SSRHA selon plusieurs critères liés aux informations du fichier ANO :

- SSRHA sans clé de chaînage ou générée sans numéro d'assuré social : nombre de SSRHA sans clé de chaînage associée (cret5 ≠ 0 ou cret6 = 1 ou cret4 = 1) ou avec une clé de chaînage générée sans le n° de sécurité sociale (cret1 = 2) ;
 - Dont le nombre de SSRHA terminées dans l'année n (Semaine de fin de séjour SSR du RHA = 1 Type de suite = '1' ou '2') ;
- SSRHA avec clé de chaînage générée depuis des informations non conformes ou partiellement manquantes : autres anomalies sur les 9 premiers codes retour
- SSRHA avec une clé de chaînage générée sans erreur : nombre de SSRHA sans anomalie rencontrée lors des contrôles fait à l'occasion de la procédure de chaînage (tous les codes retour à 0) ;
- SSRHA sans incohérence : parmi les SSRHA avec une clé de chaînage générée sans erreur, nombre de SSRHA avec, pour tous les SSRHA d'un même patient :
 - Aucun changement du code sexe,
 - Et aucun changement de l'âge de plus d'une unité,
 - Et pas de groupage en erreur (CM ≠ 90) ;

L'âge et le sexe de référence sont ceux présents sur le premier RHA en année n transmis pour chaque numéro anonyme.
- Nombre de patients : parmi les SSRHA sans incohérence, nombre de clés de chaînage distinctes (numéros anonymes différents) ;
- Nombre de patients : parmi les SSRHA sans incohérence, nombre de N° d'immatriculation individuel distincts (avec code retour associé = '0') ;
- Nombre de réadmissions en hospitalisation complète (sur SSRHA avec chaînage correct et sans incohérence) ;
 - Dont le nombre de réadmissions dans un délai inférieur à 2 jours : SSRHA dont l'écart entre sa date de début et la date de fin du SSRHA précédent est inférieure à 2 jours (date d'entrée séjour n°2 – date de sortie séjour n°1 = 0 ou 1) ;
 - Délai médian de réadmission en hospitalisation complète (en jours) ;

- Nombre de SSRHA avec informations relatives à la prise en charge par l'AM : Code retour *Justification d'exonération du Ticket Modérateur* = '0', Code retour *Nature d'assurance* = '0' et Code retour *Séjour facturable à l'Assurance Maladie* = '0' ;
 - Dont le nombre de SSRHA pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie.

c). ANO

1.Q.3.AGRCG – Analyse de l'association Code Grand Régime / Code Gestion

Le tableau présente, pour chaque code grand régime (un tableau par code grand régime), la liste des codes gestion associés, avec les éléments suivants :

- Code gestion ;
- Libellé du code gestion ;
- Nombre de SSRHA hors SSRHA non facturables à l'Assurance Maladie (*Séjour facturable à l'AM ≠ '0'*) ;
- Absence de la table référence : une série de 3 astérisques *** précise si l'association Code grand régime / Code gestion est absente de la table de référence.

Les codes Grand régime non renseignés ou renseignés avec des valeurs non reconnues sont regroupés en une seule catégorie.

Si une combinaison Code grand régime / Code gestion est manquante dans la table de référence, merci de la signaler via le forum AGORA, dans le thème ePMSI > MAT2A/OVALIDE-SSR), avec éventuellement le justificatif correspondant.

1.Q.3.CGRCG – Analyse de la compatibilité des variables Code Grand Régime / Caisse gestionnaire / Centre Gestionnaire

Le tableau présente pour chaque combinaison {Code Grand Régime, Caisse Gestionnaire, Centre gestionnaire} non valide (donnée erronée ou manquante), le nombre de SSRHA hors SSRHA non facturables à l'Assurance Maladie (*Séjour facturable à l'AM ≠ '0'*).

La liste de référence utilisée est disponible sous <http://www.sesam-vitale.fr/offre/industriel/infos-pratiques/table-org-dest.asp> □ Table de Codification des Organismes Destinataires et Adresses des Centres Payeurs.

Le tableau peut être vide si aucune incompatibilité n'est retrouvée entre ces 3 variables.

1.D.2.CRANO – Contrôles des codes retour – hors chainage - du fichier ANO

Les tableaux présentent les effectifs et la répartition des séjours pour chaque code retour du fichier ANO, hors codes liés au chainage, qui contrôlent les variables suivantes (un tableau par variable) :

- Code grand régime ;
- Code de justification d'exonération du TM ;

- Code de prise en charge du FJ ;
- Nature d'assurance ;
- Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire ;
- Séjour facturable à l'AM ;
- Motif de non facturation à l'AM ;
- Facturation des 18 euros ;
- Nombre de venues de la facture ;
- 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 soins ;
- Montant BR ;
- Taux de remboursement ;
- Patient bénéficiaire de la CMU ;
- Date d'hospitalisation ;
- Montant total du séjour remboursable par l'Assurance Maladie Complémentaire ;
- Code gestion ;
- Code participation assuré ;
- Rang de naissance ;
- Rang du bénéficiaire ;
- Numéro caisse gestionnaire ;
- Numéro centre gestionnaire ;
- Numéro d'accident du travail ou date d'accident de droit commun ;
- Numéro d'organisme complémentaire.

d). Autorisations et unités médicales

1.Q.4.AUTUM – Analyse des autorisations et unités médicales

- **Tableau A : Unités médicales**
- **Tableaux B : Unités médicales multi-Finess géographiques**
- **Tableau C : Comparaison des autorisations et Finess géographique des fichiers RHA et IUM**
- **Tableau D : Comparaison des activités déclarées dans le fichier IUM et enregistrées dans ARHGOS**

Le **tableau A** restitue le contenu du fichier IUM transmis. Il présente les informations suivantes :

- Numéro de l'unité médicale ;
- Type d'autorisation de l'unité médicale ;
- Mode d'hospitalisation : hospitalisation complète, hospitalisation à temps partiel, hospitalisation mixte ;
- Finess géographique auquel est rattachée l'UM.

Le **tableau B** liste les UM pour lesquelles on dénombre au moins 2 Finess géographiques dans le fichier IUM transmis. Il convient à l'établissement de vérifier que cette situation correspond bien à une réalité de terrain et non à une erreur dans le fichier IUM.

Le **tableau C** met en parallèle le type d'autorisation de l'UM et le Finess géographique renseignés d'une part dans le fichier des RHA et d'autre part dans le fichier IUM. Le tableau dénombre 4 situations :

Type UM du RHA	Finess géographique	Erreur U500	{Type UM, Finess géo.} du RHS présent dans le fichier IUM	Conclusion
Renseigné	Renseigné	Non	Oui	RHA conformes avec le fichier IUM
Renseigné	Vide	Non	Non	RHA réalisés dans une UM avec implantation géographique multiple => Finess géo. non déterminé
Renseigné	Vide	Oui	Non	RHA avec autorisation non conforme par rapport au fichier IUM (erreur U500) : le triplet {numéro UM, type autorisation UM, année} n'existe pas dans le fichier IUM => on ne peut pas retrouver le Finess géographique dans le fichier IUM, on conserve quand même le type UM dans le RHA.
Vide	Vide	Oui	Non	RHA sans information sur les autorisations (erreur U500)

Le **tableau D** met en parallèle les activités (codées 50 à 59) enregistrées dans ARHGOS et celles déclarées dans le fichier IUM de l'établissement. Le tableau reprend les situations incohérentes suivantes :

- Activité déclarée dans le fichier IUM mais non enregistrée dans ARHGOS ;
- Activité enregistrée dans ARHGOS mais non déclarée par l'établissement dans son fichier IUM.

Ce tableau peut servir de base aux échanges entre l'ARS et l'établissement afin de corriger les incohérences observées.

Les incohérences liées aux modalités (adulte, enfant, juvénile, pédiatre - âges non différenciés) ne sont ici pas listées mais peuvent également faire l'objet d'une vérification à partir du moment où l'établissement et l'ARS ont dû échanger sur le thème des autorisations.

Si l'activité 50 – Soins polyvalents est manquante dans le fichier IUM de l'établissement, elle n'est pas reprise dans le tableau ; les établissements ayant pu par ailleurs uniquement développer des unités médicales spécialisées.

e). Diagnostics CIM-10

1.Q.5.ISD – Incompatibilité entre diagnostic CIM-10 et sexe

Les tableaux portent sur les RHA des années n-1 et n, transmis en année n.

Le tableau présente les volumes d'activités (**effectifs de RHA et SSRHA, en HC et HTP effectifs de RHZA en hospitalisation à temps partiel, et SSRHA en hospitalisation à temps complet**) pour lesquels on observe une incompatibilité²⁵ entre le diagnostic CIM-10 et le sexe du patient.

L'incompatibilité peut être due à une erreur dans le codage du sexe ou dans le codage du code CIM-10.

Certains codes CIM-10 à usage PMSI ont été définis, à dire d'expert, comme incompatibles avec le sexe masculin ou féminin. En effet, certains codes sont implicitement associés avec le sexe du patient comme par exemple les codes des groupes des maladies des organes génitaux de l'homme ou des affections non inflammatoires de l'appareil génital de la femme. Les notes d'inclusion ou d'exclusion associées à certains codes précisent parfois le sexe concerné comme, à titre d'exemple, le code F84.2 *Syndrome de Rett* pour lequel il est énoncé « Trouble décrit jusqu'ici uniquement chez les filles ... ».

