

GUIDE DE LECTURE DES TABLEAUX MAT2A STC

REMARQUES :

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

- aux données de l'année 2011 de l'établissement sur la même période. Dans la présentation des tableaux on notera « année n-1 » par soucis de lisibilité. Lors des comparaisons avec l'année n-1, les données n-1 utilisées sont celles de M12 2011.
- aux données de la Base Nationale présentant les durées de séjour de référence publiées avec les tarifs.

A partir de mars 2012, les hémodialyses en unité de dialyse médicalisée ne seront plus codées « 9618 » mais « D11 » dans la variable GHS du RSA. Pour faciliter la lisibilité et la cohérence des tableaux, le code GHS 9618 continuera à être appliqué dans les tableaux MAT2A.

LISTE DES TABLEAUX

TRAITEMENT RSA	4
Tableaux 01 – Contrôle/Cohérence : RSA transmis sur la période	4
Tableaux 02 – Contrôle/Cohérence : Chaînage	5
Tableaux 03 - Contrôle/Cohérence : Répartition des variables supplémentaires fichier ANO	7
Tableaux 04 – Contrôle/Cohérence : Détermination et répartition des taux de remboursement	8
Tableaux 05 – Contrôle/Cohérence : Synthèse de l'analyse des variables supplémentaires fichier ANO	9
Tableau 06 – Activité : Case-mix des séjours non pris en compte	11
Tableaux 07 – Contrôle/Cohérence : Analyse des données déjà envoyées	11
Tableau 08 - Valorisation : Valorisation des séjours supprimés	11
Tableau 09 – Contrôle/Cohérence : Synthèse des erreurs de groupage	11
Tableau 10 – Contrôle/Cohérence : Répartition du mode de sortie	12
Tableau 11 – Contrôle/Cohérence : Répartition du mode d'entrée	12
Tableau 12 – Contrôle/Cohérence : Répartition des différences de groupage	12
Tableau 13 – Contrôle/Cohérence : Répartition de différents types de séjour	12
Tableau 14 – Activité : Analyse des séjours de mort-nés	13
Tableau 15 – Activité : Analyse des séjours en fonction du mode d'entrée	14
Tableau 16 – Activité : Casemix G.H.M. – Analyse des racines	14
Tableau 17 – Activité : Casemix G.H.M. – séances (CM28)	15
Tableau 18 – Activité : Casemix G.H.M. – hors séances	15
Tableau 19 – Contrôle/Cohérence : Effet de la DMS sur le nombre de journées produit par l'établissement	15
Tableau 20 – Contrôle/Cohérence : Analyse des GHM ayant les écarts de DMS les plus forts avec la Base Nationale	15
Tableau 21 - Activité : Analyse mère - enfant	16
Tableau 22 - Activité : Analyse des GHM dédoublés	16
Tableaux 23 – Activité : Analyse de la chirurgie ambulatoire et des GHM en J	16
Tableaux 24 – Contrôle/Cohérence : Répartition des codes géographiques	17
Tableau 25 – Activité : Séances et actes de dialyse en hospitalisation	17
Tableau 26 – Activité : Actes de radiothérapie en hospitalisation	18
Tableaux 27 – Activité : Prélèvements d'organes	18
Tableaux 28 - Activité : Unités médicales, autorisation déclarée et calcul des suppléments	18
Tableaux 29 - Valorisation : Application des tarifs : Case-mix GHM/GHS hors CMD 14 et 15 – Effectifs	19
Tableaux 30 - Valorisation : Application des tarifs : Case-mix GHM/GHS hors CMD 14 et 15 – Valorisation	20
Tableaux 31 - Valorisation: Application des tarifs : Casemix GHM/GHS CMD 14 et 15	21
Tableau 33 - Valorisation : Récapitulation activité – Effectifs	22
Tableaux 34 - Valorisation : Récapitulation activité – Valorisation	22
Tableaux 35 - Valorisation : Valorisation des IVG	24
Tableaux 36 : Valorisation des Molécules onéreuses	24
Tableaux 37 : Analyse des médicaments avec ATU	25
Tableaux 38 : Valorisation des Dispositifs Médicaux Implantables	25
Tableaux 39 : Analyse de la cohérence des DM et des actes	26
Tableau 40 - Valorisation : Valorisation des séjours en AME	27

Tableau 41 - Valorisation : Evolution des montants mensuel par période de transmission par type de prestation	31
Tableau 42 - Valorisation: Tableau de Synthèse Séjours	31
Tableau 43 - Suivi des Indicateurs de Pilotage des Activités de soins autorisées (IPA)	31
Tableau 44 – Analyse des thrombolytiques	32
TRAITEMENT RAFAEL	33
Tableaux 50 : Contrôles sur les RAFAEL	33
Tableaux 51 : Analyse de la compatibilité actes/spécialités exécutants	34
Tableaux 52 : Valorisation des passages aux urgences (ATU)	36
Tableaux 53 : Valorisation des prestations forfaits petit matériel	36
Tableaux 54 : Valorisation des codes de dialyse D12, D13, D14, D15, D16, D20, D21, D22, D23	36
Tableaux 55 : Valorisation des forfaits techniques	37
Tableaux 56 : Valorisation des codes de regroupement CCAM	37
Tableaux 57 : Description des codes CCAM du RAFAEL M	38
Tableaux 58 : Valorisation des codes SE	38
Tableaux 59 : Valorisation des codes NGAP	38
Tableaux 60 : Description des NABM - RAFAEL L	39
Tableaux 61 : Valorisation des DM en externe	40
Tableaux 62 : Récapitulation Activité externe - Montants	41
Tableaux 63 : Evolution des montants mensuel par période de transmission par type de prestations	42
Tableaux 64 : Tableau de Synthèse ACE	42

TRAITEMENT RSA

Tableaux 01 – Contrôle/Cohérence : RSA transmis sur la période

Les **tableaux 01A et 01B** présentent les variables décrites ci-dessous, en global et par mois, et les comparent aux données de la même période de l'année n-1.

