

OVALIDE

Outil de VALIdation des Données des Etablissements de santé

Établissements exDAF
Soins Médicaux et de Réadaptation

Guide de lecture 2026

Février 2026 Mars 2026



Services ATIH

DATA
(Demande
Accès
Traitement
Analyse)

OVALIDE
Outil de VALIdation des Données des
Établissements de santé
Établissements exDAF
Soins Médicaux 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 SMR.

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 SMR 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 SMR

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	8
1.1. D- DESCRIPTION	8
a). <i>Bilan de la transmission</i>	8
1.D.0.RTP – SSRHA et RHA transmis sur la période	8
b). <i>Caractéristiques démographiques</i>	10
1.D.1.CDEM Caractéristiques démographiques	10
c). <i>Activité de l'établissement</i>	11
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.MEMS – Modes d'entrée et de sortie	13
1.D.2.RCG – Répartition des codes géographiques	14
1.D.2.CMHC – Case-mix par Catégorie Majeure – Hospitalisation complète	14
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.AUTHC – Case-mix par type d'autorisation – Hospitalisation complète	21
1.D.2.AUTHP – Case-mix par type d'autorisation – Hospitalisation à temps partiel	22
1.D.2.LUS – Lits et unités spécifiques	22
1.D.2.POLYH – Case-mix de l'activité des patients avec polyhandicap lourd	24
1.D.2.FSE – Facteurs socio-environnementaux	25
1.D.2.MEDUL – Activité liée aux patients avec atteintes médullaires	25
1.D.2.DA – Diversité de l'activité	25
1.D.2.DAGN – Diversité de l'activité – les 5 GN les plus fréquents par CM	26
1.D.2.DAGME – Diversité de l'activité – les 5 GME les plus fréquents par GN	26
1.D.2.DAMMP – Diversité de l'activité – les 5 MMP les plus fréquentes par CM	27
1.D.2.AVQHC – Répartition des scores AVQ en hospitalisation complète	27
1.D.2.AVQHP – Répartition des scores AVQ en hospitalisation à temps partiel	28
1.D.2.CIM – 50 catégories de diagnostics CIM-10 les plus fréquentes	29
1.D.2.CHCIM – Répartition des pathologies par chapitre de la CIM-10	29
1.D.2.CCAM – 50 actes médicaux les plus fréquents	30
1.D.2.ACTR – Répartition globale des actes de rééducation-réadaptation	30
1.D.2.ARRCH – Répartition des actes de rééducation-réadaptation par chapitre et par type d'hospitalisation	30
1.D.2.ARRCM – Répartition des actes de rééducation réadaptation par Catégorie Majeure	31
1.D.2.ARRGN – Répartition des actes de rééducation réadaptation par Groupe Nosologique	32
1.D.2.EVAL – Répartition des actes par prise en charge - Evaluations	32
1.D.2.COLL – Répartition des actes par prise en charge – actes collectifs, individuels dédiés et non dédiés	32
1.D.2.APP – Répartition par prise en charge - actes d'appareillage	33
1.D.2.EDUC – Répartition par prise en charge - actes d'éducation et information	33
1.D.2.MODULLP – Utilisation des modulateurs de lieu et de patient	34
1.D.2.MODULTPS – Utilisation des modulateurs de temps	34
1.D.2.CSARR – Distribution des actes de Rééducation-Réadaptation par sous-chapitre	34
1.D.2.CSARRINT – Distribution des actes de Rééducation-Réadaptation par type d'intervenant	35

1.D.2.CSARRDOC – Distribution des actes de Rééducation-Réadaptation selon l'extension documentaire	35
1.D.2.RSPE – Répartition des actes de réadaptation spécialisée par GN	36
1.D.2.PTS – Plateaux techniques spécialisés	36
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	37
1.D.2.I18CMHC – Prise en charge des patients de moins de 18 ans - Casemix par CM en hospitalisation complète .	38
1.D.2.I18CMHP – Prise en charge des patients de moins de 18 ans - Casemix par CM en hospitalisation à temps partiel	38
1.D.2.I18GMEHC – Prise en charge des patients de moins de 18 ans - Casemix par GN et GME en hospitalisation complète	39
1.D.2.I18GMEHP – Prise en charge des patients de moins de 18 ans - Casemix par GN et GME en hospitalisation à temps partiel	39
1.D.2.I18ARRCH – Prise en charge des patients de moins de 18 ans - Répartition des actes de Rééducation-Réadaptation par chapitre	40
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	41
1.D.2.SAE – Données pour la SAE	41
1.D.2.DMED – Description des médicaments : GN par groupe d'UCD	42
1.D.2.RANO – Répartition des variables supplémentaires du fichier ANO	42
1.D.2.TRANS – Analyse des transports	43
1.2. Q - QUALITE	44
1.Q.0.SYNTH – Synthèse des tableaux de la partie Qualité	44
a). <i>Fonction groupage</i>	44
1.Q.1.NSE – Répartition des GHM en erreur	44
1.Q.1.EG – Répartition des erreurs	45
b). <i>Chainage</i>	45
1.Q.2.CHCR – Chaînage : codes retour	45
1.Q.2.CHSP – Synthèse de la procédure	47
c). <i>ANO</i>	47
1.Q.3.AGRCG – Analyse de l'association Code Grand Régime / Code Gestion	47
1.Q.3.CGRCG – Analyse de la compatibilité des variables Code Grand Régime / Caisse gestionnaire / Centre Gestionnaire	48
d). <i>Autorisations et unités médicales</i>	49
1.Q.4.AUTUM – Analyse des autorisations et unités médicales	49
e). <i>Diagnostics CIM-10</i>	50
1.Q.5.ISD – Incompatibilité entre diagnostic CIM-10 et sexe	50
1.Q.5.IAD – Incompatibilité entre diagnostic CIM-10 et âge	51
1.Q.5.MMPI – Diagnostic CIM-10 imprécis en position de MMP	52
1.Q.5.AEI – Diagnostic CIM-10 imprécis en position de AE	52
1.Q.5.DAI – Diagnostic CIM-10 imprécis en position de DA	52
1.Q.5.OPMMP – GN avec un taux atypique du code J81 – <i>Cedème pulmonaire</i> en MMP/AE	52
1.Q.5.IPDA – GN avec un taux atypique du code Z29.0 – <i>Isolement prophylactique</i> en DA	53
f). <i>Actes de réadaptation</i>	54
1.Q.6.NBRSYNT – Nombre atypique de réalisations du code ZC+221 <i>Synthèse interdisciplinaire de RR</i>	54
1.Q.6.TIACS – Type d'intervenant atypique pour un acte CSARR	54
1.Q.6.TINA – Type d'intervenant inattendu pour un acte CSAR	55
1.Q.6.NBIACP – Nombre d'intervenants atypique pour un acte CSARR pluriprofessionnel	55
g). <i>FichComp</i>	56

1.Q.7.EAMED – Effectifs atypiques dans les FichComp MED, LES SMR et MED-APAC	56
1.3. V - VALORISATION.....	57
a). SSRHA et RHA	57
1.V.1.SV – SSRHA/RHA valorisés	57
1.V.1.CMSS – Casemix des SSRHA/RHA non valorisés.....	58
1.V.1.TXR – Détermination et répartition des taux de remboursement	58
1.V.1.AQI – Analyse de la qualité des informations de facturations (fichier ANO)	60
1.V.1.CMTHC – Application des tarifs – Hospitalisation complète.....	61
1.V.1.CMTHP – Application des tarifs – Hospitalisation à temps partiel.....	62
1.V.1.RAEV – Résumé de l'activité – Effectifs et valorisation	62
1.V.1.VA51 – Analyse des séjours relevant de l'expérimentation Article 51.....	63
1.V.1.TRANS – Valorisation des suppléments Transport.....	64
b). Médicaments	64
1.V.2.VMED –Valorisation des molécules onéreuses.....	64
1.V.2.APAC – Valorisation des médicaments AP-AC	65
c). Aide médicale d'Etat (AME)	66
1.V.3.RAME – Activité des patients AME	66
d). Autres FichComp	66
1.V.4.NUTRI – Nutrition parentérale à façon	66
e). Synthèse	66
1.V.5.EMM – Evolution des montants mensuels par période de transmission par type de prestation	67
2. Traitement des RAFAEL.....	68
2.1. V - VALORISATION.....	68
2.V.VACE Valorisation des lettres clé des RAFAEL B et C	68
3. Traitement des données d'hospitalisation de l'année N-1 (Lamda).....	69
3.1. V - VALORISATION.....	69
3.V.1.SV - SSRHA/RHA valorisés - Données année N-1 transmises en année N	69
3.V.1.CMTHC – Application des tarifs – Hospitalisation complète - Données année N-1 transmises en année N.....	70
3.V.1.CMTHP – Application des tarifs – Hospitalisation à temps partiel - Données année N-1 transmises en année N	70
3.V.1.RAEV – Résumé de l'activité – Effectifs et valorisation- Données année N-1 transmises en année N.....	71
3.V.1.TRANS – Valorisation des suppléments Transport.....	72
3.V.2.VMED – Valorisation des molécules onéreuses – Données N-1 transmises en année N	73
3.V.2.APAC – Valorisation des médicaments AP-AC – Données N-1 transmises en année N	73
4.V.1.SSE – Synthèse – Hospitalisation – Données N-1 transmises en année N.....	74
4. Traitement des actes et consultations externes de l'année N-1 (Lamda).....	75
4.1. V - VALORISATION.....	75
4.V.VACE Valorisation des lettres clé des RAFAEL B et C – Données N-1 transmises en année N	75
4.V.1.SFE – Synthèse – Factures de l'activité externe – Données N-1 transmises en année N	75
5. Traitement des autres fichiers.....	77
5.1. D - DESCRIPTION.....	77
5.D.HTNM Hébergement temporaire non médicalisé	77
6. Scores.....	78

6.1.	TRAITEMENT DES RHA, SHA, ANO ET FICHIERS COMPLEMENTAIRES	78
a).	<i>Description</i>	78
b).	<i>Qualité</i>	78
c).	<i>Valorisation</i>	81
	Annexes	83
a).	<i>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</i>	83
b).	<i>Actes à prendre en compte pour le traitement des actes CSARR dans les tableaux « par prise en charge »</i>	85
c).	<i>Diagnostics CIM-10 pour le codage du polyhandicap lourd</i>	88
d).	<i>Calcul de la valorisation</i>	94
e).	<i>Détermination du taux de remboursement des patients hospitalisés plus de 30j</i>	100

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 DAF ou 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	29/12/2025	01/02/2026	Semaine n°05
M2	02/02/2026	01/03/2026	Semaine n°09
M3	02/03/2026	29/03/2026	Semaine n°13
M4	30/03/2026	03/05/2026	Semaine n°18
M5	04/05/2026	31/05/2026	Semaine n°22
M6	01/06/2026	28/06/2026	Semaine n°26
M7	29/06/2026	02/08/2026	Semaine n°31
M8	03/08/2026	30/08/2026	Semaine n°35
M9	31/08/2026	27/09/2026	Semaine n°39
M10	28/09/2026	01/11/2026	Semaine n°44
M11	02/11/2026	29/11/2026	Semaine n°48
M12	30/11/2026	03/01/2027	Semaine n°53

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.

Attention : l'ensemble des RHA transmis sont pris en compte dans ce tableau, y compris ceux groupés en erreur. Il s'agit du seul tableau de la partie *Description* dans ce cas : tous les autres portent sur les RHA hors erreur.

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.

¹ Voir *Remarques générales*

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.

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 « commencées en année n-1 et non terminées dans la période » : effectif et pourcentage (par rapport à l'ensemble des SSRHA) des SSRHA avec date d'entrée dans l'année de recueil n-1 et date de sortie postérieure à la période traitée (*Type de suite* = '4').
- SSRHA « commencées avant l'année n-1 et non terminées dans la période » : effectif et pourcentage (par rapport à l'ensemble des SSRHA) des SSRHA avec date d'entrée antérieure à l'année de recueil n-1 et date de sortie postérieure à la période traitée (*Type de suite* = '5').

Remarques sur le *Type de suite* : depuis M12 2017, la somme des modalités 4 et 5 correspond au total de la modalité 4 pour les transmissions antérieures.

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.

² Voir *Remarques générales*

³ Voir *Remarques générales*

⁴ Voir *Remarques générales*

⁵ Voir *Remarques générales*

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**
- **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 les prises en charge en hospitalisation complète, les effectifs et la répartition 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 des SSRHA en hospitalisation complète :

- Femmes : pourcentage ;
- Âge : moyenne et médiane ;

⁶ Voir *Remarques générales*

- 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.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**
- **Tableaux B : 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 - avec détail pour l'HTP des hospitalisations partielles de jour, de nuit, et les séances). 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 ;
- % des journées de présence dans la base nationale de l'année n-1 ;
- 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 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 « commencées en année n-1 et non terminées » dans la période de transmission : effectif et pourcentage (par rapport à l'ensemble des SSRHA) des SSRHA avec date d'entrée en année n-1 et date de sortie postérieure à la période traitée (*Type de suite* = '4') ;
 - Dont les SSRHA « commencées avant l'année n-1 et non terminées » dans la période de transmission : effectif et pourcentage (par rapport à l'ensemble des SSRHA) des

SSRHA avec date d'entrée avant l'année n-1 et date de sortie postérieure à la période traitée (*Type de suite* = '5') ;

- 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') ;
- Nombre moyen de RHA sur les SSRHA terminées (*Type de suite* = '1' ou '2').

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 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).

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') 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 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, pour chaque code géographique de domicile des patients, 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 - Scores de réadaptation globale et spécialisée – Hospitalisation complète**
- **Tableau D: Casemix par CM - Post-chirurgie et AVQ – Hospitalisation complète**
- **Tableau E : Casemix par CM – Type de réadaptation – Hospitalisation complète**
- **Tableau F : Casemix par CM – Groupe de lourdeur et niveau de sévérité – Hospitalisation complète**

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

Les **tableaux A et B** décrivent L'ensemble de l'activité de l'année 2022.