Les résultats sont détaillés selon les informations suivantes :

- diagnostic CIM-10 ;
- position du diagnostic CIM-10 : Manifestation Morbide Principale MMP, Finalité Principale de prise en charge FP, Affection Etiologique AE, Diagnostic Associé DAS ;
- code sexe : '1' = homme, '2' = femme.

1.Q.5.IAD – Incompatibilité entre diagnostic CIM-10 et âge

Les tableaux portent sur les RHA des années n-1 et n, transmis en année n.

Le tableau présente les volumes d'activités (**effectifs de RHA et SSRHA, en HC et HTP effectifs de RHZA en hospitalisation à temps partiel, et SSRHA en hospitalisation à temps complet**) pour lesquels on observe une incompatibilité²⁶ entre le diagnostic CIM-10 et le l'âge du patient.

L'incompatibilité peut être due à une erreur dans la date de naissance du patient ou dans le codage du code CIM-10.

Certains codes diagnostics ont été définis, à dire d'experts, comme improbables en fonction de certaines classes d'âge.

Cinq tranches d'âge ont été définies et à chacune d'elle est associée une liste de diagnostics hautement improbables.

L'âge est celui calculé au début de chaque RHA.

²⁵ L'incompatibilité est basée sur la variable SEXD (=1 si incompatibilité avec le sexe féminin, =2 si incompatibilité avec le sexe masculin) de la table DiagINFO, utilisée dans tous les champs du PMSI.

²⁶ L'incompatibilité est basée sur les variables CL1V à CL6V (=1 si incompatible avec la catégorie d'âge) de la table DiagINFO, utilisée dans tous les champs du PMSI.

Pour éliminer les faux positifs, le test a été affiné afin de ne pas retenir comme « atypiques » les résumés présentant des finalités principales de prise en charge appartenant à la catégorie Z50- pour la tranche d'âge des moins d'un an.

Les résultats sont détaillés selon les informations suivantes :

- diagnostic CIM-10 ;
- position du diagnostic CIM-10 : Manifestation Morbide Principale MMP, Finalité Principale de prise en charge FP, Affection Etiologique AE, Diagnostic Associé DAS ;
- catégorie d'âge (0,]0-10[ans, [10-20[ans, [20-65[ans, ≥65 ans).

1.Q.5.MMPI – Diagnostic CIM-10 imprécis en position de MMP

Les tableaux portent sur les RHA des années n-1 et n, transmis en année n.

Le tableau présente les volumes d'activités (effectifs de RHA et SSRHA, en HC et HTP effectifs de RHZA en hospitalisation à temps partiel, et SSRHA en hospitalisation à temps complet) pour lesquels on observe un diagnostic CIM-10 considéré comme imprécis²⁷, à dire d'expert, en position de Manifestation Morbide Principale.

Les diagnostics doivent être codés avec le maximum de précision permis par la CIM-10 à usage PMSI. Comme le stipule le Guide méthodologique de production SSR, il convient de choisir le code diagnostic le plus précis possible pour caractériser l'affection ou le problème de santé à coder.

1.Q.5.AEI – Diagnostic CIM-10 imprécis en position de AE

Les tableaux portent sur les RHA des années n-1 et n, transmis en année n.

Le tableau présente les volumes d'activités (effectifs de RHA et SSRHA, en HC et HTP effectifs de RHZA en hospitalisation à temps partiel, et SSRHA en hospitalisation à temps complet) pour lesquels on observe un diagnostic CIM-10 considéré comme imprécis²⁷, à dire d'expert, en position d'Affection Etiologique.

Les diagnostics doivent être codés avec le maximum de précision permis par la CIM-10 à usage PMSI. Comme le stipule le Guide méthodologique de production SSR, il convient de choisir le code diagnostic le plus précis possible pour caractériser l'affection ou le problème de santé à coder.

1.Q.5.DAI – Diagnostic CIM-10 imprécis en position de DA

Les tableaux portent sur les RHA des années n-1 et n, transmis en année n.

Le tableau présente les volumes d'activités (effectifs de RHA et SSRHA, en HC et HTP effectifs de RHZA en hospitalisation à temps partiel, et SSRHA en hospitalisation à temps complet) pour lesquels on observe un diagnostic CIM-10 considéré comme imprécis²⁷, à dire d'expert, en position de Diagnostic Associé.

²⁷ Le caractère imprécis est basé sur la variable IMPRECIS (=1 ou 2 si imprécis) de la table DiagINFO, utilisée dans tous les champs du PMSI.

Les diagnostics doivent être codés avec le maximum de précision permis par la CIM-10 à usage PMSI. Comme le stipule le Guide méthodologique de production SSR, il convient de choisir le code diagnostic le plus précis possible pour caractériser l'affection ou le problème de santé à coder.

1.Q.5.OPMMP – GN avec un taux atypique du code J81 – Œdème pulmonaire en MMP/AE

Les tableaux portent sur les RHA des années n-1 et n, transmis en année n.

Ce tableau met en évidence une non qualité de codage de la morbidité principale, liée à une mauvaise interprétation d'un code de la CIM-10. L'analyse des bases de données PMSI SSR objectivent en effet une confusion d'utilisation entre les codes J81 *Œdème pulmonaire* et I50.1 *Insuffisance ventriculaire gauche*. Ce tableau permet de repérer les erreurs systématisées portant sur le codage J81 avec signalement d'un taux d'utilisation considéré comme atypique, en hospitalisation complète.

Le Guide méthodologique de production SSR mentionne les consignes de codage suivantes :

- les œdèmes pulmonaires dus à des agents externes sont classés dans les catégories J60–J70. Les autres formes d'œdème pulmonaire se codent en J81 *Œdème pulmonaire* ; c'est le cas par exemple de l'œdème pulmonaire de surcharge observé au cours de l'insuffisance rénale ;
- les dénominations « œdème pulmonaire », « œdème aigu pulmonaire (OAP) », correspondent le plus souvent à une affection fréquente : l'insuffisance ventriculaire [insuffisance cardiaque] gauche relevant d'une prise en charge cardiologique. Tout œdème pulmonaire dont l'origine est cardiaque se code I50.1 *Insuffisance ventriculaire gauche*.

Ce test vérifie la bonne application des règles de codage en calculant le nombre de groupes nosologiques (GN) avec un taux atypique de RHA comportant le code J81 en position de manifestation morbide principale et/ou affection étiologique en hospitalisation complète. Ce taux est comparé à la moyenne nationale de référence pour le GN considéré en hospitalisation complète. Sont retenus les GN comportant au moins cinq RHA avec un enregistrement de type J81.

Ce test est significatif si l'établissement présente une répartition atypique (taux significatif au risque alpha de 1%) de codes J81, enregistrés en morbidité principale et/ou affection étiologique, pour le GN considéré en hospitalisation complète.

Son interprétation ne peut se faire qu'à la lumière de l'activité de l'établissement concerné.

Le tableau présente l'effectif et le % de SSRHA en hospitalisation complète, par GN, avec le code J81 *Œdème pulmonaire* en MMP ou AE, lorsque la part de SSRHA avec ce code dans chaque GN est supérieure à la valeur de référence, calculée sur la base nationale de l'année n-1.

1.Q.5.IPDA – GN avec un taux atypique du code Z29.0 – Isolement prophylactique en DA

Les tableaux portent sur les RHA des années n-1 et n, transmis en année n

Le tableau met en évidence une non qualité de codage des diagnostics associés significatifs, liée à une mauvaise interprétation d'un code de la CIM-10. L'analyse des bases de données PMSI SSR objectivent en effet une confusion d'utilisation entre les codes Z29.0 *Isolement* et Z60.2 *Solitude*.

La catégorie Z29 *Nécessité d'autres mesures prophylactiques*, répertorie certaines mesures de prévention. Le Guide méthodologique de production en SSR précise que la sous-catégorie Z29.0 n'est pas destinée au codage des situations d'isolement social mais au codage de l'isolement dans un but

thérapeutique, pour protéger le patient de son milieu ou l'isoler après un contact avec une personne atteinte d'une maladie infectieuse.

La catégorie Z60 *Difficultés liées à l'environnement social* décrit, quant à elle, les situations socio-environnementales susceptibles d'avoir un impact sur la prise en charge des patients.

Ce test vérifie la bonne application des règles de codage en calculant le nombre de groupes nosologiques (GN) avec un taux atypique de RHA comportant le code Z29.0 en position de DA, en hospitalisation complète. Ce taux est comparé à la moyenne nationale de référence pour le GN considéré, en hospitalisation complète.

Ce test est significatif si l'établissement présente une répartition atypique (taux significatif au risque alpha de 1 %) de codes Z29.0, enregistrés en DA, pour le GN considéré.

Pour éliminer les faux positifs, le test a été affiné afin de ne pas retenir comme « atypiques » les résumés présentant des diagnostics CIM-10 appartenant aux catégories suivantes :

- A00-B99 : chapitre I *Certaines maladies infectieuses et parasitaires*,
- D60 *Aplasia médullaire acquise pure [érythroblastopénie]*,
- D61 *Autres aplasies médullaires*,
- U80-U85 *Résistance aux médicaments antimicrobiens et antinéoplasiques*,
- Z94 *Greffe d'organe et de tissu*.

Son interprétation ne peut se faire qu'à la lumière de l'activité de l'établissement concerné

Le tableau présente l'effectif et le % de SSRHA en hospitalisation complète, par GN, avec le code Z29.0 *Isolement prophylactique* en DA, lorsque la part de SSRHA avec ce code dans chaque GN est supérieure à la valeur de référence, calculée sur la base nationale de l'année n-1.

f). Actes CSARR

1.Q.6.FPZ50SA – Absence d'acte CSARR dans des RHA de rééducation

- **Tableau A : Hospitalisation complète**
- **Tableau B : Hospitalisation à temps partiel**

Les tableaux portent sur les RHA des années n-1 et n, transmis en année n.