- Nombre de RSA transmis : correspond au nombre d'enregistrements dans le fichier de RSA télétransmis
- Nb de RSA en CMD 90 : Correspond au nombre de RSA en erreur.
- Nombre de RSA prestation inter-établissement : Variable type de séjour='B' (hors séances de RDTH, dialyse et chimiothérapie, car les PIE sont valorisés pour ces RSA)
- Nombre de RSA GHS 9999 : correspond aux séjours d'IVG ou de chirurgie esthétique.
Les séjours d'IVG sont traités et valorisés dans les tableaux 35.
- Nb de RSA traités : Correspond au nombre de RSA transmis, moins les RSA en CMD 90, les prestations inter établissements et les séjours en GHS 9999.

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

- Nombre de RSA séances : Nombre de RSA classés dans les GHM de séances (CM 28)
- Nombre de séances : Correspond à la somme du nombre de séances indiquées dans le RSA.
- Nombre de RSA DS=0 : Correspond au nombre de RSA dont la durée de séjour est égale à 0 jour
- Dont nombre de RSA en J ou T0 : Correspond au nombre de RSA de 0 jour dont le GHM se termine par J ou dont le GHM est égal à 01M05T, 01M07T, 01M08T, 01M09T, 01M10T, 01M17T, 01M21T, 01M22T, 01M28T, 02M04T, 02M05T, 02M07T, 02M08T, 03M02T, 03M07T, 03M10T, 03M11T, 04M08T, 04M13T, 04M14T, 04M17T, 04M19T, 04M20T, 04M23T, 04M26T, 05M06T, 05M10T, 05M16T, 05M23T, 06M07T, 06M17T, 07M04T, 07M08T, 07M09T, 07M14T, 08M09T, 08M10T, 08M14T, 08M15T, 08M33T, 08M34T, 08M36T, 09M02T, 09M03T, 09M06T, 09M07T, 09M10T, 09M11T, 09M14T, 10M09T, 10M11T, 10M14T, 11M03T, 11M04T, 11M08T, 11M10T, 11M15T, 11M16T, 11M19T, 12M05T, 12M07T, 14M02T, 14M03T, 14Z04T, 16M09T, 16M13T, 16M15T, 17M08T, 17M09T, 17M11T, 17M12T, 17M13T, 18M10T, 19M12T, 19M19T, 21M04T, 21M15T, 23M02T, 23M10T, 23M11T, 23Z02T
- Nombre de RSA hors 0 jours : Correspond au nombre de RSA dont la durée de séjour est différente de 0 jour
- Nombre de journées hors séjour de 0 jour : Correspond à la somme des journées comptabilisées sur les séjours hors séjour de 0 jour
- Nombre de RSA en unité d'hospitalisation de courte durée réaffecté

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

Tableaux 01C : Case-mix des séjours supprimés

Ce tableau présente le case-mix des séjours supprimés identifiés dans le tableau 01A. Ils correspondent aux séjours en CMD 90, aux prestations inter-établissements et aux séjours en GHS 9999. **Les séjours d'IVG sont traités et valorisés dans les tableaux 35.**

Tableaux 02 – Contrôle/Cohérence : Chaînage

Le Tableau 02 A, Chaînage : Contrôle des codes retour de génération des fichiers anonymes, présente en fait une série de 7 tableaux correspondant à la présentation des anomalies rencontrées dans le processus de chaînage.

Chaque tableau, présente les informations suivantes :

- Colonne 1 : Libellé du code retour
- Colonne 2 : La fréquence du code retour. C'est le nombre d'enregistrements ayant le code retour indiqué en colonne 1
- Colonne 3 : La part représentée par le code retour sur l'ensemble des enregistrements
- Colonne 4 : Effectif cumulé. Il s'agit du nombre total d'enregistrements examinés jusqu'ici. Lorsque l'on soustrait ce chiffre avec celui de la ligne précédente, on retrouve l'effectif indiqué en colonne 2
- Colonne 5 : Pourcentage cumulé. Même information mais exprimée en pourcentage.

Les quatre premiers tableaux concernent les variables utilisées dans VID-HOSP :

A. contrôle N° de Sécurité sociale (cret1)

- 0 : Pas de problème à signaler
- 1 : Longueur incorrecte (différente de 13)
- 2 : Renseigné avec la valeur manquante (i.e. 'XXXXXXXXXXXXX')
- 3 : Présence de caractères non numériques
- 4 : Format incorrect (i.e. ne commençant pas par '1', '2', '5', '6', '7' ou '8')
- 9 : Traitement impossible

Le code retour 9 (« Traitement impossible ») indique que l'enregistrement traité ne respecte pas, de manière flagrante, le format VID-HOSP (sa longueur dépasse la longueur totale d'un enregistrement au format VID-HOSP). Lorsque l'on est en présence d'un tel cas, les 4 codes retour (cret1, cret2, cret3 et cret4) sont positionnés à 9.