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
- Part des SSRHA selon le type d'UM :
 - unité de type polyvalent (type UM = '50'),
 - unité de type gériatrie (type UM = '59'),
 - unité de type spécialisé (type UM = '51' à '58') ;
- Journées de présence :
 - Pour les années n-1 et 1 : effectif ;
 - Pour l'année n : effectif ;
- Part des journées de présence selon le type d'UM :
 - unité de type polyvalent (type UM = '50'),
 - unité de type gériatrie (type UM = '59'),
 - unité de type spécialisé (type UM = '51' à '58').

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* ;
- 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 ;
 - Part de patients selon les classes d'âge suivantes :
 - moins de 18 ans,
 - 18-29 ans,
 - 30-59 ans,
 - 60-74 ans,
 - 75 ans et plus ;
 - Age sur le 1^{er} RHA du séjour ;
 - Moyenne,
 - Médiane.

Le **tableau C** présente, pour chaque Catégorie Majeure et pour les SSRHA en hospitalisation complète, les indicateurs suivants en lien avec les scores de réadaptation :

- Sur l'ensemble de la CM
 - Effectif total de SSRHA
 - Score de réadaptation globale moyen par jour ;
- Sur les GN avec un score de réadaptation spécialisée⁷, pour les CM avec « Réadaptation spécialisée = « oui » » :
 - Effectif de SSRHA

⁷ Les CM avec « Oui, GR unique spécialisé » n'ont aucun GN avec une liste d'actes spécialisés ; cette situation concerne uniquement la CM 27 *Post transplantation d'organes* dont l'unique GN a un groupe de réadaptation spécialisée unique.

- Score de réadaptation spécialisée moyen par jour.

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

- Concernant les SSRHA post-chirurgie :
 - % SSRHA post-chirurgie (séjours pour lesquels une date d'intervention chirurgicale a été renseignée, soit un délai entre l'intervention chirurgicale et l'admission en SMR > 0), sur l'ensemble des SSRHA en HC de la CM ;
 - Délai moyen entre l'intervention chirurgicale et l'admission en SMR (premier RHA transmis) ;
- Concernant la grille AVQ :
 - AVQ cognitif maximum observé par séjour : moyenne ;
 - AVQ physique maximum observé par séjour : moyenne ;
 - AVQ cognitif moyen à la sortie du séjour (sur le dernier RHA transmis pour chaque SSRHA terminée, soit avec *Type de suite* = '1' ou '2') ;
 - AVQ physique moyen à la sortie du séjour (sur le dernier RHA transmis pour chaque SSRHA terminée, soit avec *Type de suite* = '1' ou '2').

Le **tableau E** présente pour chaque Catégorie Majeure et pour les SSRHA en hospitalisation complète, les effectifs et la répartition de SSRHA selon les 4 groupes de réadaptation.

Pour le type de réadaptation spécialisée, les indicateurs sont calculés sur le périmètre des GN pour lequel un score de réadaptation spécialisée est calculé par la Fonction Groupage (pour les CM avec « Réadaptation spécialisée = « oui »).

Le **tableau F** présente pour chaque Catégorie Majeure et pour les SSRHA en hospitalisation complète, les effectifs de SSRHA selon le groupe de lourdeur et le niveau de sévérité.

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 D : Casemix par CM - Post-chirurgie, AVQ, score de réadaptation – Hospitalisation à temps partiel**
- **Tableau E : Casemix par CM – Type de réadaptation – Hospitalisation à temps partiel**

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

- Journées de présence : effectif total ;
- Journées de présence : effectif selon le type d'UM :
 - unité de type polyvalent (type UM = '50'),
 - unité de type gériatrie (type UM = '59'),
 - unité de type spécialisé (type UM = '51' à '58').

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 ;
- Part de patients selon les classes d'âge suivantes :
 - moins de 18 ans,
 - 18-29 ans,
 - 30-59 ans,
 - 60-74 ans,
 - 75 ans et plus ;
- Age sur le 1er RHA du séjour ;
 - Moyenne,
 - Médiane.

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 :
 - % de RHA post-chirurgie,
 - Délai moyen entre l'intervention chirurgicale et le RHA ;
- Concernant la grille AVQ :
 - AVQ physique : moyenne,
 - AVQ cognitif : moyenne ;
- Concernant le score de réadaptation globale : moyenne par jour.

Le **tableau D** présente pour chaque Catégorie Majeure et pour les RHA en hospitalisation à temps partiel, les effectifs et la répartition des journées de présence selon les 5 groupes de réadaptation.

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**
- **Tableau C : Casemix par GN - Scores de réadaptation globale et spécialisée – Hospitalisation complète**
- **Tableau D : Casemix par GN - Post-chirurgie et AVQ – Hospitalisation complète**
- **Tableau E : Casemix par GN – Type de réadaptation – Hospitalisation complète**

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

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

- SSRHA : effectif et % représentant chaque GN par rapport au total de l'établissement
- Part des SSRHA selon le type d'UM :
 - unité de type polyvalent (type UM = '50'),
 - unité de type gériatrie (type UM = '59'),
 - unité de type spécialisé (type UM = '51' à '58') ;

- Journées de présence :
 - Pour les années n-1 et 1 : effectif ;
 - Pour l'année n : effectif ;
- Part des journées de présence selon le type d'UM :
 - unité de type polyvalent (type UM = '50'),
 - unité de type gériatrie (type UM = '59'),
 - unité de type spécialisé (type UM = '51' à '58').

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;
- 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 GN ;
 - Part de patients selon les classes d'âge suivantes :
 - moins de 18 ans,
 - 18-29 ans,
 - 30-59 ans,
 - 60-74 ans,
 - 75 ans et plus.
 - Age sur le 1^{er} RHA du séjour :
 - Moyenne,
 - Médiane.

Le **tableau C** présente pour chaque Groupe Nosologique et pour les SSRHA en hospitalisation complète, les indicateurs suivants en lien avec les scores de réadaptation :

- Sur l'ensemble de la CM
 - Effectif total de SSRHA
 - Score de réadaptation globale moyen par jour ;
- Sur les GN avec un score de réadaptation spécialisée⁸, pour les CM avec « Réadaptation spécialisée = « oui » » :
 - Effectif de SSRHA
 - Score de réadaptation spécialisée moyen par jour.

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

- Concernant les SSRHA post-chirurgie :

⁸ Les GN avec « Oui, GR unique spécialisé » n'ont aucun GN avec une liste d'actes spécialisés.

- % SSRHA post-chirurgie (séjours pour lesquels une date d'intervention chirurgicale a été renseignée, soit un délai entre l'intervention chirurgicale et l'admission en SMR > 0), sur l'ensemble des SSRHA en HC du GN ;
- Délai moyen entre l'intervention chirurgicale et l'admission en SMR (premier RHA transmis) ;
- Concernant la grille AVQ :
 - AVQ cognitif maximum observé par séjour : moyenne ;
 - AVQ physique maximum observé par séjour : moyenne ;
 - AVQ cognitif moyen à la sortie du séjour (sur le dernier RHA transmis pour chaque SSRHA terminée, soit avec *Type de suite* = '1' ou '2') ;
 - AVQ physique moyen à la sortie du séjour (sur le dernier RHA transmis pour chaque SSRHA terminée, soit avec *Type de suite* = '1' ou '2').

Le **tableau E** présente pour chaque Groupe Nosologique et pour les SSRHA en hospitalisation complète, les effectifs et la répartition de SSRHA selon les 4 groupes de réadaptation.

Pour le type de réadaptation spécialisée, les indicateurs sont calculés sur le périmètre des GN pour lequel un score de réadaptation spécialisée est calculé par la Fonction Groupage (pour les CM avec « Réadaptation spécialisée = « oui »).

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 de réadaptation – Hospitalisation à temps partiel**
- **Tableau D : Casemix par GN – Type de réadaptation – Hospitalisation à temps partiel**

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

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

- 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-1⁹ 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 '58') : % représentant chaque GN par rapport au total de l'établissement ;
- Journées de présence dans une unité de type gériatrie (type UM = '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 :

⁹ Voir *Remarques générales*

- 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 RHA de patients femmes dans chaque GN ;
- Part de patients selon les classes d'âge suivantes :
 - moins de 18 ans,
 - 18-29 ans,
 - 30-59 ans,
 - 60-74 ans,
 - 75 ans et plus.
- Age au 1^{er} RHA du séjour :
 - Moyenne,
 - Médiane.

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 SMR > 90 jours (sur l'ensemble des RHA de la CM) ;
- Concernant la grille AVQ :
 - AVQ physique : moyenne,
 - AVQ cognitif : moyenne ;
- Concernant le score de réadaptation :
 - Score de réadaptation moyen ;
 - Score de réadaptation médian.

Le **tableau D** présente pour chaque Groupe Nosologique et pour les RHA en hospitalisation à temps partiel, selon le type de réadaptation, avec les indicateurs suivants :

- Effectif de journées
- % de journées.

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

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

- **Tableau A : Casemix - SSRHA - Hospitalisation complète –Groupe nosologique et type de réadaptation**
- **Tableau B : Casemix - SSRHA - Hospitalisation complète – Type de réadaptation**
- **Tableau C : Casemix - SSRHA - Hospitalisation complète - Groupe de lourdeur**

Le **tableau A** présente, pour chaque Groupe Nosologique et type de réadaptation, pour les SSRHA en hospitalisation complète, les effectifs de SSRHA selon les situations suivantes :

- total ;
- niveau de sévérité 2 ;

- groupe de lourdeur A ;
 - dont niveau de sévérité 2 ;
- groupe de lourdeur B ;
 - dont niveau de sévérité 2 ;
- groupe de lourdeur C ;
 - dont niveau de sévérité 2.

Le **tableau B** présente, pour chaque type de réadaptation, pour les SSRHA en hospitalisation complète, les indicateurs suivants :

- Effectif et % de SSRHA ;
- Effectif et % de journées.

Le **tableau C** présente, pour chaque groupe de lourdeur, pour les SSRHA en hospitalisation complète, les indicateurs suivants :

- Effectif et % de SSRHA ;
- Effectif et % de journées.

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

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

- **Tableau A : Casemix - RHA - Hospitalisation à temps partiel – Groupe nosologique et type de réadaptation**
- **Tableau B : Casemix - RHA - Hospitalisation à temps partiel – Type de réadaptation**

Le **tableau A** présente, pour chaque Groupe Nosologique et type de réadaptation, pour les RHA en hospitalisation à temps partiel, la répartition (effectifs et %) des journées de présence.

Le **tableau B** présente, pour chaque type de réadaptation, pour les RHA en hospitalisation à temps partiel, la répartition (effectifs et %) des journées de présence.

Rappel : en hospitalisation à temps partiel, la classification ne comporte pas de groupe de lourdeur ou de niveau de sévérité.

1.D.2.AUTHC – Case-mix par type d'autorisation – Hospitalisation complète

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

Le tableau présente, pour chaque type d'autorisation (déterminé à partir du premier RHA de chaque SSRHA) et type de réadaptation, pour les SSRHA en hospitalisation complète, les effectifs de SSRHA selon les situations suivantes :

- total;
- groupe de lourdeur A ;
- groupe de lourdeur B ;
- groupe de lourdeur C ;
- niveau de sévérité 2 ;
 - Dont lourdeur A,
 - Dont lourdeur B,

- Dont lourdeur C.

1.D.2.AUTHP – Case-mix par type d'autorisation – Hospitalisation à temps partiel

Le tableau présente pour chaque type d'autorisation et pour les RHA en hospitalisation à temps partiel, les effectifs et % de journées de présence selon le type de réadaptation.

1.D.2.LUS – Lits et unités spécifiques

- **Tableau A¹⁰ : Activité dans les SSRHA avec lits dédiés soins palliatifs**
- **Tableau B : Activité dans les SSRHA avec Unité de soins palliatifs**
- **Tableau C : Activité dans les SSRHA avec Unité cognitivo-comportementale**
- **Tableau D : Activité dans les SSRHA avec Unité Etat de conscience altérée**
- **Tableau E : Activités d'expertise selon le type d'autorisation de l'UM**
- **Tableau F : Activités d'expertise - Bilan**
- **Tableau G : Activités d'expertise – Casemix par GN - Services de réadaptation post-réanimation**
- **Tableau H : Activités d'expertise – Casemix par GN –Prise en charge des patients amputés (appareillés ou non)**
- **Tableau I : Activités d'expertise – Casemix par GN – Prise en charge des lésions médullaires**
- **Tableau J : Activités d'expertise – Casemix par GN – Prise en charge des patients en obésité complexe**
- **Tableau K : Activités d'expertise – Casemix par GN – Prise en charge des patients en réadaptation Précoce Post-Aigue cardio-vasculaire**
- **Tableau L : Activités d'expertise – Casemix par GN – Prise en charge des patients en réadaptation Précoce Post-Aigue neurologique**
- **Tableau M : Activités d'expertise – Casemix par GN – Prise en charge des patients en réadaptation Précoce Post-Aigue respiratoire**
- **Tableau N : Activités d'expertise – Casemix par GN – Prise en charge en neuro-orthopédie**
- **Tableau O : Activités d'expertise – Casemix par GN – Prise en charge des troubles cognitifs et comportementaux des patients cérébrlésés**
- **Tableau P : Activités d'expertise – Casemix par GN – Prise en charge des patients atteints de troubles cognitifs sévères liés à une conduite addictive**
- **Tableau Q : Activités d'expertise – Casemix par GN – Prise en charge du polyhandicap**
- **Tableau R : Activités d'expertise – Casemix par GN - Prise en charge des patients atteints de troubles du langage et des apprentissages**

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

¹⁰ Le tableau [1.D.2.LUS] – A correspond au tableau 2017 numéroté [1.D.2.LISP].

Le **tableau A** 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'.

Le **tableau B** 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 codé *Type d'unité spécifique* = '08' *Soins palliatifs*.