Il est a priori attendu qu'au moins un acte de rééducation-réadaptation décrit par le CSARR soit codé pour les RHA dont la Finalité principale de prise en charge (FPP) correspond à un diagnostic de la catégorie CIM-10 Z50 *Soins impliquant une rééducation*.

Les **tableaux A et B** présentent par GN, respectivement pour l'hospitalisation complète et l'hospitalisation à temps partiel, les éléments suivants :

- Effectif de RHA avec :
 - Finalité principale de prise en charge de la catégorie Z50 *Soins impliquant une rééducation*,
 - au moins 5 jours de présence (pour limiter les faux positifs),

- aucun acte CSARR (nombre d'actes CSARR= = 0) ;
- Effectif total de RHA avec une Finalité principale de prise en charge de la catégorie *Z50 Soins impliquant une rééducation*,
- Part des RHA avec au moins 5 jours de présence et aucun acte CSARR (nombre d'actes CSARR= = 0), parmi l'ensemble des RHA avec une Finalité principale de prise en charge de la catégorie *Z50 Soins impliquant une rééducation*.

Ces indicateurs sont déclinés également en SSRHA : on comptabilise alors un SSRHA dès lors qu'au moins un de ses RHA remplit les conditions ci-dessus.

1.Q.6.NBRSYNT – Nombre atypique de réalisations du code ZC+221 *Synthèse interdisciplinaire de RR*

- **Tableau A : Hospitalisation complète**
- **Tableau B : Hospitalisation à temps partiel**

Les tableaux portent sur les RHA des années n-1 et n, transmis en année n.

Pour les séjours ayant nécessité l'organisation d'une réunion de synthèse interdisciplinaire de rééducation et/ou réadaptation, il est *a priori* attendu un nombre limité d'occurrence du code ZC+221.

Les **tableaux A et B** présentent, par GN, respectivement pour l'hospitalisation complète et l'hospitalisation à temps partiel, les éléments suivants :

- Effectif de RHA avec un nombre de réalisations > 1 pour l'acte ZC+221 *Synthèse pluri professionnelle*,
- Effectif total de RHA,
- Part des RHA avec un nombre de réalisations > 1 pour l'acte ZC+221 *Synthèse pluri professionnelle* parmi l'ensemble des RHA du GN.

Ces indicateurs sont déclinés également en SSRHA : on comptabilise alors un SSRHA dès lors qu'au moins un de ses RHA remplit les conditions ci-dessus.

h). FichComp

1.Q.7.EAMED – Effectifs atypiques dans FichComp MED

- **Tableau A : Effectifs et montants atypiques dans le FichComp MED**
- **Tableau B : Liste des 100 RHA avec plus de 20 UCD en moyenne par jour de présence, par montant décroissant**

Le tableau porte sur les RHA des années n et n-1, transmis en année n de l'année n

Le **tableau A** présente l'effectif de RHA pour lesquels le FichComp MED dénombre plus de 20 unités d'UCD en moyenne par jour de présence.

Dans le **tableau B** sont repris les 100 RHA avec plus de 20 unités d'UCD en moyenne par jour de présence, avec les éléments suivants issus du FichComp MED :

- Nombre de jours de présence du RHA,
- Liste des codes UCD renseignés dans le RHA ;
- Montant total correspondant aux UCD (en euros),
- Effectif total d'UCD renseignées pour ce RHA,
- Nombre moyen d'UCD par jour de présence.

Il s'agit ici de repérer les problèmes de déclaration du FichComp MED à travers notamment les erreurs dans les unités utilisées, qu'il s'agisse des quantités ou des montants renseignés par l'établissement.

1.3. V - Valorisation

Les tableaux de la partie VALORISATION
portent sur l'ensemble des RHA transmis sur les SSRHA/RHA valorisés (voir tableau 1.V.1.SV).

a). SSRHA et RHA

1.V.1.SV – SSRHA/RHA valorisés

Le tableau porte sur les RHA des années n et n-1, transmis en année n.

Le tableau est généré pour les établissements concernés par la réforme du financement SSR.

Le tableau présente les différentes étapes pour aboutir au nombre de SSRHA (HC) / journées (HTP) valorisés, à partir des RHA transmis. Le montant en base de remboursement (BR) correspondant est également indiqué (il comprend les coefficients géographique et de spécialisation).

L'activité non valorisée est détaillée selon les critères suivants :

- Activité groupée dans la classification de l'année n-1 : SSRHA clos avant la semaine comprenant le 1^{er} mars pour l'hospitalisation complète et journées de présence des RHA avant la semaine comprenant le 1^{er} mars pour l'hospitalisation à temps partiel ;
- Activité groupée dans la classification de l'année n :
 - Groupage en erreur : SSRHA (HC) et RHA (HTP) classés dans la CM 90 ;
 - SSRHA en hospitalisation complète sans GMT (mais avec GME) : il s'agit des SSRHA non clos de 90 journées de présence au plus, hors GN 0103 ;
 - Prestations inter-établissements (SSRHA avec mode d'entrée = '0' *Transfert provisoire* et mode de sortie = '0' *Transfert provisoire*) ;
 - SSRHA avec problème de chaînage : erreur sur les codes retour *Contrôle fusion ANO-HOSP/HOSP-PMSI* (code retour n° 5 ≠ '0') ou *Contrôle fusion ANO-PMSI/Fichier PMSI* (code retour n° 6 ≠ '0') ;
 - SSRHA avec *Code de prise en charge du FJ* = 'X' ou un code retour ≠ '0' pour les variables *Code de prise en charge du FJ*, *Séjour facturable à l'AM*, *Nombre de venues*. Si le taux VIDHOSP n'est pas correctement rempli (soit différent de 80, 90 ou 100%), le code retour associé à la variable *Nature d'assurance* est également étudié ;
 - SSRHA en attente de droits du patient : *Séjour facturable à l'AM* = '3' ;
 - SSRHA non facturable à l'Assurance Maladie : *Séjour facturable à l'AM* = '0'.

A noter qu'un même SSRHA peut être concerné par plusieurs motifs de non-valorisation : la somme des différents motifs ne permet donc pas de déterminer l'activité valorisée *in fine*.

En résulte l'activité valorisée :

- effectif de SSRHA en HC et effectif de journées en HTP,
 - dont l'activité correspondant à des séjours en attente du taux de prise en charge : *Séjour facturable à l'AM* = '2'.

1.V.1.CMSS – Casemix des SSRHA/RHA non valorisés

- **Tableau A : Hospitalisation complète - CM 90 ou problème dans le fichier ANO**
- **Tableau B : Hospitalisation complète - SSRHA non clos et présence < 90j**
- **Tableau C : Hospitalisation complète - groupage en V2016 (pas de GMT)**
- **Tableau D : Hospitalisation à temps partiel - CM 90 ou problème dans le fichier ANO**
- **Tableau E : Hospitalisation à temps partiel - groupage en V2016 (pas de GMT)**

Le tableau porte sur les RHA des années n et n-1, transmis en année n.

Le tableau est généré pour les établissements concernés par la réforme du financement SSR.

Les tableaux A à C présentent le casemix (par GMT et GME) de l'activité non valorisée détaillée dans le tableau précédent, pour l'hospitalisation complète, en nombre de SSRHA :

- **Tableau A : SSRHA groupés dans la classification de l'année N, avec GMT 9999 (CM 90) ou une erreur dans le fichier ANO (voir tableau 1.V.1.SV) ;**
- **Tableau B : SSRHA groupés dans la classification de l'année N, avec GMT 9999, hors erreur (SSRHA groupés hors CM 90 mais avec nombre de jours de présence ≤ 90 et hors GN 0103 des Etats végétatifs chroniques) ;**
- **Tableau C : SSRHA groupés dans la version de la classification de l'année N-1.**

Les tableaux D et E présentent le casemix (par GMT et GME) de l'activité non valorisée détaillée dans le tableau précédent, pour l'hospitalisation à temps partiel, en nombre de journées :

- **Tableau D : journées de présence des RHA groupées dans la classification de l'année N, avec GMT 9999 (CM 90) ou une erreur dans le fichier ANO (voir tableau 1.V.1.SV) ;**
- **Tableau E : journées de présence des RHA groupés dans la version de la classification de l'année N-1.**

1.V.1.TXR – Détermination et répartition des taux de remboursement

- **Tableau A : Analyse des taux de remboursement**
- **Tableau B : Analyse du forfait journalier**
- **Tableau C : Répartition des taux de remboursement utilisés**

Le tableau porte sur les RHA des années n et n-1, transmis en année n.

Le tableau est généré pour les établissements concernés par la réforme du financement SSR.

Si le taux de remboursement renseigné dans le fichier VIDHOSP est différent de 80%, 90% ou 100%, manquant ou avec une valeur incorrecte, il est estimé à partir du tableau suivant :

Code de justification d'exonération du TM	Nature Assurance	Code de prise en charge du FJ	Taux de remboursement estimé	Forfait Journalier
0, 2	10	A	80	Oui
0, 2	10	L, R	80	Non
0, 2	13	A, L	80	Oui
0, 2	13	R	80	Non

0, 2	30, 41, 90	A	100	Oui
0, 2	30, 41, 90	L, R	100	Non
9	10	A	90	Oui
9	10	L, R	90	Non
9	13	A, L	100	Oui
9	13	R	100	Non
9	30, 41, 90	A	100	Oui
9	30, 41, 90	L, 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, R	100	Non
1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, C	13	A, L	100	Oui
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, R	100	Non

Cas particulier : pour les séjours en attente de décision sur le taux de prise en charge du patient, le taux de remboursement est celui du fichier VIDHOSP s'il est égal à 80% ou 90%, sinon on applique un taux de 80% (taux estimé).