B. contrôle Date de naissance (cret2)

- 0 : Pas de problème à signaler
- 1 : Longueur incorrecte (différente de 8)
- 2 : Renseignée avec la valeur manquante (i.e. 'XXXXXXXX')
- 3 : Présence de caractères non numériques
- 4 : Date incorrecte (i.e. ne peut être interprétée en tant que date au format jj/mm/aaaa)
- 9 : Traitement impossible

C. contrôle du sexe (cret3)

- 0 : Pas de problème à signaler
- 1 : Renseigné avec la valeur manquante (i.e. 'X')
- 2 : Valeur illicite (i.e. n'appartenant pas à {1, 2})
- 9 : Traitement impossible

D. contrôle du N° administratif (cret4)

- 0 : Pas de problème à signaler
- 1 : Non renseigné (longueur nulle)
- 9 : Traitement impossible

Les deux tableaux suivants concernent les deux fusions opérées par GENRSA pour relier le numéro anonyme produit par MAGIC avec les RSA :

E. contrôle fusion ANO-HOSP/HOSP-PMSI (cret5)

La fusion ANO-HOSP/HOSP-PMSI permet de constituer le fichier ANO-PMSI. Ce dernier est une table de correspondance entre le numéro anonyme et le n° RSS. Pour ce faire, on a besoin d'une table de correspondance entre les n° d'hospitalisation et les n° RSS (fichier HOSP-PMSI).

- 0 : Pas de problème à signaler
- 1 : N° Administratif dans le fichier HOSP-PMSI mais pas dans le fichier de ANO-HOSP
- 2 : Problème de calcul de clé d'intégrité sur ANO-HOSP
- 3 : Présence des deux erreurs 1 et 2
- 9 : Traitement impossible

F. contrôle fusion ANO-PMSI/Fichier PMSI (cret6)

- 0 : Pas de problème à signaler
- 1 : N° de RSS dans fichier RSA modifié mais pas dans le fichier ANOPMSI

G. contrôle cohérence date d'entrée (cret7)

- 0 : Pas de problème à signaler
- 1 : Problème de format de date
- 2 : année d'entrée antérieure à 1990

Tableau 02 B : Chaînage Combinaison des types d'erreur - Nbre de séjours sans erreur

La série des tableaux présentés sous le nom de tableau 02 A permet d'interpréter ce tableau. Il présente en effet la combinaison des 7 codes retour présentés plus haut.

Par exemple pour un code 9999101, il faut comprendre cret1=9, cret2=9, cret3=9, cret4=9, cret5=1, cret6=0 et cret7=1.

Tableau 02 C : Synthèse de la procédure de chaînage des résumés PMSI

Ce tableau comporte les lignes suivantes :

- Le nombre de séjours pour lesquels il n'y a pas de clé de chaînage associée (cret5 différent de 0 ou cret6 égal à 1 ou cret4 égal à 1) ou encore pour lesquels la clé de chaînage a été générée sans le numéro de sécurité sociale (cret1 égal à 2)
- Le nombre de séjours pour lesquels l'identifiant séjour (fichier ANO) n'est pas calculable (cret7 différent de 0)
- Le nombre de séjours présentant d'autres anomalies dans les contrôles faits à l'occasion de la procédure de chaînage
- Le nombre de séjours sans anomalie rencontrée lors des contrôles fait à l'occasion de la procédure de chaînage (cret égal à 0000000) ; ces 3 lignes présentent une synthèse du tableau « combinaisons des types d'erreur »
- Le nombre de séjours sans incohérence : De la ligne précédente sont enlevés les séjours présentant, pour des hospitalisations successives d'un même patient, un changement du code sexe ou de la valeur de l'âge de plus d'une unité ainsi que les séjours ayant un mois de sortie différent de celui du RSS.

Les indices qui suivent sont calculés à partir de cet ensemble de séjours :

- Le nombre de patients : correspond au nombre de clés de chaînage (= n° anonyme) distinctes
- Le nombre d'hospitalisation simultanée : correspond à des séjours successifs pour un même patient, non disjoints ; cette information est déduite de la variable indicatrice de séjour (délai entre la date d'entrée et une date déduite par cryptage irréversible de la clé de chaînage) combinée aux informations des RSA ; ceci survient en cas de non-respect de la règle de clôture des séjours PMSI avant le suivant. Les séances sont exclues du calcul.

- Le nombre de réadmission en hospitalisation complète : est déterminé au sein du sous-ensemble des séjours de ce type (Séjours hors CM 28)
- Le nombre de ces réhospitalisations se faisant dans un délai inférieur à 2 jours
- Le délai médian de réadmission en hospitalisation complète (en jours).