Le **tableau C** présente, pour chaque GN, l'activité en hospitalisation complète en lien avec les unités Cognitivo-comportementales :

- effectif de SSRHA avec au moins un RHA codé *Type d'unité spécifique* = '09' ;
- effectif de journées des RHA avec *Type d'unité spécifique* = '09' ;
- effectif et % des journées des RHA en année N avec *Type d'unité spécifique* = '09'.

Le **tableau D** présente, pour le GN 0103 *Etats végétatifs chroniques - Etats pauci-relationnels* et pour l'ensemble des autres GN, l'activité en hospitalisation complète en lien avec les unités spécifiques Etat de conscience altérée :

- effectif de SSRHA avec au moins un RHA codé *Type d'unité spécifique* = '10' ;
- effectif de journées des RHA avec *Type d'unité spécifique* = '10' ;
- effectif et % des journées des RHA en année N avec *Type d'unité spécifique* = '10'.

Le **tableau E** présente, pour chaque activité d'expertise définie à partir des modalités de la variable *Lit/place identifié/dédié* ou *Type d'UM spécifique*, les effectifs de séjours en hospitalisation complète et de journées en hospitalisation à temps partiel, selon le type de l'autorisation de l'UM.

Le **tableau F** présente un bilan des activités d'expertises codées, avec les effectifs suivants :

- effectifs de séjours avec au moins une activité d'expertise ;
- effectif de séjours avec une seule activité d'expertise ;
- effectifs de séjour avec plus d'une activité d'expertise.

Les **tableaux G à R** présentent un casemix par GN (effectif de séjours en HC, effectif de journées en HP) de l'activité enregistrée pour les activités d'expertise suivantes :

- Services de réadaptation post-réanimation : *Lit dédié* = '10' ;
- Prise en charge des patients amputés (appareillés ou non) : *Type d'unité spécifique* = '12' ;
- Prise en charge des lésions médullaires : *Type d'unité spécifique* = '13' ;
- Prise en charge des patients en obésité complexe : *Type d'unité spécifique* = '14' ;
- Prise en charge des patients en réadaptation Précoce Post-Aigue cardio-vasculaire : *Type d'unité spécifique* = '15' ;
- Prise en charge des patients en réadaptation Précoce Post-Aigue neurologique : *Type d'unité spécifique* = '15' ;
- Prise en charge des patients en réadaptation Précoce Post-Aigue respiratoire : *Type d'unité spécifique* = '17' ;
- Prise en charge en neuro-orthopédie : *Type d'unité spécifique* = '18' ;
- Prise en charge des troubles cognitifs et comportementaux des patients cérébrolésés : *Type d'unité spécifique* = '19' ;
- Prise en charge des patients atteints de troubles cognitifs sévères liés à une conduite addictive : *Type d'unité spécifique* = '20' ;
- Prise en charge du polyhandicap : *Type d'unité spécifique* = '21' ;

- Prise en charge des patients atteints de troubles du langage et des apprentissages : *Type d'unité spécifique* = '22'.

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 C : 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 c) ;
- en hospitalisation partielle : l'ensemble des RHA comportant un diagnostic de chacune des listes (voir annexe c).

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 ;
- journées de présence PMSI :
 - o effectif total ;
 - o % concernant des patients de moins de 18 ans.

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 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 présence PMSI : effectif ;
- journées concernant les patients de moins de 18 ans : % des journées de présence PMSI avec un âge < 18 ans.

1.D.2.FSE – Facteurs socio-environnementaux

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

Le tableau présente la répartition de l'activité en fonction des différentes catégories de facteurs socio-environnementaux¹¹, à travers les indicateurs suivants :

- Effectif de SSRHA en hospitalisation complète ;
- Effectif de journées en hospitalisation à temps partiel.

Remarque : un séjour en HC ou un RHA en HP peuvent correspondre à plusieurs facteurs socio-environnementaux.

1.D.2.MEDUL – Activité liée aux patients avec atteintes médullaires

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

Le tableau présente, pour chaque code diagnostic de la catégorie G82 *Paraplégie et tétraplégie*, selon la position du diagnostic (manifestation morbide principale, affection étiologique, diagnostic associé), les indicateurs suivants :

- Effectif de séjours en hospitalisation complète ;
- Effectifs de journées de présence en hospitalisation à temps partiel.

Diversité de l'activité

1.D.2.DA – Diversité de l'activité

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

- **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**

Le **tableau A** présente, pour les SSRHA en hospitalisation complète et pour les 5 CM les plus fréquentes (en nombre de journées de présence en année N) 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 de réadaptation globale moyen ;

¹¹ <https://www.atih.sante.fr/facteurs-socio-environnementaux-1>

- Concernant la grille AVQ
 - AVQ cognitif maximum observé par séjour : moyenne ;
 - AVQ physique maximum observé par séjour : moyenne ;
 - AVQ cognitif moyen à la sortie du séjour (sur le dernier RHA transmis pour chaque SSRHA terminée, soit avec *Type de suite* = '1' ou '2') ;
 - AVQ physique moyen à la sortie du séjour (sur le dernier RHA transmis pour chaque SSRHA terminée, soit avec *Type de suite* = '1' ou '2').

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 de réadaptation moyen ;
- Concernant la grille AVQ :
 - AVQ physique moyen ;
 - AVQ cognitif moyen.

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) : 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-1¹².

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 (en nombre de journées de présence en année N). Les indicateurs sont :

¹² Voir *Remarques générales*

- SSRHA pour l'hospitalisation complète (tableau A) : 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-1¹³ (tableau A).

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).

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.AVQHC – Répartition des scores AVQ en hospitalisation complète

- **Tableau A : Score de dépendance physique – Répartition – Hospitalisation complète – par Unité Médicale**
- **Tableau A : Score de dépendance cognitive – Répartition – Hospitalisation complète – par Unité Médicale**
- **Tableau C : Score de dépendance physique et cognitive – Moyenne – Hospitalisation complète – par Unité Médicale**

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

Les **tableaux A à C** présentent des indicateurs sur le score de dépendance physique selon l'*Unité médicale*, à travers le n° anonymisé de l'UM et son type, renseigné dans le 1^{er} RHA du séjour en hospitalisation complète.

Les **tableaux A et B** présentent la répartition des scores AVQ, respectivement pour la dépendance physique¹ et la dépendance cognitive² :

- Scores maximums observés par SSHRA (sur l'ensemble des SSRHA en hospitalisation complète),

¹³ Voir *Remarques générales*

- Scores 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 :

Les scores sont répartis selon les classes suivantes :

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

Seuls sont pris en compte 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 %.

Le **tableau C** indique les scores moyens, pour la dépendance physique et la dépendance cognitive :

- Pour les scores maximums observés par SSHRA (sur l'ensemble des SSRHA en hospitalisation complète),
- Pour les scores 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'*).

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

- **Tableau A : Score de dépendance physique – Répartition – Hospitalisation à temps partiel – par Unité médicale**
- **Tableau B : Score de dépendance cognitive – Répartition– Hospitalisation à temps partiel – par Unité Médicale**
- **Tableau C : Score de dépendance cognitive en HTP – Moyenne – Hospitalisation à temps partiel – par Unité Médicale**

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

Les **tableaux A à C** présentent des indicateurs sur le score de dépendance physique selon l'*Unité médicale*, à travers le n° anonymisé de l'UM et son type, renseigné sur chaque RHA en hospitalisation à temps partiel.

Les **tableaux A et B** présentent la répartition des scores AVQ, respectivement pour la dépendance physique¹ et la dépendance cognitive², pour les RHA en hospitalisation à temps partiel.

Les scores sont répartis selon les classes suivantes :

- Pour la dépendance physique (tableau A) :
 - $4 \leq \text{Score} \leq 8$;

- $9 \leq \text{Score} \leq 12$;
- $13 \leq \text{Score} \leq 16$.
- Pour la dépendance cognitive (tableau B) :
 - $2 \leq \text{Score} \leq 6$;
 - $7 \leq \text{Score} \leq 8$.

Seuls sont pris en compte 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 :

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

Le **tableau C** indique les scores moyens, pour la dépendance physique et la dépendance cognitive, pour les RHA 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 Manifestation Morbide Principale ou Affection Etiologique les plus fréquentes**
- **Tableau B : 50 catégories de Diagnostics Associés les plus fréquentes**
- **Tableau C : 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 et B** portent sur les 50 catégories CIM-10 (3 premiers digits du code) les plus fréquentes codées en position de Manifestation Morbide Principale / Affection Etiologique, et Diagnostic Associé (un tableau par type de diagnostic), selon le type d'autorisation de l'unité médicale. Pour chaque code CIM-10 et selon le type de diagnostic considéré (MMP/AE, DA) sont présentés les indicateurs suivants :

- Nombre de journées de présence ;
- Part des diagnostics de cette catégorie.

Le **tableau C** 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 Manifestation Morbide Principale ou Diagnostic Associé, et appartenant à la liste des CMA, selon le type d'autorisation de l'unité médicale.

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 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 de réalisations associé au code activité, hors actes 'YYYY'), les éléments suivants :

- Acte CCAM : code et libellé ;
- Code activité ;
- Nombre 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 de réadaptation;
 - CMA : si l'acte CCAM fait partie de la liste des CMA.

1.D.2.ACTR – Répartition globale des actes de rééducation-réadaptation

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

Les tableaux présentent, selon le catalogue d'actes utilisés pour coder les actes de réadaptation-rééducation (CSARR, CSAR, CCAM), les indicateurs suivants :

- Effectif et % de séjours ;
- Effectif et % de journées ;
- Effectifs et % d'actes.

La dernière ligne du tableau recense les séjours où des actes sont codés à la fois en CSARR et en CSAR.

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

- **Tableau A : actes CSARR et CCAM**
- **Tableau B : actes CSAR**

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

Le **tableau A** présente plusieurs indicateurs pour les actes CSARR et actes CCAM de rééducation, présentés selon le chapitre du catalogue (voir annexe a) 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.

Le **tableau B** présente plusieurs indicateurs pour les actes CSAR, présentés selon le chapitre du catalogue et la catégorie de l'acte (selon le chapitre) :

- Actes d'évaluation ;
- Actes de séance ;
- Actes de mise à disposition ;
- Actes de préparation / suivi de dossier.

Les indicateurs présentés sont :

- Effectif et % de SSRHA
- Effectif et % de journées de présence ;
- Effectif et % d'actes (par rapport au nombre total d'occurrences).

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

- **Tableau A : Répartition des actes de Rééducation-Réadaptation par CM – Hospitalisation complète**
- **Tableau B : Répartition des actes de Rééducation-Réadaptation par CM – Hospitalisation à temps partiel**
- **Tableau C : Répartition des actes de Rééducation-Réadaptation par CM – par chapitre CSARR**

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

Les **tableaux A et B** présentent, respectivement pour l'hospitalisation complète et l'hospitalisation à temps partiel, par Catégorie Majeure, pour les actes CSARR et les actes CCAM de rééducation, les indicateurs suivants :

- Actes de RR (CSARR et CCAM) : nombre de réalisations et % par rapport au nombre total de réalisations ;
- Part 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 de réadaptation et présentant au moins un acte codé, 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 de réadaptation en année n et présentant au moins un acte codé.

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

1.D.2.ARRGN – Répartition des actes de rééducation réadaptation par Groupe Nosologique

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

- **Tableau A : Répartition des actes de Rééducation-Réadaptation par GN – Hospitalisation complète**
- **Tableau B : Répartition des actes de Rééducation-Réadaptation par GN – Hospitalisation à temps partiel**

Les **tableaux A et B** présentent, respectivement pour l'hospitalisation complète et l'hospitalisation à temps partiel, par Groupe Nosologique Majeure, pour les actes CSARR et les actes CCAM de rééducation, les indicateurs suivants :

- Actes de réadaptation (CSARR et CCAM) : nombre de réalisations et % par rapport au nombre total de réalisations ;
- Part des actes CCAM au sein du volume total de réalisations d'actes de réadaptation 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 de réadaptation, 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 de réadaptation, en année n.

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 b) et le % correspondant (par rapport à l'ensemble des actes CSARR), selon les catégories suivantes :

- Evaluations initiales ;
- Evaluations intermédiaires ;
- Evaluations finales ;
- Autres évaluations.

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 b ;
- Actes individuels : actes hors liste des actes collectifs fournie en annexe b
 - 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 b) 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.

- **Tableau A : Répartition des actes d'éducation et information**
- **Tableau B : Répartition des actes d'éducation et information, par type d'intervenant**

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

- Actes d'évaluation pour éducation thérapeutique, dans le cadre d'un programme thérapeutique ;
- Séances d'éducation thérapeutique, dans le cadre d'un programme 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.

Le **tableau B** présente la répartition des actes d'éducation et d'information, par type d'intervenant, dans les catégories suivantes :

- Actes d'évaluation pour éducation thérapeutique, dans le cadre d'un programme thérapeutique ;
- Séances d'éducation thérapeutique, dans le cadre d'un programme 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.

1.D.2.MODULLP – Utilisation des modulateurs de lieu et de patient

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

Le tableau présente plusieurs indicateurs par modulateur de lieu ou de patient :

- Nombre d'actes (nombre d'occurrences) ;
- % d'actes par rapport au nombre total d'actes acceptant ce modulateur ;
- Effectif de séjours en hospitalisation complète ;
- Effectif de journées en hospitalisation à temps partiel.

1.D.2.MODULTPS – Utilisation des modulateurs de temps

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

Le tableau présente plusieurs indicateurs par modulateur de temps :

- Nombre d'actes (nombre d'occurrences) ;
- % d'actes par rapport au nombre total d'actes avec ce modulateur ;
- Effectif de séjours en hospitalisation complète ;
- Effectif de journées en hospitalisation à temps partiel.

Le **tableau B** présente les mêmes indicateurs, par modulateur de temps et acte CSAR.

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

- **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**

- **Tableau C : Distribution des actes de Réadaptation par type d'intervenant – Par sous-chapitre du CSAR**
- **Tableau D : Distribution des actes de Réadaptation par type d'intervenant – Par acte CSAR**

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.

Les **tableaux C et D** présentent les effectifs d'actes des actes CSAR, respectivement selon le sous-chapitre et le code CSAR.