Le **tableau A** présente les effectifs et la répartition des SSRHA valorisés, selon le type d'hospitalisation et les informations liées au taux de remboursement :

- les variables utilisées pour le calcul du taux de remboursement : *Code de justification d'exonération du TM* et *Nature d'assurance* ;
- le taux de remboursement estimé,
- le taux de remboursement renseigné dans le fichier VIDHOSP.

Le **tableau B** présente les effectifs et la répartition des SSRHA valorisés, selon le type d'hospitalisation et les informations liées au forfait journalier :

- le code de prise en charge du forfait journalier,
- la valeur du forfait journalier : FJ à la charge de l'assuré, exonération du FJ, FJ non applicable.

Le **tableau C** présente les effectifs et la répartition des SSRHA valorisés, selon le type d'hospitalisation et le taux de remboursement utilisé pour la valorisation (taux renseigné dans le fichier VIDHOSP ou taux estimé). On indique les SSRHA avec un taux forcé soit les séjours en attente de taux qui sont fixés à 80%.

1.V.1.AQI – Analyse de la qualité des informations de facturation (fichier ANO)

Le tableau est généré pour les établissements concernés par la réforme du financement SSR.

Le tableau décrit les différentes anomalies non bloquantes des séjours valorisés :

- Séjours valorisés (voir tableau [1.V.1.SV]) ;
- Séjours non contrôlés dans le tableau : il s'agit de séjours pour lesquels les contrôles effectués plus bas dans le tableau ne sont pas pertinents du fait d'un taux de remboursement « forcé » à 80% (séjours en attente de taux de prise en charge), ou de l'utilisation du taux de remboursement estimé à la place de celui renseigné dans le fichier VIDHOSP ;
- Séjours avec problème de codage d'une des variables non bloquantes suivantes du fichier ANO :
 - Code retour *Code justification d'exonération du ticket modérateur* ≠ '0',
 - Code retour *Code de prise en charge du forfait journalier* ≠ '0',
 - Code retour *Nature d'assurance* ≠ '0',
 - Code retour *Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire* ≠ '0',
 - Code retour *Séjour facturable à l'assurance maladie* ≠ '0',
 - Code retour *Motif de la non facturation à l'assurance maladie* ≠ '0',
 - Code retour *Facturation du 18 euros* ≠ '0',
 - Code retour *Nombre de venues de la facture* ≠ '0',
 - Code retour *Montant à facturer au titre du Ticket Modérateur* ≠ '0',
 - Code retour *Montant à facturer au titre du Forfait Journalier* ≠ '0',
 - Code retour *Montant total du séjour remboursé par l'Assurance Maladie* ≠ '0',
 - Code retour *Montant lié à la majoration au parcours de soin* ≠ '0',
 - Code retour *Montant base remboursement* ≠ '0',
 - Code retour *Taux de remboursement* ≠ '0', ;
- Séjours avec un taux de remboursement estimé différent de 100% et montant du ticket modérateur = 0 ;
- Séjours avec un taux de remboursement estimé égal à 100% et montant du ticket modérateur ≠ 0 ;
- Séjours avec forfait journalier à la charge de l'assuré et montant forfait journalier = 0 ;
- Séjours avec forfait journalier non applicable et montant forfait journalier ≠ 0 ;
- Séjours avec forfait journalier incompatible avec la durée de séjour (hors FJ non applicable) : il s'agit des séjours clos (*Type de suite* = '1' ou '2') où le montant FJ n'est pas égal à l'une des formules suivantes :
 - durée de séjour X 16,
 - durée de séjour X 18,
 - (durée de séjour + 1) X 16,
 - (durée de séjour + 1) X 18 ;
- Séjours avec montant BR ≠ (montant AM + montant TM) : ces trois variables sont issues du fichier VIDHOSP ;
- Autres séjours avec *Code justification d'exonération du TM* = 2 et taux de remboursement égal à 100% : **Pour ces séjours le taux de remboursement devrait être de 80%.**
- Séjours sans anomalies : séjours valorisés et sans aucune des anomalies listées dans ce tableau.

1.V.1.CMTHC – Application des tarifs – Hospitalisation complète

- **Tableau A : Casemix GME/GMT – Effectifs et valorisation**
- **Tableau B : Casemix RGME – Effectifs et valorisation**

- **Tableau C : Casemix par Niveau – Effectifs et valorisation**

Le tableau porte sur les RHA des années n et n-1, transmis en année n.

Le tableau est généré pour les établissements concernés par la réforme du financement SSR.

Les **tableaux A à C** présentent le casemix des SSRHA valorisés en hospitalisation complète, selon :

- Tableau A : couple GME/GMT,
- Tableau B : RGME,
- Tableau C : niveau du GME.

Pour chaque tableau sont présentés les indicateurs suivants :

- SSRHA : effectif total de SSRHA valorisés ;
- Montant BR total : soit l'application des tarifs du secteur aux SSRHA valorisés, avec prise en compte des coefficients géographique et de spécialisation ;
 - Dont montant BR avec majoration pédiatrique (appartenant à l'une des 3 zones de valorisation) ;
 - Dont montant BR liée à la Zone Basse ;
 - Dont mon tant BR lié à la Zone Forfaitaire ;
 - Dont montant BR lié à la Zone Haute.

1.V.1.CMTHP – Application des tarifs – Hospitalisation à temps partiel

- **Tableau A : Casemix GME/GMT – Effectifs et valorisation**
- **Tableau B : Casemix RGME – Effectifs et valorisation**
- **Tableau C : Casemix par Niveau – Effectifs et valorisation**

Le tableau porte sur les RHA de l'année n, transmis en année n.

Le tableau est généré pour les établissements concernés par la réforme du financement SSR.

Les **tableaux A à C** présentent le casemix des journées des RHA valorisés, en hospitalisation à temps partiel, selon :

- Tableau A : couple GME/GMT,
- Tableau B : RGME,
- Tableau C : niveau du GME.

Pour chaque tableau sont présentés les indicateurs suivants :

- Journées de présence : effectif total de journées de présence des RAH valorisés ;
- Montant BR total : soit l'application des tarifs du secteur aux journées de présence valorisées, avec prise en compte des coefficients géographique et de spécialisation ;
 - Dont montant BR avec majoration pédiatrique (appartenant à l'une des 3 zones de valorisation) ;
 - Dont montant BR liée à la Zone Basse ;
 - Dont mon tant BR lié à la Zone Forfaitaire ;
 - Dont montant BR lié à la Zone Haute.

1.V.1.RAEV – Résumé de l'activité – Effectifs et valorisation

- **Tableau A : Coefficients de l'établissement**
- **Tableau B : Résumé de l'activité**
- **Tableau C : DMA calculée / DMA théorique**

Le tableau porte sur les RHA des années n et n-1, transmis en année n.

Le tableau est généré pour les établissements concernés par la réforme du financement SSR.

Le tableau A présente les coefficients liés à l'établissement et/ou intervenant dans le calcul de la DMA (attention : ils sont affichés avec 2 ou 3 décimales, il ne s'agit pas de la valeur exacte) :

- Fraction de DMA pour l'année N ;
- Coefficient de spécialisation ;
- Coefficient géographique ;
- Coefficient de transition.

Le tableau B présente les effectifs et montants selon le type d'hospitalisation :

- en hospitalisation complète, pour l'ensemble de l'activité et selon les 3 zones de valorisation :
 - zone basse,
 - zone forfaitaire,
 - zone haute ;
- en hospitalisation partielle : pour l'ensemble de ce type d'activité.

En hospitalisation complète, les effectifs présentés correspondent aux :

- SSRHA valorisés,
- Et suppléments journaliers pour la zone basse et la zone haute.

En hospitalisation à temps partiel, les effectifs présentés correspondent aux journées de présence.

Les montants présentés sont :

- Montant en base de remboursement (BR) : soit l'application des tarifs du secteur à l'activité valorisée, avec prise en compte des coefficients géographique et de spécialisation ;
- Montant BR avec application du coefficient prudentiel ;
- DMA : fraction de 10% appliquée au montant Assurance Maladie, soit le montant BR avec application du taux de remboursement du patient, du coefficient de transition et de la fraction DMA (10%).

Le tableau C présente l'écart entre la DMA théorique annuelle, calculée par l'ATIH, et le montant de la DMA calculée pour la transmission.

b). Médicaments

1.V.2.VMED 1.V.1.VMED – Analyse des molécules onéreuses

- **Tableaux A : Description des molécules onéreuses**
- **Tableau B : Molécules onéreuses n'appartenant pas à la liste**

Les tableaux portent sur les RHA de l'année n.

Les **tableaux A** présentent, dans un premier tableau la liste T2A-MCO et dans un second tableau la liste SSR²⁸, et pour chaque code UCD, les effectifs suivants :

- Nombre d'UCD transmis ;
- Nombre d'UCD en essai thérapeutique (UCD avec montant FICHCOMP à 0) ;
- Montant FICHCOMP associé ;
- Nombre de RHA concernés correspondant ;
- Nombre de SSRHA concernés correspondant.

Le **tableau B** reprend les mêmes éléments (sauf indicateur sur les UCD en essai thérapeutique) pour les molécules retrouvées dans le fichier FICHCOMP MED mais n'appartenant ni à la liste T2A, ni à la liste SSR.