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

Pour plus de précisions sur le codage des variables supplémentaires du fichier VIDHOSP se reporter à la page suivante : <http://www.atih.sante.fr/?id=000220006CFF>

Ces tableaux décrivent les variables intégrées au fichier ANO à la suite de la suppression du taux de conversion :

Tableau 03 A : Répartition des codes de prise en charge du forfait journalier

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

Tableau 03 B : Répartition des codes justification du ticket modérateur

Tableau 03 C : Répartition nature d'assurance

Tableau 03 D : Répartition séjour facturable à l'assurance maladie

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

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

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

Tableau 03 F : Répartition du taux de remboursement VIDHOSP

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

Tableau 03 G : Répartition facturation des 18 euros

Tableau 03 H : Répartition majoration du parcours de soins

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

Tableau 03 I : Répartition Code grand régime

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

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

Tableau 03 L : Répartition Patient bénéficiaire de la CMU

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

Le taux de remboursement utilisé est le taux renseigné dans VIDHOSP si celui-ci est égal à 80, 90 ou 100. Dans les autres cas (valeur manquante ou incorrecte), on utilise la valeur du taux de remboursement calculé comme suit :

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

Pour les séjours avec un forfait journalier non applicable (séances, durée de séjour égale à 0 (hors radiothérapie) ou GHM 23K02Z ou GHM 14Z08Z), le taux de remboursement est calculé comme suit :

Code justification d'exonération du TM	Nature Assurance	Taux de remboursement calculé
0, 2	10	80
0, 2	13	100
0, 2	30, 41, 90	100
9	10	90
9	13	100
9	30, 41, 90	100

1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, C	10	100
1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, C	13	100
1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, C	30, 41, 90	100

- Pour les séjours en attente de décision sur le taux de prise en charge du patient, on utilise le taux de remboursement VIDHOSP si celui-ci est égal à 80 ou 90%. Dans les autres cas, on applique un taux de remboursement de 80%.
- Pour les séjours de radiothérapie, les séjours de nouveau-nés (= âge inférieur ou égal à 30 jours) et les prélèvements d'organes, le taux de remboursement est de 100% et l'assuré est exonéré du forfait journalier (y compris pour les séjours en attente de décision sur le taux de prise en charge et en attente de décision sur les droits du patient).
Pour les séjours avec PO, si le séjour est codé non facturable à l'AM et/ou que le patient est arrivé décédé (variable hospitalisation pour prélèvement d'organes du fichier VIDHOSP=1), le séjour ne sera pas valorisé, seuls les PO le seront.
- Les séjours non pris en charge par l'assurance maladie et en attente de décision sur les droits du patient ne sont pas valorisés.

Tableau 04 A : Analyse des taux de remboursement

Ce tableau ne présente que les séjours valorisés (**cf. tableau 05 A**). Il donne la répartition croisée des variables ayant servi au calcul du taux de remboursement (*code justification d'exonération du TM et, nature d'assurance*) ainsi que le taux de remboursement obtenu et le taux de remboursement rempli dans VIDHOSP.

Tableau 04 B : Analyse du forfait journalier

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

Tableau 04 C : Répartition du taux de remboursement utilisé

Ce tableau présente les taux de remboursement qui seront utilisés pour la valorisation (taux VIDHOSP ou taux calculé selon les cas). On distingue les séjours avec un taux forcé à 100% (NN âge ≤ à 30 jours, rdth et PO), ainsi que les séjours en attente de taux.

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

Tableau 05 A : Nombre de séjours pris en compte

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

- Nombre de séjours traités : correspond au nombre de séjours traités du tableau 01A
- 1 Nombre de séjours transmis avec problème de chaînage : Ces séjours sont ceux dont les codes retour Contrôle fusion ANO-HOSP/HOPS-PMSI ou Contrôle fusion ANO-PMSI/Fichier PMSI sont en erreur (hors séjours de nouveau-nés (âge ≤ à 30 jours), radiothérapie et prélèvement d'organes).
- 2 Nombre de séjour avec problème de codage des variables bloquantes :

si le taux VIDHOSP est correctement rempli (80, 90 ou 100%), les variables bloquantes sont : *code de prise en charge du FJ, séjour facturable à l'AM et nombre de venues* ; sinon les variables bloquantes sont : *code justification d'exonération du TM, code de prise en charge du FJ, nature d'assurance, séjour facturable à l'AM et nombre de venues*

- 3 Nombre de séjours en attente de décision sur les droits du patient : correspond au cas où la variable « Séjour facturables à l'AM » du fichier VIDHOSP est codé à 3.
- 4 Nombre de séjours non facturables à l'AM hors PO : correspond au cas où la variable « Séjour facturables à l'AM » du fichier VIDHOSP est codé à 0 hors séjour avec prélèvement d'organes.
- Dont Nb de séjours en AME : correspond au nombre de séjours en AME qui seront traités dans les tableaux 40.
- 5 Nb de séjours avec PO sur patient arrivé décédé ou avec PO non facturables à l'AM : correspond pour les séjours avec prélèvement d'organes à la variable « Séjour facturables à l'AM » du fichier VIDHOSP codé à 0 et/ou à la variable « Hospitalisation pour prélèvement d'organes » du fichier VIDHOSP codée à 1.
- Nombre de séjours valorisés : On enlève aux séjours traités les différents types d'anomalies recensés plus haut (1, 2, 3, 4, 5).