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

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

- **Tableaux A : Distribution des actes de Réadaptation par type d'hospitalisation et type d'intervenant**
- **Tableau B : Distribution des actes de Réadaptation par type d'intervenant**

Le **tableau A** 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 b) ;
 - 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 b).
- Actes CSAR :
 - effectif de réalisations et % ;
- Répartition des actes CSAR selon certains critères :
 - Collectif ;
 - Evaluations ;
 - Séances ;
 - Mise à disposition d'appareillage ;
 - Préparation et suivi de dossiers.

Le **tableau B** présente les mêmes indicateurs par type d'intervenant, pour l'ensemble de l'activité.

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 présente, selon le code extension documentaire recueilli, et le catalogue concerné (CSARR et CSAR) les indicateurs suivants :

- effectif de réalisations d'actes avec une extension documentaire ;
- effectif de SSRHA en hospitalisation complète avec codage d'une extension documentaire ;
- effectif de journées en hospitalisation à temps partiel avec codage d'une extension documentaire.

1.D.2.RSPE – Répartition des actes de réadaptation spécialisée par GN

- **Tableau A : Répartition des actes de réadaptation spécialisée par GN – Actes CSARR**
- **Tableau B Répartition des actes de réadaptation spécialisée par GN – Actes CCAM**

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

Les **tableaux A et B** présentent, respectivement pour les actes CSARR et les actes CCAM, les actes spécialisés en fonction de chaque Groupe Nosologique :

- Effectif d'actes en année N,
- Effectif de SSRHA,
- Effectif de journées en année N.

1.D.2.PTS – Plateaux techniques spécialisés

- **Tableau A : Répartition des modulateurs et niveaux de technicité**
- **Tableau B : Répartition des modulateurs de technicité lorsque l'acte est réalisé dans un autre établissement**

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

Le **tableau A** présente plusieurs indicateurs sur l'activité réalisée dans des plateaux techniques spécialisés, selon le modulateur et le niveau de technicité ou l'extension documentaire renseignés :

- Nombre d'actes (nombre d'occurrences) ;
- % d'actes par rapport au nombre total d'actes acceptant ce modulateur ;
- Effectif de séjours en hospitalisation complète ;
- Effectif de journées en hospitalisation à temps partiel.

Le **tableau B** présente les mêmes indicateurs, selon le modulateur de technicité, lorsque l'acte est réalisé dans un autre établissement (*Modulateur de lieu = 'L3'*).

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 ;
- 4-12 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 années 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 chainage 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-1¹⁴. Ce tableau présente

¹⁴ Voir *Remarques générales*

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-1¹⁴ :

- % 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 années 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 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-1¹⁵ 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 4-12 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 :

¹⁵ Voir *Remarques générales*

- Effectif total et % ;
- % enregistré dans la base nationale de l'année n-1¹⁵ 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 4-12 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

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

- **Tableau A : Prise en charge des patients de moins de 18 ans - Casemix par GN et GME – Hospitalisation complète**
- **Tableau B : Prise en charge des patients de moins de 18 ans - Casemix par GN et type de réadaptation – Hospitalisation complète**

Le **tableau A B** présente, pour les patients de moins de 18 ans, pour chaque GN/GME avec prise en charge en hospitalisation complète, les indicateurs suivants :

- SSRHA : effectif et % ;
- Journées de présence PMSI :
 - Effectif total et %,
 - % enregistré dans la base nationale de l'année n-1¹⁶ 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 4-12 ans,
 - % pour les patients âgés de la classe d'âge 13-17 ans.

Le **tableau B C** présente pour les patients de moins de 18 ans, pour chaque GN et type de réadaptation avec prise en charge en hospitalisation complète, les effectifs de SSRHA selon :

- la classe d'âge :
 - 0-3 ans,
 - 4-12 ans,
 - 13-17 ans,
 - Total ;
- le groupe de lourdeur (A, B ou C),
- le niveau de sévérité 2.

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.

- **Tableau A : Prise en charge des patients de moins de 18 ans –Casemix par GN et GME – Hospitalisation à temps partiel**

¹⁶ Voir *Remarques générales*

- **Tableau B : Prise en charge des patients de moins de 18 ans –Casemix par GN et type de réadaptation – Hospitalisation à temps partiel**

Le **tableau A** présente, pour les patients de moins de 18 ans, pour chaque GN/GME avec prise en charge en hospitalisation à temps partiel, les indicateurs suivants, en nombre de journées :

- Effectif total et % ;
- % pour les patients âgés de la classe d'âge 0-3 ans ;
- % pour les patients âgés de la classe d'âge 4-12 ans ;
- % pour les patients âgés de la classe d'âge 13-17 ans.

Le **tableau B** présente, pour les patients de moins de 18 ans, pour chaque GN et type de réadaptation avec prise en charge en hospitalisation à temps partiel, les indicateurs suivants, en nombre de journées :

- Effectif total et % ;
- % pour les patients âgés de la classe d'âge 0-3 ans ;
- % pour les patients âgés de la classe d'âge 4-12 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

- **Tableau A : actes CSARR et CCAM**
- **Tableau B : actes CSAR**

Les tableaux portent 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 A** 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 a) et selon la catégorie de l'acte :

- Actes d'évaluation ;
- Actes de prise en charge ;
- 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*).

Le **tableau B** présente, pour les patients de moins de 18 ans, plusieurs indicateurs pour les actes CSAR, présentés selon le chapitre du catalogue et la catégorie de l'acte (selon le chapitre) :

- Actes d'évaluation ;
- Actes de séance ;
- Actes de mise à disposition ;
- Actes de préparation / suivi de dossier.

Les indicateurs présentés correspondent aux effectifs et %, par rapport à l'ensemble de l'activité concernant des patients de moins de 18 ans :

- SSRHA,
- Actes,
- Journées de présence.

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 a) 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 SMR vont être importées pour pré-remplir l'activité de SMR 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.

Le **tableau B** présente, par Finess géographique (renseigné sur chaque RHA), pour l'ensemble de l'activité et plus particulièrement pour les patients Covid-19, les effectifs de journées de présence PMSI en année n selon :

- Le type d'autorisation du RHA ;
- Le type d'hospitalisation.

Médicaments

1.D.2.DMED – Description des médicaments : GN par groupe d'UCD

- **Tableau A : Médicaments de la liste en sus T2A**
- **Tableau B : GN par groupe d'UCD -Médicaments de la liste spécifique SMR**
- **Tableau C : GN par groupe d'UCD -Médicaments de la liste AP-AC**

Les tableaux **A à C** concernent respectivement :

- la liste en sus T2A,
- la liste en sus spécifique SMR,
- la liste AP-AC.

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 MaladieFvme***
- **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.

Transports inter-établissements

1.D.2.TRANS – Analyse des transports

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

- **Tableau A** : Analyse des transports - Code retour de la date aller
- **Tableau B** : Analyse des transports – Dénombrement des forfaits transport

Les **tableaux A et B** portent sur les informations transmises dans le FichComp *Transports*.

Le **tableau A** présente, selon le code retour associé aux contrôles sur la date aller, le code du forfait transport (ST4, ST5, ST6) et la classe de distance :

- les effectifs de forfaits,
- les effectifs de SSRHA concernés.

Le **tableau B** présente, quel que soit le code retour associé aux contrôles sur la date aller, selon le code du forfait transport (ST4, ST5, ST6) et la classe de distance :

- les effectifs de forfaits,
- les effectifs de SSRHA concernés.

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 termes 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.

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

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.

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 – Chainage : codes retour

- **Tableau A à I : Contrôle des codes retour de génération des fichiers anonymes**
- **Tableau J : Combinaison des types d'erreurs**

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

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

- Contrôle N° de Sécurité sociale (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 sont positionnés à 9.
- Contrôle Date de naissance (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 (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 (Tableau D)
 - 0 Pas de problème à signaler
 - 1 Non renseigné (longueur nulle)
 - 9 Traitement impossible

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

- Contrôle fusion ANO-HOSP/HOSP-PMSI (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 (Tableau F)
 - 0 Pas de problème à signaler
 - 1 N° de RHS dans fichier RHA modifié mais pas dans le fichier ANOPMSI

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

- Contrôle cohérence date d'entrée (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 (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 (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 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 : code retour Tableau A=9 ; code retour Tableau B =9, code retour Tableau C=9, etc...

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 ($\text{cret5} \neq 0$ ou $\text{cret6} = 1$ ou $\text{cret4} = 1$) ou avec une clé de chaînage générée sans le n° de sécurité sociale ($\text{cret1} = 2$) ;
 - Dont le nombre de SSRHA terminées dans l'année n (*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 ($\text{CM} \neq 90$) ;

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 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 ($\text{date d'entrée séjour } n^{\circ}2 - \text{date de sortie séjour } n^{\circ}1 = 0$ 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/web/sesam-vitale/tod-table-des-organismes-destinataires-es> Table de Codification des Organismes Destinataires.

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 facture¹⁷ ;
- 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 ;

¹⁷ La variable *Nombre de venues* est forcée à 1 si elle est manquante ou à 0.

- 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 le SI autorisations** 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 le SI autorisations** ;
- Activité enregistrée dans **ARHGOS le SI autorisations** 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 **pour les autorisations toujours enregistrées sous le modèle AMF (avant la réforme des autorisations du 1^{er} juin 2023)** 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 en hospitalisation à temps partiel, et SSRHA en hospitalisation à temps complet) pour lesquels on observe une incompatibilité¹⁸ 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, 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 en hospitalisation à temps partiel, et SSRHA en hospitalisation à temps complet) pour lesquels on observe une incompatibilité¹⁹ 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.

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 :

¹⁸ 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.

¹⁹ 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.

- diagnostic CIM-10 ;
- position du diagnostic CIM-10 : Manifestation Morbide Principale MMP, 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 en hospitalisation à temps partiel, et SSRHA en hospitalisation à temps complet) pour lesquels on observe un diagnostic CIM-10 considéré comme imprécis²⁰, 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 SMR, 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 en hospitalisation à temps partiel, et SSRHA en hospitalisation à temps complet) pour lesquels on observe un diagnostic CIM-10 considéré comme imprécis²⁰, 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 SMR, 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 RHZA en hospitalisation à temps partiel, et SSRHA en hospitalisation à temps complet) pour lesquels on observe un diagnostic CIM-10 considéré comme imprécis²⁰, à dire d'expert, en position de Diagnostic Associé.

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 SMR, 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.

²⁰ 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.

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 SMR 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 SMR 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 SMR 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 SMR 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*,
- U07.1 *COVID-19*,
- U10.9 *Syndrome inflammatoire multisystémique associé au COVID-19*
- U80-U85 *Résistance aux médicaments antimicrobiens et antinéoplasiques*,
- Z20 *Sujets en contact avec et exposés à des maladies transmissibles*,
- Z22 *Sujet porteur de germes responsables d'une maladie infectieuse*,
- 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 de réadaptation

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

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 ZZC+221.

Les tableaux présentent, par type d'hospitalisation et par GN, les éléments suivants :

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

1.Q.6.TIACS – Type d'intervenant atypique pour un acte CSARR

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

Suite aux travaux réalisés sur le codage CSARR (*Etat des lieux du CSARR dans le PMSI SSR en 2015* <https://www.atih.sante.fr/etat-des-lieux-du-codage-csarr-dans-le-pmsi-ssr-en-2015>), des actes CSARR ont été identifiés comme ne relevant pas de certains types d'intervenant :

- des actes relevant d'une prise en charge rééducative : ils ne relèvent pas d'une prise en charge infirmière ou aide-soignante ;
- l'acte de synthèse interdisciplinaire de rééducation et/ou de réadaptation : il doit être codé par un seul professionnel (celui qui est responsable de la synthèse pour le patient concerné, le médecin responsable du patient par exemple).

Ces actes sont non attendus (et non pas interdits). En effet certaines situations spécifiques entraînent la réalisation de ces actes par des professions non attendues. L'interprétation de ce tableau nécessite donc de connaître la situation au sein de chaque établissement.

Les tableaux présentent, par type d'hospitalisation et par couple {acte CSARR ; intervenant} non attendu, les éléments suivants :

- Effectif de RHA,
- Effectif de SSRHA dont au moins un RHA est concerné par l'atypie acte CSARR/type d'intervenant.

1.Q.6.TINA – Type d'intervenant inattendu pour un acte CSAR

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

Les tableaux présentent, par type d'hospitalisation et par couple {acte CSAR ; intervenant non attendu}, les éléments suivants :

- Effectif de RHA,
- Effectif de SSRHA dont au moins un RHA est concerné par l'atypie acte CSAR/type d'intervenant.

1.Q.6.NBIACP – Nombre d'intervenants atypique pour un acte CSARR pluriprofessionnel

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

Par définition, s'agissant d'actes pluri professionnels (voir annexe b), le nombre d'intervenants doit être au minimum égal à 2. Il s'agit d'actes à destination d'un patient en particulier et le nombre d'intervenants correspond à ceux réellement impliqués dans la prise en charge du patient. Le nombre d'intervenants ne peut donc être supérieur à 10.

Les tableaux présentent, par type d'hospitalisation et par couple {acte CSARR ; nombre d'intervenants}, les éléments suivants :

- Effectif de RHA comportant un acte pluriprofessionnel pour lequel le nombre d'intervenants est <1 ou >10 ;
- Effectif de SSRHA correspondant.

g). FichComp

1.Q.7.EAMED – Effectifs atypiques dans les FichComp MED, LES SMR et MED-APAC

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

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

Les FichComp MED, LES SMR et MED-APAC sont pris en compte pour ce test qualité.

Le **tableau A** présente l'effectif de RHA pour lesquels les FichComp MED, LES SMR et MED-APAC dénombrent 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 des FichComp MED, LES SMR et MED-APAC:

- 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 des FichComp MED, LES SMR et MED-APAC à travers notamment les erreurs dans les unités utilisées, qu'il s'agisse des quantités ou des montants renseignés par l'établissement. Ces RHA sont exclus des tableaux de valorisation 1.V.2.VMED et 1.V.2.APAC.