Remarque : si le fichier MED comporte des lignes strictement identiques (même molécule, même délai, même RHA...), seule une ligne parmi elles est conservée.

1.V.2.MATU 1.V.1.MATU – Analyse des médicaments avec ATU

- **Tableau A : Médicaments avec ATU**
- **Tableau B : UCD n'appartenant pas à la liste ATU**

Les tableaux portent sur les RHA de l'année n.

Le **tableau A** présente pour chaque code UCD des médicaments avec ATU (code et libellé) les indicateurs suivants :

- Nombre d'UCD transmis dans FICHCOMP ;
- Montant FICHCOMP associé.

Le **tableau B** présente pour chaque code UCD (code et libellé) n'appartenant pas à la liste des ATU, par période et année, les indicateurs suivants :

- Nombre d'UCD transmis ;
- Montant FICHCOMP associé.

d). Aide médicale d'Etat (AME)

1.V.3.RAME – Valorisation de l'activité des patients AME

- **Tableau A : Bilan de l'activité AME**
- **Tableau B : Casemix GMT/GME de l'activité AME**

Le tableau porte sur les RHA des années n et n-1, transmis en année n.

²⁸ Liste des spécialités pharmaceutiques spécifiques au SSR : <http://www.atih.sante.fr/specialites-pharmaceutiques-en-ssr>

Le tableau est généré pour les établissements concernés par la réforme du financement SSR.

Le tableau A présente l'activité des patients AME (*Séjour facturable à l'AM = '0' et Motif de non facturation à l'AM = '1', avec codes retour associés à 0*) selon le type d'hospitalisation :

- Hospitalisation complète : effectif de SSRHA clos (*Type de suite = '1' ou '2'*) ;
- Hospitalisation à temps partiel : effectif de journées de présence des SSRHA clos (*Type de suite = '1' ou '2'*).

Les effectifs sont donnés pour l'ensemble de l'activité des patients AME, et selon si la valorisation est possible ou non :

- Activité non valorisée : GMT vide, GMT 9999, groupage en V2016, prestation inter-établissement (Mode d'entrée = '0' et Mode de sortie = '0') ;
- Activité valorisée : GMT renseigné (8888 ou autre, ≠ 9999).

Le tableau B présente le casemix de l'activité valorisée des patients AME par GMT et GME avec les informations suivantes :

- Montant en Base de Remboursement total (issu du fichier ANO) ;
- Hospitalisation complète :
 - Effectif de SSRHA clos (*Type de suite = '1' ou '2'*),
 - Montant en Base de Remboursement (issu du fichier ANO) ;
- Hospitalisation partielle :
 - Effectif de journées de présence des SSRHA clos (*Type de suite = '1' ou '2'*),
 - Montant en Base de Remboursement (issu du fichier ANO) .

2. Traitement des RAFAEL

2.1. V - Valorisation

2.V.LCNCV Récapitulatif des lettres clés des RAFAEL B et C

Le tableau présente les lettres clé des parties B et C des RAFAEL hors période (soit avec une année différente de l'année n et/ou un mois supérieur au mois de transmission). Les indicateurs présentés sont :

- Effectif : quantité X coefficient ;
- Montant en base de remboursement.

Ces lettres clé sont supprimées dans la suite des tableaux.

2.V.VACE Valorisation des lettres clé des RAFAEL B et C

- **Tableau A : Répartition des lettres clé du RAFAEL**
- **Tableau B : Répartition des lettres clé du RAFAEL, hors liste autorisée**

Le **tableau A** présente par catégorie de codes (CCAM / NGAP / FTN / **Codes hors liste autorisée**), les éléments suivants, issus des parties B et C des RAFAEL :

- Lettre clé ;
- Effectif : quantité X coefficient ;
- Montant remboursable par l'organisme complémentaire (AMC) : effectif X montant déclaré par l'établissement comme facturable au patient ou à un organisme d'assurance complémentaire, pour chaque lettre clé ;
- Montant en base de remboursement (BR) : effectif X montant correspondant à la valeur de facturation de chaque lettre clé ;
- Montant remboursable par la caisse (AMO) : effectif X montant déclaré par l'établissement comme facturable à l'Assurance Maladie Obligatoire, pour chaque lettre clé. Remarque : pour les activités de SSR, la part prise en charge par l'Assurance Maladie des consultations et actes externes est incluse dans la DAF ;
- **DMA pour l'activité externe, soit la fraction de 10% appliquée au montant Assurance Maladie.**

Le tableau B présente les mêmes informations (sauf DMA), pour les codes non autorisés.

3. Scores

Plusieurs scores ont été définis à différents niveaux de l'arborescence de OVALIDE. Ces scores, traitent pour le moment uniquement de la qualité :

- Pour aider les établissements à identifier d'éventuels problèmes de qualité, et pour leur permettre de suivre l'évolution de leur activité ;
- Pour les ARS, afin d'orienter et de faciliter leur travail de validation, en repérant plus facilement les établissements qui doivent faire l'objet d'un suivi particulier.

Les scores sont systématiquement déclinés dans deux unités : le RHA et le SSRHA.

Remarque : un RHA ou un SSRHA n'est compté qu'une seule fois dans chaque score, même s'il a été ciblé dans plusieurs situations.

3.1. Traitement des RHA, SHA, ANO et autres fichiers complémentaires

a). Description

Aucun score ne concerne les tableaux de la partie 1.1 *Description* qui correspondent simplement à une description de l'information contenue dans les fichiers transmis par l'établissement.

b). Qualité

Le score **RHA 1.Q Qualité** correspond à la part (%) de RHA ciblés dans les tableaux de la partie 1.2 Qualité.

Le score **SSRHA 1.Q Qualité** correspond à la part (%) de SSRHA dont au moins un RHA est ciblé dans les tableaux de la partie 1.2 Qualité.

Les tableaux ci-dessous précisent pour chaque tableau de chaque sous-partie, les RHA et SSRHA concernés par le score.

Les scores **RHA et SSRHA 1.Q Qualité** sont ainsi divisés en plusieurs sous-scores, selon les sous-parties ci-dessous.

Fonction groupage

Le score **1.Q.1 Qualité Fonction groupage** correspond à la part (%) de RHA / SSRHA ciblés dans les différents tableaux de cette sous-partie, détaillés dans le tableau ci-dessous :

Tableau de la sous-partie <i>Fonction groupage de la partie</i> 1.Q Qualité	Prise en compte des éléments du tableau dans le calcul du score	Précisions sur les RHA / SSRHA pris en compte
1.Q.1.NSE – Répartition des GME en erreur	Oui	Les RHA / SSRHA pris en compte sont ceux classés en CM 90..
1.Q.1.EG – Répartition des erreurs codes retour pour les RHA erreur	Oui	Les RHA / SSRHA pris en compte sont ceux ayant au moins une erreur bloquante.

Chainage

Le score **1.Q.2 Qualité Chainage** correspond à la part (%) de RHA / SSRHA ciblés dans les différents tableaux de cette sous-partie, détaillés dans le tableau ci-dessous :

Tableau de la sous-partie <i>Chainage groupage de la partie</i> 1.Q Qualité	Prise en compte des éléments du tableau dans le calcul du score	Précisions sur les RHA / SSRHA pris en compte
1.Q.2.CHCR - Synthèse des codes retour de chainage	Oui	Les RHA / SSRHA pris en compte sont ceux avec au moins un code retour différent de 0 parmi les 9 premiers codes retours du fichier ANO (générant le numéro anonyme à partir du n° de sécurité sociale). Les RHA / SSRHA avec un code retour différent de 0 pour la génération du NIR bénéficiaire ne sont pas pris en compte.
1.Q.2.CHSP - Synthèse de la procédure de chainage	Oui	Les RHA / SSRHA pris en compte sont ceux correspondant aux séjours d'un même patient avec incohérence sur l'âge ou le sexe.

ANO

Aucun score n'est calculé pour les tableaux de la partie 1.Q.3 ANO :

Tableau de la sous-partie <i>Fichier ANO de la partie</i> 1.Q Qualité	Prise en compte des éléments du tableau dans le calcul du score	Précisions sur les RHA / SSRHA pris en compte
1.Q.3.AGRCG – Analyse de l'association code grand régime / code gestion	Non	La table est en cours de test (liste non exhaustive) ; lorsque celle-ci sera validée les RHA / SSRHA seront intégrés au score.