Tableau 05 B : Analyse de la qualité des informations

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

- Nombre de séjours valorisés : Ce sont les séjours obtenus en dernière ligne du tableau 05 A.
- Nombre de séjours non contrôlés dans ce tableau : Correspond aux séjours de nouveaux-nés (= âge <=30 jours), de radiothérapie et de prélèvement d'organes, aux séjours en attente de taux de prise en charge, ainsi qu'aux séjours où le taux utilisé pour la valorisation est celui calculé et non le taux rempli dans VIDHSOP. Leur taux de remboursement étant forcé (100% pour les NN avec âge <=30 jrs, rdth et PO, et 80% pour les séjours en attente de taux), les contrôles suivants ne sont pas pertinents.
- 1 Nombre de séjours avec problème de codage des variables non bloquantes : Les variables non bloquantes sont : *facturation des 18 euros, montant à facturer au titre du TM, montant à facturer au titre du FJ, montant total du séjour remboursé par l'AM, montant lié à la majoration du parcours de soin, montant base de remboursement, taux de remboursement.*
- 2 Nombre de séjours avec taux de remboursement calculé différent de 100 et montant ticket modérateur égal à 0.
- 3 Nombre de séjours avec taux de remboursement calculé égal à 100 et montant ticket modérateur différent de 0.
- 4 Nombre de séjours avec forfait journalier à la charge de l'assuré et montant forfait journalier égal à 0.
- 5 Nombre de séjours avec forfait journalier non applicable et montant forfait journalier différent de 0.
- 6 Nombre de séjours où le forfait journalier n'est pas compatible avec la durée de séjour (hors NN et FJ non applicable) : il s'agit des séjours où le montant forfait journalier n'est pas égal à :
 - o (durée de séjour*16)
 - o ou (durée de séjour*18)
 - o ou (durée de séjour+1)*16
 - o ou (durée de séjour+1)*18

- 7 Nombre de séjours où montant BR différent de montant AM + montant TM
- 8 Nombre de séjours où exonération du ticket modérateur = 2, nature assurance=10 et taux de remboursement = 100%. Pour ces séjours le taux de remboursement devrait être de 80%.
- Nombre de séjours sans anomalies : Nombre de séjours pris en compte dans l'activité et sans aucune des anomalies énumérées plus haut (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)

Tableau 06 – Activité : Case-mix des séjours non pris en compte

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

Tableaux 07 – Contrôle/Cohérence : Analyse des données déjà envoyées

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

Le tableau 07 A présente le case-mix comparé pour la période précédente, des GHM envoyés à la période précédente et à la période courante. Par exemple, si l'on est au mois de février, ce tableau compare les GHM envoyés au mois de janvier aux GHM de janvier envoyés pour la transmission de février.

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

Le tableau 07 B présente les couples de GHM différents par séjour, pour la période précédente, entre l'envoi de la période précédente et l'envoi de la période courante. Si l'on est à la transmission de février, ce tableau présentera les couples de GHM différents par séjour en janvier, entre l'envoi de janvier et l'envoi de février.

Tableau 08 - Valorisation : Valorisation des séjours supprimés

Ce tableau présente la valorisation des séjours supprimés dans le tableau 01 A d'une part, et dans le tableau 05 A d'autre part (effectif + montant base de remboursement). Afin de permettre les comparaisons avec les années précédentes, les séjours en AME (qui sont traités et valorisés dans les tableaux 40) sont inclus dans ce tableau et sont valorisés de la même façon que les autres séjours.

Tableau 09 – Contrôle/Cohérence : Synthèse des erreurs de groupage

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

Tableau 10 – Contrôle/Cohérence : Répartition du mode de sortie

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

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

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

Tableau 11 – Contrôle/Cohérence : Répartition du mode d'entrée

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

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

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

Tableau 12 – Contrôle/Cohérence : Répartition des différences de groupage

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

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

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

Tableau 13 – Contrôle/Cohérence : Répartition de différents types de séjour

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

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

Les effectifs sont comparés aux données de l'établissement même période année n-1. Les effectifs après mars sont également présentés.

Les différents types de séjour sont les suivants :

- Nombre de séjours/séances : correspond soit au nombre de séjours, au nombre de venues ou au nombre de séances
- Nombre séjours avec Z7580 (PIE type A) ; correspond au nombre de séjours/séances ayant un diagnostic associé Z7580, correspondant à la réalisation d'un acte dans un autre établissement (prestation inter-établissement de type A)
- Nombre séjours Mode Entrée=7 et Mode sortie=7
- Nombre séjours Mode Entrée=6 et Mode sortie=6

- Nombre séjours multiUM

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

Tableau 14 – Activité : Analyse des séjours de mort-nés
--

Les tableaux 14 sont produits à compter de 2012, dans le cadre du suivi des mort-nés, conformément à l’Instruction N°DGS/DGOS/DREES/MC1/R3/BESC/2011/403 du 26 octobre 2011 : <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0002200101FF>

Ces tableaux sont réalisés sur l’ensemble des séjours transmis (valorisés ou non valorisés).

Le **tableau 14 A, Dénombrement des accouchements avec enfants mort-nés**, présente pour les séjours d’accouchements mentionnant en position de diagnostic associé un résultat d’accouchement d’enfants mort-nés (codes spécifiques de la catégorie Z37) :

- Le nombre de séjours avec un âge gestationnel non renseigné (normalement aucun)
- Le nombre de séjours avec un âge gestationnel inférieur à 22 SA (normalement aucun, sinon erreur sur l’acte codé ou l’âge gestationnel indiqué, cf. guide méthodologique où il est spécifié qu’on ne parle d’accouchement qu’à partir de 22 SA)
- Le nombre de séjours avec un âge gestationnel supérieur ou égal à 22 SA
- Le nombre de séjours total
- Le nombre minimum de mort-nés avec un âge gestationnel non renseigné
- Le nombre minimum de mort-nés avec un âge gestationnel inférieur à 22 SA
- Le nombre minimum de mort-nés avec un âge gestationnel supérieur ou égal à 22 SA
- Le nombre minimum de mort-nés total

Les diagnostics correspondant au résultat d’accouchement d’enfants mort-nés correspondent aux diagnostics commençant par :

- Z37.1 : Naissance unique, enfant mort-né
- Z37.3 : Naissance gémellaire, l’un des jumeaux né-vivant, l’autre mort-né
- Z37.4 : Naissance gémellaire, jumeaux mort-nés
- Z37.6 : Naissances multiples, certains enfants nés vivants
- Z37.7 : Naissances multiples, tous mort-nés

Les extensions de ces codes-là au-delà du quatrième caractère sont prises en compte.