1.3. V - Valorisation

**Les tableaux de la partie VALORISATION
portent 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 SMR.

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)²¹ correspondant est également indiqué (il comprend les coefficients géographique, de revalorisation salariale – Ségur **et d'allègement de charges, pour la valorisation du GMT et des suppléments cancérologie**).

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

- 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 moins de 90 journées de présence, 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 *Séjour facturable à l'AM* = '1' et un mauvais codage sur l'une des variables suivantes du fichier ANO : *Code de prise en charge du FJ* = 'X' (en HC uniquement, si au moins 1 jour de présence) ou un code retour ≠ '0' pour les variables *Code de prise en charge du FJ* (en HC uniquement), *Séjour facturable à l'AM*. 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' ;
- SSRHA en hospitalisation complète ou RHA en hospitalisation à temps partiel correspondant à une activité de téléreadaptation (présence en position de DA du code Z75.3 *Centres médicaux non disponibles et non accessibles*) ;
- SSRHA en hospitalisation complète ou RHA en hospitalisation à temps partiel dans le cadre de l'expérimentation Article 51 : *Article 51* = '1' et *Motif de non-facturation à l'Assurance Maladie* = 'E' ;

- SSRHA en hospitalisation complète ou RHA en hospitalisation à temps partiel avec un GMT 9999 mais avec un groupage hors CM 90 (exemples : RHA d'HP sans journées de présence sur l'année N, SSRHA d'HC non clos avec oins de 90 journées de présence) ;
- Activité hors période : SSRHA d'HC hors période, soit avec une date de début >31/12/N ou une date de fin <=01/01/N, ou journées d'HP en dehors de l'année N dans les RHA des semaines à cheval sur 2 années calendaires (N ou N+1).

A noter qu'un même SSRHA/RHA 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 avec GMT 9999 hors CM 90~~
- ~~Tableau C B : Hospitalisation à temps partiel – CM 90 ou problème dans le fichier ANO~~

Le tableau porte sur l'ensemble des RHA 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 SMR.

Les **tableaux A et B** présentent le casemix (par GMT et GME) de l'activité non valorisée détaillée dans le tableau [1.V.1.SV], respectivement pour l'hospitalisation complète (effectif de séjours) et l'hospitalisation à temps partiel (effectif de journées)., en nombre de SSRHA :

- ~~Tableau A : SSRHA avec GMT 9999 (CM 90) ou une erreur dans le fichier ANO (voir tableau 1.V.1.SV) ;~~
- ~~Tableau B : SSRHA avec GMT 9999, hors erreur (SSRHA groupés hors CM 90 mais avec nombre de jours de présence < 90 jours) et hors GN 0103 des Etats végétatifs chroniques).~~

Le tableau C présente le casemix (par GMT et GME) de l'activité non valorisée détaillée dans le tableau [1.V.1.SV], pour l'hospitalisation à temps partiel, en nombre de journées :

- ~~journées de présence des RHA avec GMT 9999 (CM 90) ou une erreur dans le fichier ANO (voir tableau [1.V.1.SV]) ;~~

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 SMR.

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 particuliers :

- 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) ;
- pour la partie liée au GMT dit hebdomadaire (pour les journées au-delà du 90^e jour de présence), le taux de remboursement est à 100%
- pour les hospitalisations de plus de 30 jours, se référer à l'annexe f.

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 facturations (fichier ANO)

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

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 :
 - (Nombre de journées de présence en année [n-1] X 18) + (Nombre de journées de présence en année [n] X 20) si patient muté ou transféré (Mode de sortie = '6' ou '7') ;
 - Sinon (Nombre de journées de présence en année [n-1] X 18) + ((Nombre de journées de présence en année [n] - 1) X 20) si patient décédé (Mode de sortie = '9') car le jour de sortie est coché en cas de décès ;
 - Sinon (Nombre de journées de présence en année [n-1] X 18) + ((Nombre de journées de présence en année [n] + 1) X 20).
- 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, ou non contrôlés dans ce tableau.

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

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 SMR.

- **Tableau A : Casemix par GME/GMT – Effectifs et valorisation**
- **Tableau B : Casemix par GN – Effectifs et valorisation**
- **Tableau C : Casemix GME/GMT – Effectifs et valorisation – SSRHA non clos sous hypothèse de clôture**

Les **tableaux A et B** présentent le casemix des SSRHA valorisés en hospitalisation complète, respectivement selon le couple GME/GMT et selon le GN. Les indicateurs suivants sont présentés :

- Dure de la zone forfaitaire : 1, 7 ou 21 jours (uniquement pour tableau A)
- SSRHA : effectif total de SSRHA valorisés ;
- Montant BR total du séjour : sommes de la partie GMT, de la partie GMT hebdomadaire **et des suppléments cancérologie** ;
- Partie GMT :
 - Montant BR total (quelle que soit la zone de valorisation) ;
 - dont montant BR des SSRHA valorisés en zone basse,
 - dont montant BR des SSRHA valorisés en zone forfaitaire 1,
 - dont montant BR des SSRHA valorisés en zone forfaitaire 2,
 - dont montant BR des SSRHA valorisés en zone forfaitaire 3,
 - dont montant BR des SSRHA valorisés en zone haute ;
- Partie GMT hebdomadaire (pour les séjours dépassant 90 journées de présence) :
 - Montant BR ;
 - Effectif SSRHA ;
 - Effectif de journées au-delà de la 90^e journée » de présence ;
- **Suppléments cancérologie :**
 - **Montant BR ;**

- Effectif suppléments journaliers.

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

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 SMR.

Le tableau présente le casemix des journées des RHA valorisés, en hospitalisation à temps partiel, selon le couple GME/GMT. Les indicateurs suivants sont présentés :

- Journées de présence : effectif total de journées de présence des RHA valorisés ;
- Montant BR total : soit l'application des tarifs du secteur aux journées de présence valorisées, avec prise en compte des coefficients géographique, de spécialisation, de revalorisation salariale (Ségur) et d'allègement de charges et les suppléments cancérologie ;
- Partie GMT : montant BR total ;
- Suppléments cancérologie :
 - Montant BR ;
 - Effectif suppléments journaliers.
- Journées de présence : effectif total de journées de présence des RHA valorisés ;
- Montant BR total : soit l'application des tarifs du secteur aux journées de présence valorisées, avec prise en compte des coefficients géographique, de spécialisation, de revalorisation salariale (Ségur) et d'allègement de charges et les suppléments cancérologie.

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 : Résumé de l'activité – patients < 18 ans
- ~~Tableau D : Résumé de l'activité – Activité 2024 transmise en 2025~~

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 SMR.

Le détail du calcul de valorisation est disponible en annexe e.

Le **tableau A** présente les coefficients liés à l'établissement et/ou intervenant dans le calcul de la valorisation :

- ~~Coefficient de spécialisation ;~~
- Coefficient géographique ;
- Coefficient de revalorisation salariale (Ségur) ;
- ~~Coefficient d'allègement de charges.~~

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

- en hospitalisation complète :
 - SSRHA clos avec moins de 90 journées de présence :
 - Valorisation en zone basse,
 - Valorisation en zone forfaitaire 1,

- Valorisation en zone forfaitaire 2,
- Valorisation en zone forfaitaire 3,
- Valorisation en zone haute.
- SSRHA avec au moins 90 journées de présence (clos ou non)
 - Valorisation en zone haute, pour la partie GMT ;
 - Valorisation des journées au-delà de la 90^e journée de présence, avec le GMT hebdomadaire.
- en hospitalisation partielle.

En hospitalisation complète, les effectifs présentés correspondent aux :

- SSRHA valorisés,
- Suppléments journaliers pour la valorisation en zone haute ;
- Journées valorisées avec le GMT hebdomadaire ;
- **Suppléments journaliers en cancérologie.**

En hospitalisation à temps partiel, les effectifs présentés correspondent aux journées de présence **et aux suppléments journaliers en cancérologie.**

Les montants présentés sont :

- Montant en base de remboursement (BR) : soit l'application des tarifs du GMT à l'activité valorisée, avec prise en compte des coefficients géographique, **de spécialisation,** de revalorisation salariale (Séjour) **et d'allègement de charges** ;
- Montant BR avec application du coefficient prudentiel ;
- Montant Assurance Maladie (AM) : montant BR avec coefficient prudentiel, avec application du taux de remboursement du patient et déduction le cas échéant du montant du Forfait journalier (20€ par journée de présence) et/ou du montant du Ticket modérateur forfaitaire (24€).

Le **tableau C** reprend les éléments du tableau B, pour les patients de moins de 18 ans.

Le tableau D reprend les éléments du tableau B, pour les journées des 30 et 31 décembre 2024 (activité 2024 transmise en 2025).

1.V.1.VA51 – Analyse des séjours relevant de l'expérimentation Article 51

- **Tableau A : Analyse des séjours de l'Article 51 – Hospitalisation complète**
- **Tableau B : Analyse des séjours de l'Article 51 – Hospitalisation à temps partiel**

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

Le détail du calcul de valorisation est disponible en annexe e.

Les **tableaux A et B** présentent l'analyse de l'activité relevant de l'expérimentation Article 51, par Groupe médico-économique, avec respectivement l'effectif de SSRHA en hospitalisation complète et le nombre de journées de présence en hospitalisation à temps partiel, ainsi que le montant BR associé, avec les indicateurs suivants :

- Indicateur Article 51 = 1
- Indicateur Article 51 = 1 et Motif de non facturation =E Article 51
- Indicateur Article 51 ≠ 1 et Motif de non facturation =E Article 51 : les 2 informations sont contradictoires ; les séjours concernés sont à vérifier.

1.V.1.TRANS – Valorisation des suppléments Transport

- Tableau A : Coefficients de l'établissement
- Tableau B: Suppléments transport
- Tableau C : Suppléments transport - Patients < 18 ans
- Tableau D : Suppléments transports non valorisés
- ~~Tableau E : Suppléments transports – Activité 2024 transmis en 2025~~

Le tableau **A** présente les coefficients liés à l'établissement et/ou intervenant dans le calcul de la valorisation :

- ~~Coefficient de spécialisation ;~~
- Coefficient géographique ;
- Coefficient de revalorisation salariale (Séguir) ;
- ~~Coefficient d'allègement de charges~~

Le tableau **B** présente, pour chaque couple {supplément transport ; classe de distance} remonté dans le FichComp TRANSPORT, les effectifs suivants :

- Nombre de suppléments transport valorisés ;
- Montant en base de remboursement (BR) ;
- Montant BR avec coefficient prudentiel ;
- Montant Assurance maladie

Le détail du calcul de la valorisation des suppléments transport est disponible en annexe.

Le tableau **C** reprend les mêmes éléments, pour les patients de moins de 18 ans.

Le tableau **D** présente les effectifs et montant BR des suppléments transport non valorisés, se trouvant dans l'une des situations suivantes :

- GMT ou GMT hebdomadaire RHA d'HP/séjour d'HC, en lien avec la ligne FichComp, non valorisé,
- Code retour sur la date aller ≠ 0.

~~Le tableau E reprend les mêmes éléments, pour les journées des 30 et 31 décembre 2024.~~

b). Médicaments

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

- Tableau A : Liste en sus et spécifique SMR
- Tableau B : Liste en sus et spécifique SMR - Patients < 18 ans
- Tableau C : Liste en sus et spécifique SMR – molécules non valorisées
- ~~Tableau D : Liste en sus et spécifique SMR – Activité 2024 transmise en 2025~~

Le tableau **A** présente, pour chaque code UCD de la liste en sus T2A ou de la liste spécifique SMR²², remonté dans les FichComp MED et LES-SMR, les effectifs suivants :

- Nombre d'UCD transmises ;
- Nombre d'UCD valorisées ;
- Dépenses de l'établissement (prix d'achat) ;
- Montant calculé en fonction du tarif de responsabilité ;
- Montant valorisé (voir détail du calcul en annexe).

Le tableau **B** reprend les mêmes éléments, pour les patients de moins de 18 ans.

Le tableau **C** présente, pour chaque code UCD de la liste en sus T2A ou de la liste spécifique SMR²³, remonté dans les FichComp MED et LES-SMR, les effectifs et montants BR des molécules non valorisées, car correspondant à l'une des situations suivantes :

- GMT ou GMT hebdomadaire RHA d'HP/séjour d'HC, en lien avec la ligne FichComp, non valorisé,
- Date d'administration hors des périodes de validité pour l'UCD et la liste considérés,
- Prix d'achat déclaré par l'établissement ≤ 0
- Nombre d'UCD ≤ 0 ,
- RHA ciblé dans le tableau 1.Q.7.EAMED.

~~Le tableau D reprend les mêmes éléments, pour les journées des 30 et 31 décembre 2024.~~

1.V.2.APAC – Valorisation des médicaments AP-AC

- **Tableau A : Liste AP-AC**
- **Tableau B : Liste AP-AC - Patients < 18 ans**
- **Tableau C : Liste AP-AC – Molécules non valorisées**
- ~~Tableau D : Liste AP-AC – Activité 2024 transmise en 2025~~

Le tableau **A** présente pour chaque code UCD des médicaments avec AP-AC (code et libellé), transmis dans le FichComp MED-APAC, les indicateurs suivants :

- Nombre d'UCD transmises ;
- Nombre d'UCD valorisées ;
- Montant valorisé (voir détail du calcul en annexe).

Le tableau **B** reprend les mêmes éléments, pour les patients de moins de 18 ans.

Le tableau **C** présente, pour chaque code UCD de la liste AP-AC, remonté dans le FichComp MEDAPAC, les effectifs et montants BR des molécules non valorisées, car correspondant à l'une des situations suivantes :

²² Liste des spécialités pharmaceutiques spécifiques au SSR : <http://www.atih.sante.fr/specialites-pharmaceutiques-en-ssr>

²³ Liste des spécialités pharmaceutiques spécifiques au SSR : <http://www.atih.sante.fr/specialites-pharmaceutiques-en-ssr>

- GMT ou GMT hebdomadaire RHA d'HP/séjour d'HC, en lien avec la ligne FichComp, non valorisé,
- Date d'administration hors des périodes de validité pour l'UCD et la liste considérés,
- Prix d'achat déclaré par l'établissement ≤ 0
- Nombre d'UCD ≤ 0 ,
- RHA ciblé dans le tableau 1.Q.7.EAMED.