1.Q.3.CGRCG – Analyse de la compatibilité des variables code grand régime / caisse gestionnaire / centre gestionnaire	Non	Pas de prise en compte pour l'instant ; intégration au score après vérification des résultats des tableaux.
1.Q.3.CRANO – Analyse de la qualité des informations du fichier ANO	Non	Tableau à titre informatif

Autorisations et Unités Médicales

Le score **1.Q.4 Qualité Autorisations et Unités Médicales** correspond à la part (%) de RHA / SSRHA ciblés dans les différents tableaux de cette sous-partie, détaillés dans le tableau ci-dessous :

Tableau de la sous-partie <i>Fichier ANO</i> de la partie 1.Q <i>Qualité</i>	Prise en compte des éléments du tableau dans le calcul du score	Précisions sur les RHA / SSRHA pris en compte
1.Q.4.AUTUM – Analyse des autorisations et unités médicales	Oui	Les RHA / SSRHA pris en compte sont ceux avec une erreur U500 <i>Incohérence entre l'autorisation déclarée dans la gestion des UM et celle fournie dans le RHS</i>

Diagnostics

Le score **1.Q.5 Qualité Diagnostics** correspond à la part (%) de RHA / SSRHA ciblés dans les différents tableaux de cette sous-partie, détaillés dans le tableau ci-dessous :

Tableau de la sous-partie <i>Diagnostics</i> de la partie 1.Q <i>Qualité</i>	Prise en compte des éléments du tableau dans le calcul du score	Précisions sur les RHA / SSRHA pris en compte
1.Q.5.ISD - Incompatibilité entre diagnostic CIM-10 et sexe	Oui	Tous les RHA / SSRHA ciblés sont pris en compte.
1.Q.5.IAD - Incompatibilité entre diagnostic CIM-10 et âge	Oui	Tous les RHA / SSRHA ciblés sont pris en compte.
1.Q.5.MMPI - Diagnostic CIM-10 imprécis en MMP	Oui	Tous les RHA / SSRHA ciblés sont pris en compte.
1.Q.5.AEI - Diagnostic CIM-10 imprécis en AE	Oui	Tous les RHA / SSRHA ciblés sont pris en compte.
1.Q.5.DAI - Diagnostic CIM-10 imprécis en DA	Non	Les RHA / SSRHA ne sont pas pris en compte.

1.Q.5.OPMMP - GN avec taux atypique du code J81 <i>Œdème pulmonaire</i> en MMP/AE	Non	Les RHA / SSRHA ciblés sont atypiques de par leur volume ; ils ne sont pas pris en compte.
1.Q.5.IPDA - GN avec taux atypique du code Z29.0 <i>Isolement prophylactique</i> en DA	Non	Les RHA / SSRHA ciblés sont atypiques de par leur volume ; ils ne sont pas pris en compte.

Actes CSARR

Le score **1.Q.6 Qualité Actes CSARR** correspond à la part (%) de RHA / SSRHA ciblés dans les différents tableaux de cette sous-partie, détaillés dans le tableau ci-dessous :

Tableau de la sous-partie <i>Actes CSARR</i> de la partie 1.Q <i>Qualité</i>	Prise en compte des éléments du tableau dans le calcul du score	Précisions sur les RHA / SSRHA pris en compte
1.Q.6.FPZ50SA - Finalité principale de rééducation sans acte CSARR	Oui	Tous les RSA ciblés sont pris en compte.
1.Q.6.NBRSYNT - Nombre atypique de réalisations du code Z2C+221 <i>Synthèse interdisciplinaire de RR</i>	Non	Les RHA / SSRHA ciblés sont atypiques de par le volume d'actes ; ils ne sont pas pris en compte.

FichComp

Le score **1.Q.7 FichComp** correspond à la part (%) de RHA / SSRHA ciblés dans les différents tableaux de cette sous-partie, détaillés dans le tableau ci-dessous :

Tableau de la sous-partie <i>FichComp</i> de la partie 1.Q <i>Qualité</i>	Prise en compte des éléments du tableau dans le calcul du score	Précisions sur les RHA / SSRHA pris en compte
1.Q.7.EAMED – Effectifs et montants remarquables dans le FichComp MED	Non	Les RHA / SSRHA ciblés sont atypiques de par le volume d'UCD ou les montants en euros ; ils ne sont pas pris en compte.

c). Valorisation

Aucun score ne concerne les tableaux de la partie 1.3 *Valorisation*.

Annexes

Chapitres et actes à prendre en compte pour le traitement des actes CSARR pour les tableaux 1.D.2.ARRCH et 1.D.2.ARRCM

Actes d'évaluation	Actes de prise en charge	Actes CCAM de rééducation	Actes de fabrication d'appareillage	Actes de fourniture et adaptation d'appareillage	Actes de rééducation et apprentissage de l'utilisation d'appareillage
Fonctions cérébrales					
01.01	01.02	ALQP0020 ALQP0030 ALQP0040 ALQP0050 ALQP0060 ANLP0020 ZFQP0020 ZFQP0030			
Fonctions sensorielles et douleurs					
02.01	02.02	BLRP0010 CEQP0020 CEQP0050 CERP0020			
Fonctions de la voix et de la parole					
03.01	03.02	GKQP0020 GKQP0050 GKRP0010			
Fonctions cardiaques, vasculaires et respiratoires					
04.01	04.02	DKRP0010 DKRP0020 DKRP0030 DKRP0040 DKRP0050 EQBP0010 EQQM0040 EQQP0010 EQQP0020 EQQP0030 EQRM0010 EQRP0010 EQRP0020 FCBP0010 FCBP0020 GLKP0010 GLLP0030 GLMF0010 GLMP0010 GLQF0010 GLQP0010 GLRP0010			

		GLRP0020 GLRP0030 GLRP0040			
Fonctions digestives et nutrition					
05.01	05.02	HQRP0010 HTRD0010 HTRD0020			
Fonctions génito-urinaires et reproductives					
06.01	06.02	JRRD0010			
Fonctions de l'appareil locomoteur et liées au mouvement					
07.01	07.02	LDEP0010 LFEP0020 LHRP0010 NHRP0010 NHRP0030 NKQP0010 NKQP0020 NKQP0030 PEQP0020 PEQP0030 PEQP0040			
Fonctions de la peau et des phanères					
08.01	08.02				
Appareillage					
09.01			09.02	09.03	09.04
Education et information					
10.01.01 ZZQ+112 ZZQ+192 ZZQ+243	10.01.02 10.02.02 ZZR+018 ZZR+287				
Activité et participation					
11.01	11.02				

Gestes complémentaires
12.01
12.02
12.03
12.04
12.05
12.06
12.07
12.08
12.09
12.10
12.11

Actes à prendre en compte pour le traitement des actes CSARR dans les tableaux « par prise en charge »

EVALUATION						
Tableau 1.D.2.EVAL Répartition par prise en charge - évaluations						
Evaluations initiales	AKQ+124	ALQ+183	ALQ+247	ANQ+067	ANQ+111	ANQ+171
	ANQ+183	AZQ+131	BLQ+018	BLQ+273	CDQ+147	CDQ+279
	CEQ+009	CEQ+275	GKQ+042	GKQ+054	GKQ+136	GKQ+139
	GKQ+190	GKQ+282	HQQ+136	HSQ+014	HSQ+043	HSQ+145
	HSQ+197	HSQ+289	HTQ+058	LBQ+211	LHQ+048	MKQ+001
	NKQ+284	PEQ+017	QAQ+198	QZQ+255	ZGQ+099	ZGQ+137
	ZGQ+248	ZZC+028	ZZC+255	ZZQ+192		
Evaluations intermédiaires	AKQ+172	ALQ+065	ALQ+137	ANQ+105	ANQ+134	ANQ+217
	ANQ+234	AZQ+144	BLQ+037	BLQ+137	CDQ+139	CDQ+273
	CEQ+219	CEQ+239	GKQ+102	GKQ+162	GKQ+177	GKQ+197
	GKQ+207	GKQ+273	HQQ+106	HSQ+107	HSQ+237	HTQ+046
	LBQ+079	LHQ+063	MKQ+152	NKQ+295	PEQ+038	QAQ+093
	QZQ+104	ZGQ+046	ZGQ+286	ZGQ+294	ZZQ+027	ZZQ+032
	ZZQ+243					
Evaluations finales	AKQ+219	ALQ+110	ALQ+250	ANQ+012	ANQ+095	ANQ+218
	ANQ+282	AZQ+164	BLQ+012	BLQ+272	CDQ+111	CDQ+136
	CEQ+151	CEQ+180	GKQ+053	GKQ+063	GKQ+186	GKQ+248
	GKQ+262	GKQ+274	HSQ+002	HSQ+010	HSQ+158	HSQ+222
	HQQ+257	HTQ+151	LBQ+257	LHQ+244	MKQ+272	NKQ+222
	PEQ+238	QAQ+067	QZQ+186	ZGQ+015	ZGQ+180	ZGQ+279
	ZZQ+090	ZZQ+112	ZZQ+261			
Autres évaluations non datées	ALQ+001	ALQ+011	ALQ+105	ALQ+111	ALQ+114	ALQ+176
	ALQ+285	ANQ+126	ANQ+173	ANQ+179	BLQ+028	BLQ+155
	DKQ+008	EQQ+206	EQR+175	HSQ+208	NKQ+021	NKQ+069
	PCQ+163	PCQ+179	PCR+025	PEM+058	PEM+132	PEM+286
	PEQ+004	PEQ+064	PEQ+086	PEQ+185	PEQ+223	PEQ+266
	ZDQ+016	ZDQ+041	ZDQ+159	ZDQ+262	ZEQ+046	ZEQ+055
	ZEQ+120	ZEQ+198	ZEQ+203	ZFQ+112	ZFQ+129	ZGQ+185
	ZGQ+217	ZGQ+249	ZGQ+287	ZZC+207	ZZC+221	ZZQ+042
	ZZQ+044	ZZQ+062	ZZQ+085	ZZQ+106	ZZQ+140	ZZQ+184
	ZZQ+186	ZZQ+200	ZZQ+242	ZZQ+286	ZZQ+291	
ACTES COLLECTIFS, DEDIES, NON DEDIES						
Tableau 1.D.2.COLL Répartition par prise en charge - actes collectifs, dédiés et non dédiés						
Actes individuels dédiés	Actes non collectifs ET Nombre de patients = 1					
Actes individuels non dédiés	Actes non collectifs ET Nombre de patients >1					
Actes collectifs	AKR+074	ALR+146	ALT+044	ALT+085	ALT+151	ALT+263
	ANR+094	ANR+153	DKR+013	DKR+181	DKR+182	DKR+194
	DKR+200	DKR+291	GKR+200	GKR+213	GLR+139	GLR+169