Pour le décompte des mort-nés via le résultat d’accouchement (séjour de la mère), l’incertitude sur le nombre d’enfants mort-nés ne porte que sur les diagnostics (et leurs extensions) Z37.6 (≥ 1 mort-né) et Z37.7 (≥ 3 mort-nés), d’où l’utilisation du terme « minimum » dans le tableau. Pour les codes Z37.1, Z37.3 et Z37.6, le nombre minimum de mort-nés correspond au nombre de séjours ; pour les codes diagnostiques commençant par Z37.4, il correspond au nombre de séjours x 2, et pour ceux commençant par Z37.7, au nombre de séjours x 3.

Le **tableau 14 B, Dénombrement des enfants mort-nés**, via le séjour du mort-né, nécessite de chaîner le séjour de l’enfant mort-né avec celui de la mère. Ce tableau est divisé en 4 parties : séjours d’accouchement, séjours d’avortement, séjours de mort-nés qui n’ont pas pu être chaînés avec le séjour de la mère et séjours de mort-nés chaînés avec un séjour de la mère qui n’est ni classé en accouchement ni classé en avortement.

A l’intérieur de chacune de ces parties, le tableau présente par « groupe de GHM » (GHM 15Z10E / CM90 avec un code retour de la fonction groupage égal à 147 (= Données

incompatibles avec le DP P95) / Autres erreurs en CM90) et par tranche de poids à l'entrée dans l'unité médicale (<100gr / 100 à 499gr / >=500gr / Non renseigné) :

- Le nombre de séjours de mort-nés avec un âge gestationnel non renseigné (normalement aucun)
- Le nombre de séjours de mort-nés avec un âge gestationnel inférieur à 22 SA (seulement si le poids est >=500gr, dans les autres cas il s'agit d'erreurs)
- Le nombre de séjours de mort-nés avec un âge gestationnel supérieur ou égal à 22 SA (quelque que soit le poids)
- Le nombre de séjours de mort-nés total

Tableau 15 – Activité : Analyse des séjours en fonction du mode d'entrée

Le **tableau 15 A** est divisé en 2 parties : une partie traite l'ensemble des séjours, l'autre se focalise sur les séjours hors CMD 14, 15 et 28.

Dans chacune des parties sont présentés, pour la 1^{ère} unité médicale du séjour (Anesthésie ou chirurgie ambulatoire / Hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit / REA / SC / SI / UHCD / Autres UM typées / UM non typées) :

- Le nombre de séjours
- Le nombre de séjours de chirurgie : Les séjours de chirurgie correspondent aux séjours dont la 3^{ème} lettre du GHM est égale à C
- Le nombre de séjours de chirurgie avec acte opératoire le jour d'entrée
- Le nombre de séjours avec sortie transfert ou mutation
- Le nombre de séjours avec sortie domicile
- Le nombre de séjours de patients décédés
- Le nombre de séjours de 0 jour
- Le nombre de journées (= somme des durées de séjour)
- L'âge moyen

Le **tableau 15 B** ne concerne que les séjours hors CMD 14, 15 et 28. Ainsi, il décompose la 2^{ème} partie du tableau 15 A selon les modes d'entrée : Entrée Domicile, Entrée Transfert / Mutation, Entrée urgences. Il présente les mêmes variables que le tableau 15A.

Tableau 16 – Activité : Casemix G.H.M. – Analyse des racines

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

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

Ce tableau est séparé en deux : avant le 1^{er} mars / après le 1^{er} mars.

Tableau 17 – Activité : Casemix G.H.M. – séances (CM28)

Ce tableau présente des indicateurs par groupe séances.

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

Ce tableau est séparé en deux : avant le 1^{er} mars / après le 1^{er} mars.

Tableau 18 – Activité : Casemix G.H.M. – hors séances

Ce tableau présente les colonnes suivantes :

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

Ce tableau est séparé en deux : avant le 1^{er} mars / après le 1^{er} mars.

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

Ce tableau présente une estimation de la « performance globale » de l'établissement en durée de séjour. Seuls sont concernés ici les séjours hors CM 28 et hors niveau J et T0.

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

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

Ce tableau est séparé en deux : avant le 1^{er} mars / après le 1^{er} mars.

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

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

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

Ce tableau propose par GHM

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

Ce tableau est séparé en deux : avant le 1^{er} mars / après le 1^{er} mars.

Tableau 21 - Activité : Analyse mère - enfant

Ces tableaux peuvent être réalisés uniquement si l'établissement a correctement renseigné les variables de VIDHOSP pour les nouveau-nés : [Séjour auprès de la mère] et [Numéro Administratif de la mère].

Le **tableau 21A** indique :

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

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

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

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

Tableau 22 - Activité : Analyse des GHM dédoublés

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

Tableaux 23 – Activité : Analyse de la chirurgie ambulatoire et des GHM en J

Le **tableau 23A, Analyse des couples de GHM ambulatoires**, présente, par couple de GHM

ambulatoires / non ambulatoires (niveau J / 1), le nombre de séjours d'une durée de 0 jour, de 1 jour, de 2 jours et de plus de 2 jours et les pourcentages correspondants.