Le tableau D reprend les mêmes éléments, pour les journées des 30 et 31 décembre 2024.

c). Aide médicale d'Etat (AME)

1.V.3.RAME – Activité des patients AME

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

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 SMR.

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.

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

- Hospitalisation complète : effectif de SSRHA clos (*Type de suite = '1'* ou *'2'*),
- Hospitalisation partielle : effectif de journées de présence.

d). Autres FichComp

1.V.4.NUTRI – Nutrition parentérale à façon

Le **tableau** présente, pour chaque GN, les effectifs suivants issus du FichComp transmis pour les poches de nutrition parentérale à façon (comme décrit dans la notice de la campagne tarifaire SSR <https://www.atih.sante.fr/notice-technique-campagne-tarifaire-ssr-2018>) :

- Nombre de SSRHA ;
- Nombre de poches ;
- Montant total en prix d'achat.

e). Synthèse

1.V.5.EMM – Evolution des montants mensuels par période de transmission par type de prestation

Le **tableau** présente la valorisation AM de chaque prestation selon la période de transmission et le mois de soin.

Les prestations et leur mois de soin considéré sont :

- Hospitalisation partielle – [mois de soin = mois de la date du dimanche du RHA]
 - GMT
 - Suppléments cancérologie
- Hospitalisation complète
 - 90 premières journées de présence [mois de soin = mois de la date de clôture du séjour si séjour < 90j, de la date du 90^e jour sinon]
 - GMT
 - Suppléments cancérologie
 - Journées au-delà de la 90^e journée de présence [mois de soin = mois de la date du dimanche du RHA]
 - GMT hebdomadaire
 - Suppléments cancérologie
- Médicaments des listes en sus [mois de soin = mois de la date d'administration]
 - Liste en sus,
 - Liste spécifique SMR,
 - Liste AP-AC ;
- Suppléments transports [mois de soin = mois de la date aller].

2. Traitement des RAFAEL

2.1. V - Valorisation

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

- **Tableau A : Valorisation des lettres clé du RAFAEL – Détail par code**
- **Tableau B : Valorisation des lettres clé du RAFAEL – Total par catégorie**
- **Tableau C : Répartition des lettres clé du RAFAEL – par mois**
- **Tableau D : Répartition des lettres clé du RAFAEL, hors liste autorisée**
- **Tableau E : Montant AM calculé / Montant théorique**

Les lettres clés valorisées présentent une variable *Séjour facturable à l'Assurance Maladie* = '1' *Oui* ou '2' *En attente de décision sur le taux de prise en charge du patient* ou un *Code gestion* = '65' (détenus).

Le **tableau A** présente par catégorie de codes (CCAM / NGAP / FTN), 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 : le montant remboursable par la caisse (AMO) est à titre informatif pour les établissements hors réforme du financement. Pour les autres, il s'agit du montant valorisé à 100% à partir du 01/01/2018 par OVALIDE pour l'activité externe.

Le **tableau B** présente les mêmes informations que le tableau A, pour les catégories de codes suivantes :

- CCAM,
- NGAP,
- FTN.

Le **tableau C** présente les mêmes informations que les tableaux A et B, selon le mois de prestation.

Le **tableau D** présente les mêmes informations (sauf montant AMO) que les tableaux précédents, pour les codes non autorisés, à savoir les codes ATU, APE, AP2, FPI, FFM, SE1, SE2, SE3, SE4, SE5, SE6, D12, D13, D14, D15, D16, D20, D21, D22, D23.

Le **tableau E** n'est pas généré, dans le cadre de la garantie de financement.

3. Traitement des données d'hospitalisation de l'année N-1 (Lamda)

L'envoi Lamda de données N-1 en année N est soumis à l'application de la forclusion d'1 an à compter de la date de fin de séjour.

Dans cette partie, la colonne Lamda dans les tableaux correspond, selon les transmissions Lamda faites par l'établissement, aux situations suivantes :

- M0 ou M1 : ensemble de l'archive transmise en M0 ou M1 ;
- A partir de M2 : reconstitution du M12 de l'année N-1 en fonction des différents envois Lamda réalisés dans l'année.
 - Exemple : si une transmission Lamda de l'année N-1 est réalisée par l'établissement en M2 et en M5 en année N, alors la colonne Lamda en M5 année N est composée de l'activité de janvier issue du M12 de l'année N-1, de l'activité de février à avril de l'envoi Lamda N-1 réalisé en M2 de l'année N, et de l'activité de mai à décembre de l'envoi Lamda N-1 réalisé en M2 de l'année N.

Dans le Lamda sur l'activité 2025, transmis en 2026, l'activité en lien avec les journées des 30 et 31 décembre 2024 ne sont pas prises en compte. Elles ont été valorisées courant 2025 et incluses dans l'arrêté de versement avec les montants 2024.

3.1. V - Valorisation

3.V.1.SV - SSRHA/RHA valorisés - Données année N-1 transmises en année N

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, de revalorisation salariale – Ségur et d'allègement de charges).

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

- 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 moins de 90 journées de présence, 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 *Séjour facturable à l'AM* = '1' et un mauvais codage sur l'une des variables suivantes du fichier ANO : *Code de prise en charge du FJ* = 'X' (en HC uniquement, si au moins 1 jour de présence) ou un code retour ≠ '0' pour les variables *Code de prise en charge du FJ*

(en HC uniquement), *Séjour facturable à l'AM*. 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'* ;
- SSRHA en hospitalisation complète ou RHA en hospitalisation à temps partiel correspondant à une activité de téléréadaptation (présence en position de DA du code Z75.3 *Centres médicaux non disponibles et non accessibles*) ;
- SSRHA en hospitalisation complète ou RHA en hospitalisation à temps partiel dans le cadre de l'expérimentation Article 51 : *Article 51 = '1'* et *Motif de non-facturation à l'Assurance Maladie = 'E'*.

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'*.

3.V.1.CMTHC – Application des tarifs – Hospitalisation complète - Données année N-1 transmises en année N

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

- **Tableau A : Casemix par GME/GMT – Effectifs et valorisation**
- **Tableau B : Séjours d'HC avec GME différent entre transmission M12 année N-1 et transmission Lamda**

Le **tableau A** présente le casemix des SSRHA valorisés en hospitalisation complète selon le couple GME/GMT. Les indicateurs suivants sont présentés :

- SSRHA : effectif total de SSRHA valorisés ;
- Montant BR total du séjour : sommes de la partie GMT et de la partie GMT hebdomadaire ;
- Montant BR – partie GMT ;
- Montant BR - partie GMT hebdomadaire (pour les séjours dépassant 90 journées de présence) ;
- Effectif de journées – partie GMT hebdomadaire.

Le **tableau B** dénombre les séjours d'hospitalisation complète présents dans l'envoi M12 en année N-1 et dans l'envoi Lamda en année N lorsque le GME est différent entre les 2 transmissions, selon le couple {GME transmission M12 année N-1 ; GME transmission Lamda année N}.

3.V.1.CMTHP – Application des tarifs – Hospitalisation à temps partiel - Données année N-1 transmises en année N

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

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

- **Tableau B : Séjours d'HC avec GME différent entre transmission M12 année N-1 et transmission Lamda**

Le **tableau A** présente le casemix des journées des RHA valorisés, en hospitalisation à temps partiel, selon le couple GME/GMT. Les indicateurs suivants sont présentés :

- Journées de présence : effectif total de journées de présence des RHA valorisés ;
- Montant BR total : soit l'application des tarifs du secteur aux journées de présence valorisées, avec prise en compte des coefficients géographique, de spécialisation, de revalorisation salariale (Ségur) et d'allègement de charges.

Le **tableau B** dénombre les journées d'hospitalisation partielle des RHA présents dans l'envoi M12 en année N-1 et dans l'envoi Lamda en année N lorsque le GME est différent entre les 2 transmissions, selon le couple {GME transmission M12 année N-1 ; GME transmission Lamda année N}.

3.V.1.RAEV – Résumé de l'activité – Effectifs et valorisation- Données année N-1 transmises en année N

- **Tableau A : Coefficients de l'établissement**
- **Tableau B : Résumé de l'activité**
- **Tableau C : Résumé de l'activité – patients < 18 ans**

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

Le détail du calcul de valorisation est disponible en annexe e.

Le **tableau A** présente les coefficients liés à l'établissement et/ou intervenant dans le calcul de la valorisation :

- Coefficient de spécialisation ;
- Coefficient géographique ;
- Coefficient de revalorisation salariale (Ségur) ;
- Coefficient d'allègement de charges.

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

- en hospitalisation complète :
 - SSRHA clos avec moins de 90 journées de présence :
 - Valorisation en zone basse,
 - Valorisation en zone forfaitaire 1,
 - Valorisation en zone forfaitaire 2,
 - Valorisation en zone forfaitaire 3,
 - Valorisation en zone haute.
 - SSRHA avec au moins 90 journées de présence (clos ou non)
 - Valorisation en zone haute, pour la partie GMT ;
 - Valorisation des journées au-delà de la 90^e journée de présence, avec le GMT hebdomadaire.
- en hospitalisation partielle.

En hospitalisation complète, les effectifs présentés correspondent aux :

- SSRHA valorisés,
- Suppléments journaliers pour la valorisation en zone haute ;
- Journées valorisées avec le GMT hebdomadaire.

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 GMT à l'activité valorisée, avec prise en compte des coefficients géographique, de spécialisation, de revalorisation salariale (Ségur) et d'allègement de charges ;
- Montant BR avec application du coefficient prudentiel ;
- Montant Assurance Maladie (AM) : montant BR avec coefficient prudentiel, avec application du taux de remboursement du patient et déduction le cas échéant du montant du Forfait journalier (20€ par journée de présence) et/ou du montant du Ticket modérateur forfaitaire (24€).

Le **tableau C** reprend les éléments du tableau B, pour les patients de moins de 18 ans.

3.V.1.TRANS – Valorisation des suppléments Transport

- **Tableau A : Coefficients de l'établissement**
- **Tableau B: Suppléments transport**
- **Tableau C : Suppléments transport - Patients < 18 ans**
- **Tableau D : Suppléments transports non valorisés**

Le tableau **A** présente les coefficients liés à l'établissement et/ou intervenant dans le calcul de la valorisation :

- Coefficient de spécialisation ;
- Coefficient géographique ;
- Coefficient de revalorisation salariale (Ségur) ;
- Coefficient d'allègement de charges

Le tableau **B** présente, pour chaque couple {supplément transport ; classe de distance} remonté dans le FichComp TRANSPORT, les effectifs suivants :

- Nombre de suppléments transport valorisés ;
- Montant en base de remboursement (BR) ;
- Montant BR avec coefficient prudentiel ;
- Montant Assurance maladie

Le détail du calcul de la valorisation des suppléments transport est disponible en annexe.

Le tableau **C** reprend les mêmes éléments, pour les patients de moins de 18 ans.

Le tableau **D** présente les effectifs et montant BR des suppléments transport non valorisés, se trouvant dans l'une des situations suivantes :

- RHA d'HP/séjour d'HC, en lien avec la ligne FichComp, non valorisé,
- Code retour sur la date aller ≠ 0.

3.V.2.VMED – Valorisation des molécules onéreuses – Données N-1 transmises en année N

- **Tableau A : Liste en sus**
- **Tableau B : Liste spécifique SMR**
- **Tableau C : Liste en sus et spécifique SMR - Patients < 18 ans**
- **Tableau D : Liste en sus et spécifique SMR – molécules non valorisées**

Les **tableaux A et B** présentent, respectivement pour la liste en sus T2A et la liste spécifique SMR, pour chaque code UCD remonté dans les FichComp MED et LES-SMR, les effectifs suivants :

- Nombre d'UCD transmises ;
- Nombre d'UCD valorisées ;
- Dépenses de l'établissement (prix d'achat) ;
- Montant calculé en fonction du tarif de responsabilité ;
- Montant valorisé (voir détail du calcul en annexe).

Le tableau **B** reprend les mêmes éléments, pour les patients de moins de 18 ans.

Le tableau **C** présente, pour chaque code UCD de la liste en sus T2A ou de la liste spécifique SMR²⁴, remonté dans les FichComp MED et LES-SMR, les effectifs et montants BR des molécules non valorisées, car correspondant à l'une des situations suivantes :

- RHA d'HP/séjour d'HC, en lien avec la ligne FichComp, non valorisé,
- Date d'administration hors des périodes de validité pour l'UCD et la liste considérée,
- Prix d'achat déclaré par l'établissement ≤ 0
- Nombre d'UCD ≤ 0 ,
- RHA avec plus de 20 UCD consommées en moyenne/jour.

3.V.2.APAC – Valorisation des médicaments AP-AC – Données N-1 transmises en année N

- **Tableau A : Liste AP-AC**
- **Tableau B : Liste AP-AC - Patients < 18 ans**
- **Tableau C : Liste AP-AC – Molécules non valorisées**

Le tableau **A** présente pour chaque code UCD des médicaments avec AP-AC (code et libellé), transmis dans le FichComp MED-APAC, les indicateurs suivants :

- Nombre d'UCD transmises ;
- Nombre d'UCD valorisées ;
- Montant valorisé (voir détail du calcul en annexe).

Le tableau **B** reprend les mêmes éléments, pour les patients de moins de 18 ans.

Le tableau **C** présente, pour chaque code UCD de la liste AP-AC, remonté dans le FichComp MEDAPAC, les effectifs et montants BR des molécules non valorisées, car correspondant à l'une des situations suivantes :

- RHA d'HP/séjour d'HC, en lien avec la ligne FichComp, non valorisé,

²⁴ Liste des spécialités pharmaceutiques spécifiques au SSR : <http://www.atih.sante.fr/specialites-pharmaceutiques-en-ssr>

- Date d'administration hors des périodes de validité pour l'UCD et la liste considérée,
- Prix d'achat déclaré par l'établissement ≤ 0
- Nombre d'UCD ≤ 0 ,
- RHA avec plus de 20 UCD consommées en moyenne/jour.