	GLR+236	HSR+122	NKR+059	NKR+085	NKR+260	NKR+278
	PCM+253	PCM+262	PCR+125	PCR+272	PER+056	PER+118
	PER+154	PER+207	PER+233	PER+285	QAR+018	ZFM+242
	ZFR+014	ZFR+073	ZFR+137	ZFR+175	ZGT+145	ZGT+295
	ZZR+026	ZZR+028	ZZR+287	ZZR+293		
Actes individuels « sans précision »	Actes non collectifs ET Nombre de patients non renseigné ou à 0					
ACTES DE FABRICATION D'APPAREILLAGE						
Tableau 1.D.2.APP Répartition par prise en charge - actes d'appareillage						
Actes de fabrication d'appareillage sans étape de fabrication	09.02.01	09.02.02.07	09.02.03.01			
Actes de fabrication d'appareillage avec étape de fabrication A	09.02.02.01 09.02.02.08	09.02.02.02 09.02.02.09	09.02.02.03 09.02.02.10	09.02.02.04 09.02.03.02	09.02.02.05 09.02.03.03	09.02.02.06
	ET Etape fabrication = A					
Actes de fabrication d'appareillage avec étape de fabrication B	09.02.02.01 09.02.02.08	09.02.02.02 09.02.02.09	09.02.02.03 09.02.02.10	09.02.02.04 09.02.03.02	09.02.02.05 09.02.03.03	09.02.02.06
	ET Etape fabrication = B					
Actes de fabrication d'appareillage avec étape de fabrication C	09.02.02.01 09.02.02.08	09.02.02.02 09.02.02.09	09.02.02.03 09.02.02.10	09.02.02.04 09.02.03.02	09.02.02.05 09.02.03.03	09.02.02.06
	ET Etape de fabrication = C					
Actes de fabrication d'appareillage avec étape de fabrication absente	09.02.02.01 09.02.02.08	09.02.02.02 09.02.02.09	09.02.02.03 09.02.02.10	09.02.02.04 09.02.03.02	09.02.02.05 09.02.03.03	09.02.02.06
	ET Etape de fabrication non renseignée					
Gestes complémentaires des actes relatifs à l'appareillage	12.09					
EDUCATION THERAPEUTIQUE, EDUCATION, INFORMATION						
Tableau 1.D.2.EDUC Répartition par prise en charge - actes d'éducation et d'information						
Actes d'évaluation pour éducation thérapeutique	10.01.01					
Séances d'éducation thérapeutique	10.01.02					
Actes d'information et d'apprentissage à l'auto soin	10.02					

Actes d'évaluation pour actes d'éducation en dehors de l'éducation thérapeutique	10.03.01					
Séances d'information et d'éducation en dehors de l'éducation thérapeutique	10.03.02					
BALNEOTHERAPIE						
Tableau 1.D.2.BALNEO Répartition par prise en charge - actes de balnéothérapie						
Actes de balnéothérapie	PEQ+059 DKR+016	PER+118 DKR+194	PER+112	PER+056	DKR+254	DKR+182
Actes avec modulateur QM	QM					

Diagnostics CIM-10 pour le codage du polyhandicap lourd

Liste 1 : déficiences mentales ou psychiatriques sévères

F00.002	Démence sévère de la maladie d'Alzheimer, à début précoce, sans symptôme supplémentaire
F00.012	Démence sévère de la maladie d'Alzheimer, à début précoce, avec symptômes essentiellement délirants
F00.022	Démence sévère de la maladie d'Alzheimer, à début précoce, avec symptômes essentiellement hallucinatoires
F00.032	Démence sévère de la maladie d'Alzheimer, à début précoce, avec symptômes essentiellement dépressifs
F00.042	Démence sévère de la maladie d'Alzheimer, à début précoce, avec symptômes mixtes
F00.102	Démence sévère de la maladie d'Alzheimer, à début tardif, sans symptôme supplémentaire
F00.112	Démence sévère de la maladie d'Alzheimer, à début tardif, avec symptômes essentiellement délirants
F00.122	Démence sévère de la maladie d'Alzheimer, à début tardif, avec symptômes essentiellement hallucinatoires
F00.132	Démence sévère de la maladie d'Alzheimer, à début tardif, avec symptômes essentiellement dépressifs
F00.142	Démence sévère de la maladie d'Alzheimer, à début tardif, avec symptômes mixtes
F00.202	Démence sévère de la maladie d'Alzheimer, forme atypique ou mixte, sans symptôme supplémentaire
F00.212	Démence sévère de la maladie d'Alzheimer, forme atypique ou mixte, avec symptômes essentiellement délirants
F00.222	Démence sévère de la maladie d'Alzheimer, forme atypique ou mixte, avec symptômes essentiellement hallucinatoires
F00.232	Démence sévère de la maladie d'Alzheimer, forme atypique ou mixte, avec symptômes essentiellement dépressifs
F00.242	Démence sévère de la maladie d'Alzheimer, forme atypique ou mixte, avec symptômes mixtes
F00.902	Démence sévère de la maladie d'Alzheimer, sans précision, sans symptôme supplémentaire
F00.912	Démence sévère de la maladie d'Alzheimer, sans précision, avec symptômes essentiellement délirants
F00.922	Démence sévère de la maladie d'Alzheimer, sans précision, avec symptômes essentiellement hallucinatoires
F00.932	Démence sévère de la maladie d'Alzheimer, sans précision, avec symptômes essentiellement dépressifs
F00.942	Démence sévère de la maladie d'Alzheimer, sans précision, avec symptômes mixtes
F01.002	Démence vasculaire sévère à début aigu, sans symptôme supplémentaire
F01.012	Démence vasculaire sévère à début aigu, avec symptômes essentiellement délirants
F01.022	Démence vasculaire sévère à début aigu, avec symptômes essentiellement hallucinatoires
F01.032	Démence vasculaire sévère à début aigu, avec symptômes essentiellement dépressifs
F01.042	Démence vasculaire sévère à début aigu, avec symptômes mixtes
F01.102	Démence sévère par infarctus multiples, sans symptôme supplémentaire
F01.112	Démence sévère par infarctus multiples, avec symptômes essentiellement délirants
F01.122	Démence sévère par infarctus multiples, avec symptômes essentiellement hallucinatoires
F01.132	Démence sévère par infarctus multiples, avec symptômes essentiellement dépressifs
F01.142	Démence sévère par infarctus multiples, avec symptômes mixtes
F01.202	Démence vasculaire sous-corticale sévère, sans symptôme supplémentaire

F01.212	Démence vasculaire sous-corticale sévère, avec symptômes essentiellement délirants
F01.222	Démence vasculaire sous-corticale sévère, avec symptômes essentiellement hallucinatoires
F01.232	Démence vasculaire sous-corticale sévère, avec symptômes essentiellement dépressifs
F01.242	Démence vasculaire sous-corticale sévère, avec symptômes mixtes
F01.302	Démence vasculaire mixte, corticale et sous-corticale, sévère, sans symptôme supplémentaire
F01.312	Démence vasculaire mixte, corticale et sous-corticale, sévère, avec symptômes essentiellement délirants
F01.322	Démence vasculaire mixte, corticale et sous-corticale, sévère, avec symptômes essentiellement hallucinatoires
F01.332	Démence vasculaire mixte, corticale et sous-corticale, sévère, avec symptômes essentiellement dépressifs
F01.342	Démence vasculaire mixte, corticale et sous-corticale, sévère, avec d'autres symptômes, mixtes
F01.802	Autres formes de démence vasculaire sévère, sans symptôme supplémentaire
F01.812	Autres formes de démence vasculaire sévère, avec symptômes essentiellement délirants
F01.822	Autres formes de démence vasculaire sévère, avec symptômes essentiellement hallucinatoires
F01.832	Autres formes de démence vasculaire sévère, avec symptômes essentiellement dépressifs
F01.842	Autres formes de démence vasculaire sévère, avec symptômes mixtes
F02.002	Démence sévère de la maladie de Pick, sans symptôme supplémentaire
F02.012	Démence sévère de la maladie de Pick, avec symptômes essentiellement délirants
F02.022	Démence sévère de la maladie de Pick, avec symptômes essentiellement hallucinatoires
F02.032	Démence sévère de la maladie de Pick, avec symptômes essentiellement dépressifs
F02.042	Démence sévère de la maladie de Pick, avec symptômes mixtes
F02.102	Démence sévère de la maladie de Creutzfeldt-Jakob, sans symptôme supplémentaire
F02.112	Démence sévère de la maladie de Creutzfeldt-Jakob, avec symptômes essentiellement délirants
F02.122	Démence sévère de la maladie de Creutzfeldt-Jakob, avec symptômes essentiellement hallucinatoires
F02.132	Démence sévère de la maladie de Creutzfeldt-Jakob, avec symptômes essentiellement dépressifs
F02.142	Démence sévère de la maladie de Creutzfeldt-Jakob, avec symptômes mixtes
F02.202	Démence sévère de la maladie de Huntington, sans symptôme supplémentaire
F02.212	Démence sévère de la maladie de Huntington, avec symptômes essentiellement délirants
F02.222	Démence sévère de la maladie de Huntington, avec symptômes essentiellement hallucinatoires
F02.232	Démence sévère de la maladie de Huntington, avec symptômes essentiellement dépressifs
F02.242	Démence sévère de la maladie de Huntington, avec symptômes mixtes
F02.302	Démence sévère de la maladie de Parkinson, sans symptôme supplémentaire
F02.312	Démence sévère de la maladie de Parkinson, avec symptômes essentiellement délirants
F02.322	Démence sévère de la maladie de Parkinson, avec symptômes essentiellement hallucinatoires
F02.332	Démence sévère de la maladie de Parkinson, avec symptômes essentiellement dépressifs
F02.342	Démence sévère de la maladie de Parkinson, avec symptômes mixtes
F02.402	Démence sévère de la maladie due au virus de l'immunodéficience humaine (VIH), sans symptôme supplémentaire