Le **tableau 23B, Analyse des séjours de chirurgie ambulatoire non J**, présente par GHM, pour les séjours chirurgicaux de niveau 1 avec mode de sortie domicile, le nombre de séjours d'une durée de 0 jour, de 1 jour, de 2 jours et de plus de 2 jours et les pourcentages correspondants. Ne sont affichés que les GHM avec au moins un séjour d'une durée de 0 jour.

Tableaux 24 – Contrôle/Cohérence : Répartition des codes géographiques

Tableau 24A : Répartition des codes géographiques par type de séjours (présentation d'au moins 85% des séjours par type)

En suivant l'ordre des colonnes de gauche à droite, on y trouve pour chacun des codes géographiques représentant 85% des séjours :

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

Tableau 24B : Répartition des codes géographiques erronés ou manquants

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

Tableau 25 – Activité : Séances et actes de dialyse en hospitalisation

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

- **Nombre Séances : nombre total de séances**
 - o Entraînements à la DP automatisée en séances (GHS 9602)
 - o Entraînements à la DP continue ambulatoire en séances (GHS 9603)
 - o Entraînements à l'hémodialyse en séances (GHS 9604)
 - o Hémodialyse en séances (GHS 9605)
 - o Hémodialyse en séances (GHS 9617)
 - o Hémodialyse en séances (GHS 9618)
- **Nombre Suppléments : nombre total de suppléments**
 - o Nombre de suppléments d'hémodialyse
 - o Nombre de suppléments d'entraînement à la DP automatisée
 - o Nombre de suppléments d'entraînement à la DP continue ambulatoire
 - o Nombre de suppléments d'entraînement à l'hémodialyse
 - o Nombre de suppléments DIP (issu du fichier FICHCOMP de dialyse)

Tableau 26 – Activité : Actes de radiothérapie en hospitalisation

Le **tableau 26A, Séances et Actes de radiothérapie**, présente la répartition du nombre d'actes de radiothérapie (9610, 9619, 9620, 9621, 9622, 9623, 9624, 9625, 9631, 9632, 9633) et du supplément de radiothérapie pédiatrique en :

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

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

Tableaux 27 – Activité : Prélèvements d'organes

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

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

- Le nombre de PO sur séjours non facturables à l'AM
- Le nombre de PO sur séjours avec patient arrivé décédé : Cette variable est renseignée dans le fichier VIDHOSP (« Hospitalisation pour prélèvement d'organes »). En principe le nombre de PO dans cette colonne doit être inférieur ou égal à celui de la colonne précédente, puisque ces séjours doivent être codés comme non facturables à l'AM.

Le **tableau 27C, Comparaison des prélèvements d'organes FICHCOMP et GENRSA (PO1, PO2, PO3)**, présente par type de prélèvements d'organes (PO1, PO2 ou PO3), le nombre de PO renseigné dans FICHCOMP et le nombre de PO calculé par GENRSA.

A noter qu'à compter de 2012, seuls les PO issus de FICHCOMP sont valorisés.

Tableaux 28 - Activité : Unités médicales, autorisation déclarée et calcul des suppléments

Tableau 28A : Unités médicales et autorisations déclarées

Ce tableau présente, par unité médicale, les dates d'effet, les dates de fin (s'il y en a), le nombre de lits déclarés et le nombre de suppléments théoriques calculés sur la période.

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

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

Tableau 28C : Lits et autorisation déclarés par l'ARH – SI/SC

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

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

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

Tableau 28E : Suppléments facturés en SUS – Fichier PIE

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

Tableau 28F : Nombre de suppléments déclarés et valorisés

Ce tableau présente le nombre de suppléments déclarés ou valorisés (y compris ceux du fichier PIE) en :

- Réanimation
- SI (issus de réa)
- NN1
- NN2
- NN3
- Réanimation pédiatrique
- SI (issus de SI)
- SC (issus de SC)

Tableaux 29 - Valorisation : Application des tarifs : Case-mix GHM/GHS hors CMD 14 et 15 – Effectifs

En raison du passage à la V11d en mars, et des changements majeurs que cela induit pour les CMD 14 et 15, des tableaux de casemix spécifiques pour ces CMD sont créés en 2012 (tableaux 31).

Le **tableau 29A** présente par GHS / GHM (hors CMD 14 et 15), les éléments de valorisation des séjours en effectif :

- GHS : Numéro de GHS
- GHM : Libellé de GHM
- Effectif : Nombre de séjours/séances (effectif total et effectif après mars)
- Nombre de journées
- Nombre de séjour extrême bas (effectif total et effectif après mars)
- Nombre de séjours avec réhospitalisation dans le même GHM
- Nombre de séjours extrême haut (effectif total et effectif après mars)
- Nombre de journées EXH (effectif total et effectif après mars)
- Nombre de suppléments de dialyses réalisés en hospitalisation
- Nombre d'actes de radiothérapie
- Nombre de suppléments de radiothérapie pédiatrique
- Nombre d'actes d'aphérèses sanguines (GHS 9615)
- Nombre de suppléments de réanimation
- Nombre de suppléments de réanimation pédiatrique
- Nombre de suppléments de SI (la limitation des suppl. SI n'est pas appliquée ici)
- Nombre de suppléments de SC (la limitation des suppl. SC n'est pas appliquée ici)
- Nombre de suppléments NN1