4.V.1.SSE – Synthèse – Hospitalisation – Données N-1 transmises en année N

Le tableau présente l'effectif de séjours en HC ou journées en HP, et le montant correspondant AM pour les données Lamda, selon les catégories suivantes :

- Activité ajoutée
 - Dont partie GMT
 - Dont médicaments des listes en sus
 - Dont suppléments transports
- Activité supprimée
 - Dont partie GMT
 - Dont médicaments des listes en sus
 - Dont suppléments transports
- Activité modifiée
 - Dont activité non valorisée en M12 année N-1
 - Dont taux de remboursement du patient modifié
 - Dont changement de GMT ou GMT hebdomadaire
 - Dont consommation des médicaments des listes en sus
 - Dont suppléments transports.

4. Traitement des actes et consultations externes de l'année N-1 (Lamda)

L'envoi Lamda de données N-1 en année N est soumis à l'application de la forclusion d'1 an à compter de la date de fin de facture.

Dans cette partie, la colonne Lamda dans les tableaux correspond, selon les transmissions Lamda faites par l'établissement, aux situations suivantes :

- M0 ou M1 : ensemble de l'archive transmise en M0 ou M1 ;
- A partir de M2 : reconstitution du M12 de l'année N-1 en fonction des différents envois Lamda réalisés dans l'année.
 - Exemple : si une transmission Lamda de l'année N-1 est réalisée par l'établissement en M2 et en M5 en année N, alors la colonne Lamda en M5 année N est composée de l'activité de janvier issue du M12 de l'année N-1, de l'activité de février à avril de l'envoi Lamda N-1 réalisé en M2 de l'année N, et de l'activité de mai à décembre de l'envoi Lamda N-1 réalisé en M2 de l'année N.

4.1. V - Valorisation

4.V.VACE Valorisation des lettres clé des RAFAEL B et C – Données N-1 transmises en année N

- **Tableau A : Valorisation des lettres clé du RAFAEL – Total par catégorie**
- **Tableau B : Répartition des lettres clé du RAFAEL, hors liste autorisée**

Les lettres clés valorisées présentent une variable *Séjour facturable à l'Assurance Maladie* = '1' Oui ou '2' En attente de décision sur le taux de prise en charge du patient ou un *Code gestion* = '65' (détenus).

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

- Effectif : quantité X coefficient ;
- Montant remboursable par la caisse (AMO) : effectif X montant déclaré par l'établissement comme facturable à l'Assurance Maladie Obligatoire ;
 - ⊖ Dont montant Fides,
 - ⊖ Dont montant hors Fides.

Le **tableau B** présente les effectifs et montants issus des factures pour les codes non autorisés.

4.V.1.SFE – Synthèse – Factures de l'activité externe – Données N-1 transmises en année N

Le tableau présente l'effectif de factures, et le montant correspondant AM pour les données Lamda, selon les catégories suivantes :

- Facture ajoutée,
- Facture supprimée,
- Facture modifiée avec impact sur la valorisation.

5. Traitement des autres fichiers

5.1. D - Description

5.D.HTNM Hébergement temporaire non médicalisé

- **Tableau A : Hébergement temporaire non médicalisé – Répartition par mois**
- **Tableau B : Hébergement temporaire non médicalisé – Caractéristiques des patients pris en charge**
- **Tableau C : Hébergement temporaire non médicalisé – Description des prises en charge**

Le **tableau A** présente, par mois de la première nuit d'hébergement, les effectifs suivants :

- Patients,
- Accompagnants.

Le **tableau B** présente des indicateurs sur les patients hébergés :

- Age moyen,
- Part de femmes et d'hommes.

Le **tableau C** présente les indicateurs suivants :

- Nombre moyen de nuitées correspondants à des patients,
- Nombre moyen de nuitées correspondant à des accompagnants,
- Nombre moyen d'accompagnants.

6. 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.

6.1. Traitement des RHA, SHA, ANO et 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 Fonction groupage de la partie 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	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 Chainage groupage de la partie 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 Fichier ANO de la partie 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 Actes CSARR de la partie 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.6.NBRSYNT - Nombre atypique de réalisations du code ZZC+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.
1.Q.6.TIACS – Type d'intervenant incompatible avec un acte CSARR	Non	Les RHA / SSRHA ciblés sont atypiques par le type d'intervenant qui a réalisé l'acte CSARR : 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 FichComp de la partie 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.7.EAMED – Effectifs et montants remarquables dans le FichComp MED et MED-APCP	Oui	Tous les RHA ciblés sont pris en compte.

c). Valorisation

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

Annexes

a). 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 CSARR d'évaluation	Actes CSARR de prise en charge	Actes CCAM de rééducation	Actes CSARR de fabrication d'appareillage	Actes CSARR de fourniture et adaptation d'appareillage	Actes CSARR 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 AHQP0020			
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	10.01.02				
10.02.01	10.02.02				
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

*b). 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	ANQ+462	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	ANQ+411	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+029	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	ALQ+001	ALQ+011	ALQ+105	ALQ+111	ALQ+114	ALQ+176
	ALQ+285	ALQ+402	ANQ+126	ANQ+173	ANQ+179	BLQ+028
	BLQ+155	DKQ+008	EQQ+206	EQR+175	EQR+275	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+262	ZEQ+055
	ZEQ+120	ZEQ+198	ZEQ+203	ZFQ+112	ZFQ+129	ZGQ+185
	ZGQ+249	ZGQ+287	ZGQ+358	ZZC+207	ZZC+221	ZZC+463
	ZZQ+042	ZZQ+044	ZZQ+062	ZZQ+094	ZZQ+106	ZZQ+136
	ZZQ+140	ZZQ+184	ZZQ+186	ZZQ+200	ZZQ+242	ZZQ+286
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
	ALT+351	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+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	ZZT+238	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	09.02.02.02	09.02.02.03	09.02.02.04	09.02.02.05	09.02.02.06
	09.02.02.08	09.02.02.09	09.02.02.10	09.02.03.02	09.02.03.03	
	ET Etape fabrication = A					
Actes de fabrication d'appareillage avec étape de fabrication B	09.02.02.01	09.02.02.02	09.02.02.03	09.02.02.04	09.02.02.05	09.02.02.06
	09.02.02.08	09.02.02.09	09.02.02.10	09.02.03.02	09.02.03.03	
	ET Etape fabrication = B					
Actes de fabrication d'appareillage avec étape de fabrication C	09.02.02.01	09.02.02.02	09.02.02.03	09.02.02.04	09.02.02.05	09.02.02.06
	09.02.02.08	09.02.02.09	09.02.02.10	09.02.03.02	09.02.03.03	
	ET Etape de fabrication = C					
Actes de fabrication d'appareillage avec étape de fabrication absente	09.02.02.01	09.02.02.02	09.02.02.03	09.02.02.04	09.02.02.05	09.02.02.06
	09.02.02.08	09.02.02.09	09.02.02.10	09.02.03.02	09.02.03.03	
	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, dans le cadre d'un programme d'éducation thérapeutique	10.01.01					
Séances d'éducation, dans le cadre d'un programme	10.01.02					

d'éducation thérapeutique													
Actes d'information, d'éducation et d'apprentissage, en dehors d'un programme d'éducation thérapeutique	10.02												
BALNEOTHERAPIE													
Tableau 1.D.2.BALNEO Répartition par prise en charge - actes de balnéothérapie													
Actes avec modulateur QM	QM												
Actes avec extension A4	A4												
ACTES PLURI PROFESSIONNELS													
Tableau 1.Q.6.NBIACP Nombre d'intervenants atypique pour un acte CSARR pluri professionnel													
Actes pluri professionnels	<table border="1"> <tr> <td>ALT+076</td> <td>PEQ+086</td> <td>ZZC+027</td> <td>ZZC+028</td> <td>ZZC+136</td> <td>ZZC+140</td> </tr> <tr> <td>ZZC+200</td> <td>ZZC+221</td> <td>ZZC+255</td> <td>ZZC+261</td> <td>ZZC+463</td> <td></td> </tr> </table>	ALT+076	PEQ+086	ZZC+027	ZZC+028	ZZC+136	ZZC+140	ZZC+200	ZZC+221	ZZC+255	ZZC+261	ZZC+463	
ALT+076	PEQ+086	ZZC+027	ZZC+028	ZZC+136	ZZC+140								
ZZC+200	ZZC+221	ZZC+255	ZZC+261	ZZC+463									

c). 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	Démýélinisation 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
G82.00	Paraplégie flasque, complète motrice
G82.01	Paraplégie flasque, incomplète motrice
G82.09	Paraplégie flasque, sans précision
G82.1	Paraplégie spastique
G82.10	Paraplégie spastique, complète motrice
G82.11	Paraplégie spastique, incomplète motrice
G82.19	Paraplégie spastique, sans précision
G82.2	Paraplégie, sans précision
G82.20	Paraplégie complète motrice, sans précision
G82.21	Paraplégie incomplète motrice, sans précision
G82.3	Tétraplégie flasque
G82.30	Tétraplégie flasque, complète motrice
G82.31	Tétraplégie flasque, incomplète motrice
G82.39	Tétraplégie flasque, sans précision
G82.4	Tétraplégie spastique
G82.40	Tétraplégie spastique, complète motrice
G82.41	Tétraplégie spastique, incomplète motrice
G82.49	Tétraplégie spastique, sans précision
G82.5	Tétraplégie, sans précision
G82.50	Tétraplégie complète motrice, sans précision
G82.51	Tétraplégie incomplète motrice, 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

d). Calcul de la valorisation

Pour plus d'information : <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/ssr/article/tout-savoir-sur-les-soins-de-suite-et-de-readaptation-ssr>

Le montant en **Base de Remboursement (MNT_BR)** correspond à la valorisation définie au 5.5.4.1, avec application des coefficients suivants :

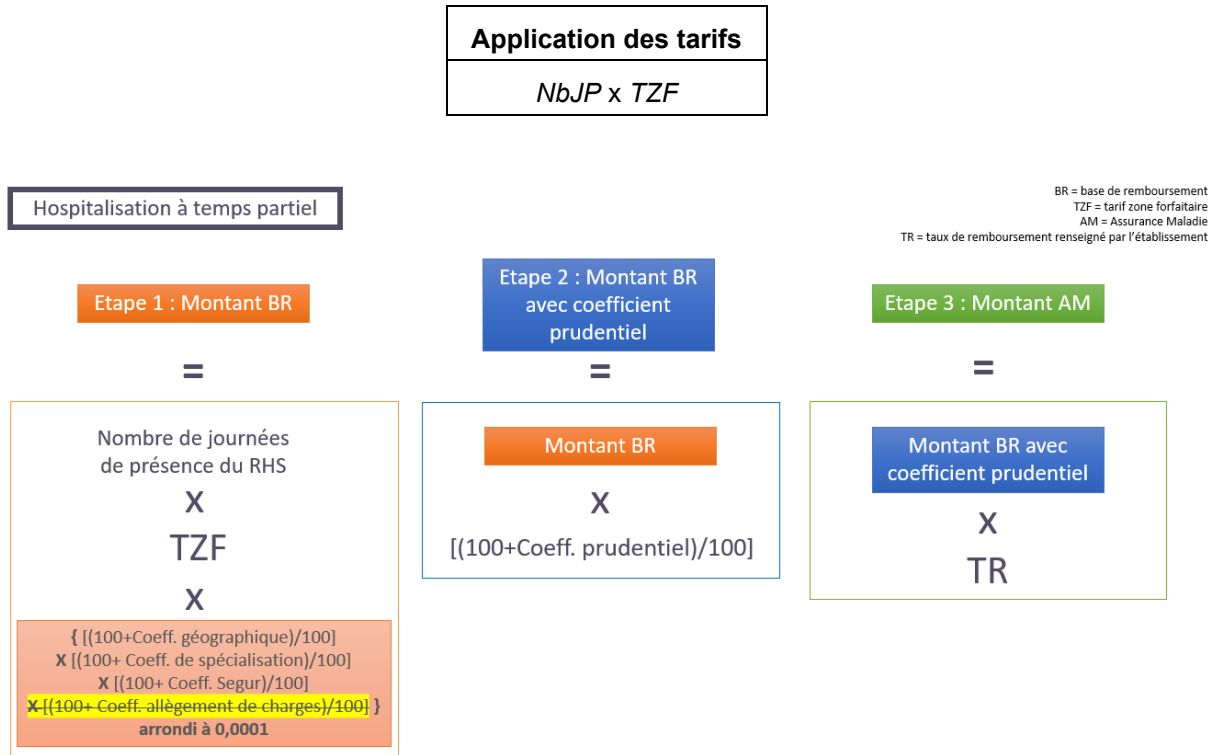
- Coefficient géographique,
- Coefficient de spécialisation,
- Coefficient d'allègement de charge,
- Coefficient de revalorisation salariale (Sécur).

Le montant en **Base de Remboursement avec Coefficient prudentiel (MNT_BR_Prud)** correspond au montant en Base de Remboursement (**MNT_BR**) avec application du coefficient prudentiel.