F02.412	Démence sévère de la maladie due au virus de l'immunodéficience humaine (VIH), avec symptômes essentiellement délirants
F02.422	Démence sévère de la maladie due au virus de l'immunodéficience humaine (VIH), avec symptômes essentiellement hallucinatoires
F02.432	Démence sévère de la maladie due au virus de l'immunodéficience humaine (VIH), avec symptômes essentiellement dépressifs
F02.442	Démence sévère de la maladie due au virus de l'immunodéficience humaine (VIH), avec symptômes mixtes
F02.802	Démence sévère associée à d'autres maladies classées ailleurs, sans symptôme supplémentaire
F02.812	Démence sévère associée à d'autres maladies classées ailleurs, avec symptômes essentiellement délirants
F02.822	Démence sévère associée à d'autres maladies classées ailleurs, avec symptômes essentiellement hallucinatoires
F02.832	Démence sévère associée à d'autres maladies classées ailleurs, avec symptômes essentiellement dépressifs
F02.842	Démence sévère associée à d'autres maladies classées ailleurs, avec symptômes mixtes
F03.+02	Démence sévère, sans précision, sans symptômes supplémentaires
F03.+12	Démence sévère, sans précision, avec symptôme essentiellement délirants
F03.+22	Démence sévère, sans précision, avec symptôme essentiellement hallucinatoires
F03.+32	Démence sévère, sans précision, avec symptôme essentiellement dépressifs
F03.+42	Démence sévère, sans précision, avec symptôme mixtes
F72.1	Retard mental grave : déficience du comportement significatif, nécessitant une surveillance ou traitement
F73.0	Retard mental profond : déficience du comportement absent ou minime
F73.1	Retard mental profond : déficience du comportement significatif, nécessitant une surveillance ou traitement
F73.8	Retard mental profond : autres déficiences du comportement
F73.9	Retard mental profond : sans mention d'une déficience du comportement

Liste 2 : troubles moteurs

G10	Chorée de Huntington
G11.0	Ataxie congénitale non progressive
G11.1	Ataxie cérébelleuse à début précoce
G11.2	Ataxie cérébelleuse tardive
G11.3	Ataxie cérébelleuse avec défaut de réparation de l'ADN
G11.4	Paraplégie spastique héréditaire
G11.8	Autres ataxies héréditaires
G11.9	Ataxie héréditaire, sans précision
G12.0	Amyotrophie spinale infantile, type I [Werdnig-Hoffman]
G12.1	Autres amyotrophies spinales héréditaires
G12.2	Maladies du neurone moteur
G12.8	Autres amyotrophies spinales et syndromes apparentés
G12.9	Amyotrophie spinale, sans précision
G14	Syndrome post poliomyélitique
G20	Maladie de Parkinson

G21.0	Syndrome malin des neuroleptiques
G21.1	Autres syndromes secondaires parkinsoniens dus à des médicaments
G21.2	Syndrome parkinsonien secondaire dû à d'autres agents externes
G21.3	Syndrome parkinsonien postencéphalitique
G21.4	Syndrome parkinsonien vasculaire
G21.8	Autres syndromes parkinsoniens secondaires
G21.9	Syndrome parkinsonien secondaire, sans précision
G22*	Syndrome parkinsonien au cours de maladies classées ailleurs
G23.0	Maladie de Hallervorden-Spatz
G23.1	Ophthalmoplégie supranucléaire progressive [maladie de Steele-Richardson-Olszewski]
G23.2	Dégénérescence striato-nigrique [nigrostriée]
G23.8	Autres maladies dégénératives précisées des noyaux gris centraux
G23.9	Maladie dégénérative des noyaux gris centraux, sans précision
G24.2	Dystonie idiopathique non familiale
G25.3	Myoclonie
G25.5	Autres chorées
G26*	Syndromes extrapyramidaux et troubles de la motricité au cours d'affections classées ailleurs
G31.8	Autres affections dégénératives précisées du système nerveux
G32.0*	Dégénérescence combinée subaiguë de la moelle épinière au cours de maladies classées ailleurs
G32.8	Autres affections dégénératives précisées du système nerveux au cours de maladies classées ailleurs
G37.-0	Sclérose diffuse
G37.1	Démyélinisation centrale du corps calleux
G37.2	Myélinolyse centropontine
G37.3	Myélite transverse aiguë au cours d'affections démyélinisantes du système nerveux central
G37.4	Myélite nécrosante subaiguë
G37.5	Sclérose concentrique [Baló]
G37.8	Autres affections démyélinisantes précisées du système nerveux central
G37.9	Affection démyélinisante du système nerveux central, sans précision
G60.0	Neuropathie héréditaire motrice et sensorielle
G60.1	Maladie de Refsum
G60.2	Neuropathie associée à une ataxie héréditaire
G60.3	Neuropathie progressive idiopathique
G60.8	Autres neuropathies héréditaires et idiopathiques
G60.9	Neuropathie héréditaire et idiopathique, sans précision
G71.0	Dystrophie musculaire
G71.1	Affections myotoniques
G71.2	Myopathies congénitales
G71.3	Myopathie mitochondriale, non classée ailleurs
G71.8	Autres affections musculaires primitives
G71.9	Affection musculaire primitive, sans précision
G80.0	Paralysie cérébrale spastique quadriplégique

G80.1	Paralysie cérébrale spastique diplégique
G80.2	Paralysie cérébrale spastique hémiplegique
G80.3	Paralysie cérébrale dyskinétique
G80.4	Paralysie cérébrale ataxique
G80.8	Autres paralysies cérébrales
G80.9	Paralysie cérébrale, sans précision
G81.08	Hémiplégie flasque, autre et sans précision
G81.1	Hémiplégie spastique
G81.9	Hémiplégie, sans précision
G82.0	Paraplégie flasque
G82.1	Paraplégie spastique
G82.2	Paraplégie, sans précision
G82.3	Tétraplégie flasque
G82.4	Tétraplégie spastique
G82.5	Tétraplégie, sans précision
G83.8+0	Locked-in syndrome
Q74.3	Arthrogrypose congénitale multiple
R27.0	Ataxie, sans précision

Liste 3 : critères de mobilité réduite

R26.30	État grabataire
R26.38	Immobilité, autre et sans précision
Z74.0	Besoin d'assistance du fait d'une mobilité restreinte

Liste 4 : restrictions extrêmes de l'autonomie

U90.0	Résistance aux antiépileptiques
Z51.5	Soins palliatifs
Z74.1	Besoin d'assistance (préciser « y compris nutritionnelle ») et de soins d'hygiène
Z74.2	Besoin d'assistance à domicile, aucun autre membre du foyer n'étant capable d'assurer les soins
Z74.3	Besoin d'une surveillance permanente
Z74.8	Autres difficultés liées à une dépendance envers la personne qui donne les soins
Z74.9	Difficulté liée à une dépendance envers la personne qui donne les soins, sans précision
Z93.0	(Présence de) trachéostomie
Z93.1	(Présence de) gastrostomie
Z93.2	(Présence de) iléostomie
Z93.3	(Présence de) colostomie
Z93.4	(Présence d')autres stomies de l'appareil digestif
Z93.5	(Présence de) cystostomie
Z93.6	(Présence d')autres stomies de l'appareil urinaire
Z93.8	(Présence d')autres stomies
Z93.9	(Présence de) stomie, sans précision

Z99.0	Dépendance envers un aspirateur
Z99.1	Dépendance envers un respirateur
Z99.1+0	Dépendance envers un respirateur : ventilation par trachéostomie
Z99.1+1	Dépendance envers un respirateur : ventilation par masque nasal
Z99.1+8	Dépendance envers un respirateur : ventilation par un autre moyen, non classé ailleurs
Z99.3	Dépendance envers un fauteuil roulant
Z99.8	Dépendance envers d'autres machines et appareils auxiliaires
Z99.9	Dépendance envers une machine et un appareil auxiliaire, sans précision

Diagnosics CIM-10 pour le codage de la précarité

Diagnostic	Libellé
Z5500	Analphabétisme et illettrisme
Z5508	Faibles niveaux éducatifs, autres et sans précision
Z551	Scolarisation inexistante ou inaccessible
Z590	Sans abri
Z5910	Logement insalubre ou impropre à l'habitation
Z5911	Logement sans confort
Z5912	Logement inadéquat du fait de l'état de santé de la personne
Z5913	Logement en habitat temporaire ou de fortune
Z5918	Logements inadéquats, autres et non précisés
Z5950	Absence totale de revenu, d'aide et de prestation financières
Z5958	Situations de pauvreté extrême, autres et sans précision
Z5960	Bénéficiaire de la CMUc
Z5961	Bénéficiaire de l'AME
Z5962	Bénéficiaire de minima sociaux
Z5968	Faibles revenus, autres et non précisés
Z5970	Absence de couverture sociale
Z5978	Couverture sociale et secours insuffisants, autres et non précisés
Z6020	Personne vivant seule à son domicile
Z6028	Solitudes, autres et non précisées
Z6030	Difficultés liées à la langue
Z6038	Difficultés d'acculturation, autres et non précisées