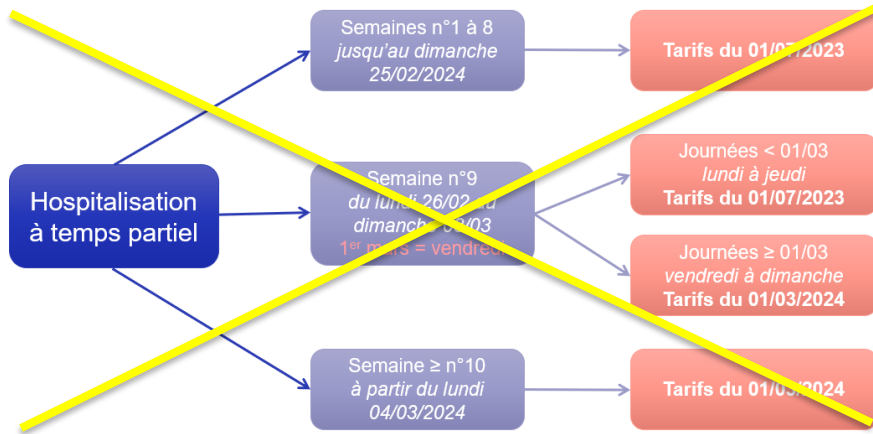
Le montant **Assurance Maladie (MNT_AM)** correspond au montant en Base de Remboursement avec Coefficient Prudentiel (**MNT_BR_Prud**) avec application du taux de remboursement du patient (tel que défini au 2.3.3.1), et déduction le cas échéant du montant du Forfait journalier (et du montant du Ticket modérateur forfaitaire pour les établissements DAF uniquement).

Hospitalisation à temps partiel

La valorisation est calculée pour chaque RHA selon la formule suivante :



Application des tarifs au 01/03/2024 :



Hospitalisation à temps complet

La valorisation est calculée pour chaque SSRHA valorisé selon la formule suivante :

Zone de valorisation	Nombre de journées de présence	Application des tarifs
	0	$TZB - [(NbSupp-1) \times SZB]$
Basse	[1-90]	$TZB - (NbSupp \times SZB)$
Forfaitaire 1		TZF1
Forfaitaire 2		TZF2
Forfaitaire 3		TZF3
Haute		Si $TZF3 > 0$: $TZF3 + (NbSupp \times SZH)$ Si $TZF3$ manquant : $TZF1 + (NbSupp \times SZH)$
Haute	> 90	<p><u>1. Valorisation des 90 premières journées de présence :</u></p> <p>Si $TZF3 > 0$: $TZF3 + (NbSupp \times SZH)$</p> <p>Si $TZF3$ manquant : $TZF1 + (NbSupp \times SZH)$</p> <p><u>2. Valorisation des journées au-delà des 90 premières journées de présence</u></p> <p>$TZB_{GMT_H} - [SZB_{GMT_H} \times (7 - NbJ_{GMT_H})]$</p>

Avec :

- NbSupp : nombre de suppléments en zone basse ou zone haute
- NbJ_{GMT_H} : nombre de journées valorisées au titre du GMT dit « hebdomadaire »

Hospitalisation complète

Etape 1 : Montant BR

=

NbJV = Nombre de journées de présence à valoriser
 BR = base de remboursement
 TZB = Tarif Zone Basse
 TZF = tarif zone forfaitaire
 SZH = Supplément Zone Haute
 AM = Assurance Maladie
 TR = taux de remboursement renseigné par l'établissement

1^{er} cas : Séjour clos, avec NbJV ≤ 90

Valorisation en zone basse TZB – nb suppléments X SZB	Valorisation en zone forfaitaire TZF1 ou TZF2 ou TZF3	Valorisation en zone haute (TZF1 ou TZF3) + nb suppléments X SZH
---	---	--

X $\{ [(100 + \text{Coeff. Géographique}) / 100] \times [(100 + \text{Coeff. de spécialisation}) / 100] \times [(100 + \text{Coeff. Segur.}) / 100] \times [(100 + \text{Coeff. Allègement de charges}) / 100] \}$ arrondi à 0,0001

2nd cas : Séjour avec NbJV > 90 journées

90 premières journées de présence	Pour chaque RHA avec au moins 1 journée de présence au-delà de la 90^{ème} journée		
<table border="1"> <tr> <td>Valorisation en zone forfaitaire TZF1 ou TZF2 ou TZF3 du GMT</td> <td>Valorisation en zone haute (TZF1 ou TZF3) du GMT + nb suppléments X SZH</td> </tr> </table> <p>X $\{ [(100 + \text{Coeff. Géographique}) / 100] \times [(100 + \text{Coeff. de spécialisation}) / 100] \times [(100 + \text{Coeff. Segur.}) / 100] \times [(100 + \text{Coeff. Allègement de charges}) / 100] \}$ arrondi à 0,0001</p>	Valorisation en zone forfaitaire TZF1 ou TZF2 ou TZF3 du GMT	Valorisation en zone haute (TZF1 ou TZF3) du GMT + nb suppléments X SZH	<p>TZB du GMT hebdo - [7 - (Nombre journées du GMT hebdo)]</p> <p>X SZB du GMT hebdo</p> <p>X $\{ [(100 + \text{Coeff. Géographique}) / 100] \times [(100 + \text{Coeff. de spécialisation}) / 100] \times [(100 + \text{Coeff. Segur.}) / 100] \times [(100 + \text{Coeff. Allègement de charges}) / 100] \}$ arrondi à 0,0001</p>
Valorisation en zone forfaitaire TZF1 ou TZF2 ou TZF3 du GMT	Valorisation en zone haute (TZF1 ou TZF3) du GMT + nb suppléments X SZH		

+

Hospitalisation complète

Etape 2 : Montant BR avec coefficient prudentiel

=

Montant BR X $[(100 + \text{Coeff. prudentiel}) / 100]$

Etape 3 : Montant AM

=

Montant FJ = Nombre de journées de présence (hors jour du décès) x 20€ (si déductible, sinon 0)
 Montant TM = issu du Vid-Hosp
 BR = base de remboursement
 AM = Assurance Maladie
 TR = taux de remboursement renseigné par l'établissement
 TM = Ticket modérateur
 TM forfaitaire = 24€ si déclaré par l'ES

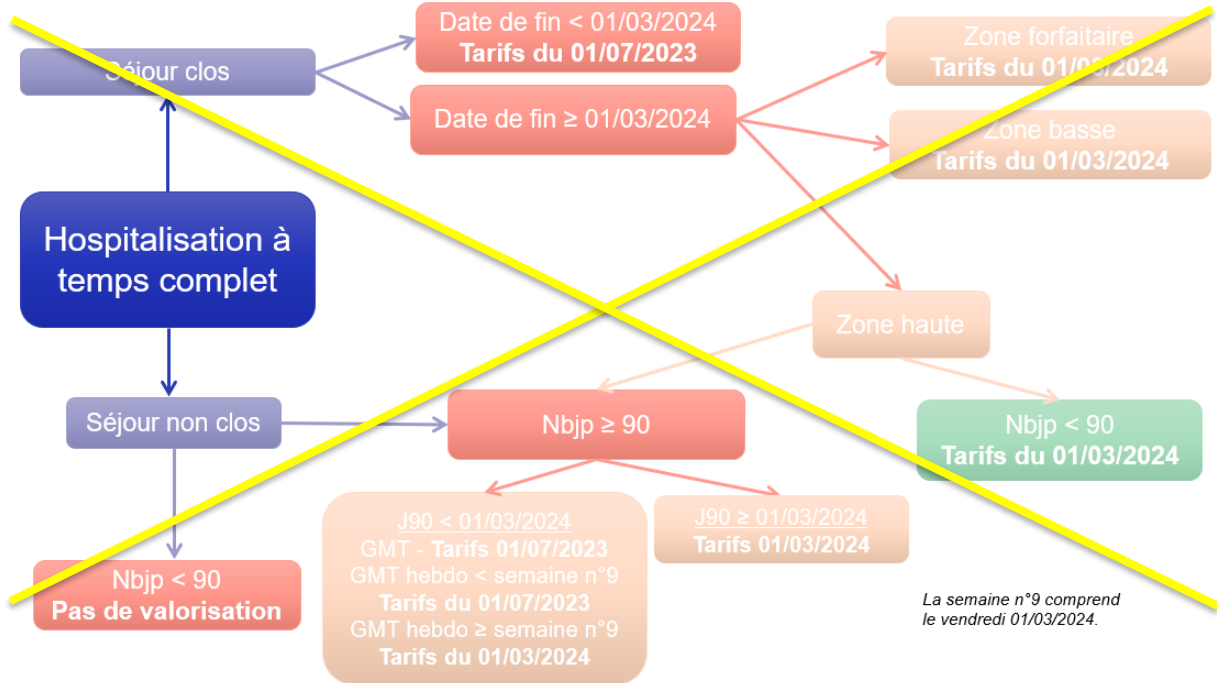
1^{er} cas : TR = 100%

Montant BR du séjour (GMT + suppléments) avec coefficient prudentiel - Montant FJ - TM forfaitaire

2nd cas : TR ≠ 100%

<p>Si Montant FJ > Montant TM</p> <p>Montant BR du GMT avec coefficient prudentiel x TR - [(Montant FJ - Montant TM) + TM forfaitaire]</p>	-	<p>Si zone basse</p> <p>Montant BR des suppléments avec coefficient prudentiel x TR</p>
<p>Si Montant FJ ≤ Montant TM</p> <p>Montant BR du GMT avec coefficient prudentiel x TR - TM forfaitaire</p>	+	<p>Si zone haute</p> <p>Montant BR des suppléments avec coefficient prudentiel x TR</p>

Application des tarifs au 01/03/2024 :



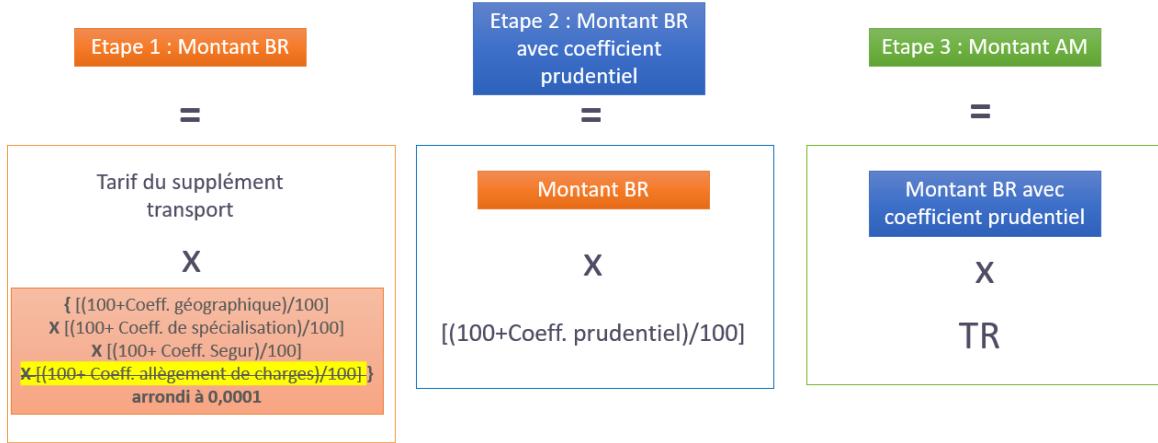
Suppléments transport

La valorisation est calculée pour chaque supplément transport.

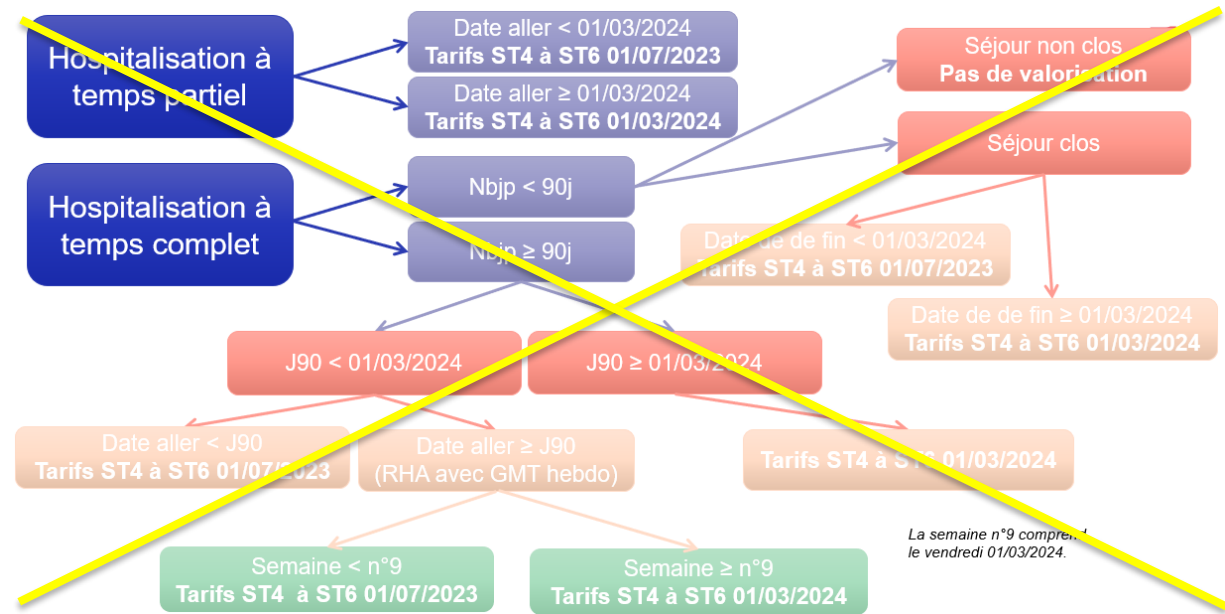
Application des tarifs
Uniquement pour les séjours valorisés, avec <i>Code retour de la date aller</i> = '0', en fonction du code du supplément (ST4, ST5, ST6) et de la classe de distance

Suppléments transport

BR = base de remboursement
 AM = Assurance Maladie
 TR = taux de remboursement du patient (100% après 90j)



Application des tarifs au 01/03/2024 :-



La semaine n°9 comprend le vendredi 01/03/2024.

Médicaments en sus

La valorisation est calculée pour chaque code UCD.

UCD de la liste en sus T2A-MCO ou SMR
Si Prix d'achat \geq (Nb UCD X TarifResponsabilité), montant valorisé = (Nb UCD X TarifResponsabilité)
Sinon , montant valorisé = Prix d'achat + EMI
avec EMI <i>Ecart Moyen Indemnisable</i> = [(Nb UCD X TarifResponsabilité) – Prix d'achat] / 2

UCD de la liste AP-AC
Prix d'achat

e). Détermination du taux de remboursement des patients hospitalisés plus de 30j