- Nombre de suppléments NN2
- Nombre de suppléments NN3
- Nombre de suppléments de prélèvement d'organes (Les PO non facturables à l'AM ne sont pas comptés ici)
- Nombre d'actes de caissons hyperbares

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

<p>Tableaux 30 - Valorisation : Application des tarifs : Case-mix GHM/GHS hors CMD 14 et 15 – Valorisation</p>

Ce tableau présente par GHS / GHM (hors CMD 14 et 15), les éléments de valorisation des séjours en euros :

- GHS : Numéro de GHS
- GHM : Libellé de GHM
- Nombre de séjours/séances dans le GHM (effectif total et effectif après mars)
- Montant facturé moyen par séjour
- Montant correspondant à l'application du tarif du GHS à l'effectif
- Montant correspondant à ce qui doit être déduit de la valorisation des séjours extrême bas (montant total et montant après mars)
- Montant correspondant à ce qui doit être déduit de la valorisation des séjours avec réhospitalisation dans le même GHM
- Montant correspondant à la valorisation des journées extrême haut dans le GHM (montant total et montant après mars)
- Valorisation des actes de radiothérapie réalisés en hospitalisation valorisés en fonction des GHS dans lesquels ils sont classants
- Montant des suppléments de radiothérapie pédiatrique
- Montant réanimation: Valorisation des suppléments de réanimation
- Montant réanimation pédiatrique : Valorisation des suppléments de réanimation pédiatrique
- Montant SI : Valorisation des suppléments de soins intensifs (la limitation des suppléments SI n'est pas appliquée ici)
- Montant SC : Valorisation des suppléments de surveillance continue (la limitation des suppléments SC n'est pas appliquée ici)
- Montant suppléments dialyse : Valorisation des actes de dialyses réalisés en hospitalisation
- Montant NN1 : Valorisation des suppléments NN1
- Montant NN2 : Valorisation des suppléments NN2
- Montant NN3 : Valorisation des suppléments NN3
- Montant prélèvement d'organes : Valorisation des suppléments PO1 à PO9 et POA (Les PO non facturables à l'AM ne sont pas comptés ici)
- Montant actes caissons hyperbares
- Montant actes aphaères sanguines (GHS 9615)

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

Tableaux 31 - Valorisation: Application des tarifs : Casemix GHM/GHS CMD 14 et 15
--

Le **tableau 31A** présente par GHS / GHM pour les CMD 14 et 15, les éléments de valorisation des séjours en effectif :

- GHS : Numéro de GHS
- GHM : Libellé de GHM
- Effectif : Nombre de séjours/séances
- Nombre de journées
- Nombre de séjour extrême bas
- Nombre de séjours avec réhospitalisation dans le même GHM
- Nombre de séjours extrême haut
- Nombre de journées EXH
- Nombre de suppléments de dialyses réalisés en hospitalisation
- Nombre d'actes de radiothérapie
- Nombre de suppléments de radiothérapie pédiatrique
- Nombre d'actes d'aphérèses sanguines (GHS 9615)
- Nombre de suppléments de réanimation
- Nombre de suppléments de réanimation pédiatrique
- Nombre de suppléments de SI (la limitation des suppl. SI n'est pas appliquée ici)
- Nombre de suppléments de SC (la limitation des suppl. SC n'est pas appliquée ici)
- Nombre de suppléments NN1
- Nombre de suppléments NN2
- Nombre de suppléments NN3
- Nombre de séjours avec suppléments antepartum
- Nombre de suppléments antepartum
- Nombre de suppléments de prélèvement d'organes (Les PO non facturables à l'AM ne sont pas comptés ici)
- Nombre d'actes de caissons hyperbares

Ce tableau est séparé en deux : avant le 1^{er} mars / après le 1^{er} mars.

Le **tableau 31B** présente par GHS / GHM pour les CMD 14 et 15, les éléments de valorisation de ces séjours en euros :

- GHS : Numéro de GHS
- GHM : Libellé de GHM
- Nombre de séjours/séances dans le GHM
- Montant facturé moyen par séjour
- Montant correspondant à l'application du tarif du GHS à l'effectif
- Montant correspondant à ce qui doit être déduit de la valorisation des séjours extrême bas
- Montant correspondant à ce qui doit être déduit de la valorisation des séjours avec réhospitalisation dans le même GHM
- Montant correspondant à la valorisation des journées extrême haut dans le GHM
- Valorisation des actes de radiothérapie réalisés en hospitalisation valorisés en fonction des GHS dans lesquels ils sont classants
- Montant des suppléments de radiothérapie pédiatrique
- Montant réanimation: Valorisation des suppléments de réanimation
- Montant réanimation pédiatrique: Valorisation des suppléments de réanimation pédiatrique
- Montant SI: Valorisation des suppléments de soins intensifs (la limitation des suppléments SI n'est pas appliquée ici)

- Montant SC : Valorisation des suppléments de surveillance continue (la limitation des suppléments SC n'est pas appliquée ici)
- Montant suppléments dialyse : Valorisation des actes de dialyses réalisés en hospitalisation
- Montant NN1 : Valorisation des suppléments NN1
- Montant NN2 : Valorisation des suppléments NN2
- Montant NN3 : Valorisation des suppléments NN3
- Montant suppléments antepartum
- Montant prélèvement d'organes : Valorisation des suppléments PO1 à PO9 et POA (Les PO non facturables à l'AM ne sont pas comptés ici)
- Montant actes caissons hyperbares
- Montant actes aphérèses sanguines (GHS 9615)

Ce tableau est séparé en deux : avant le 1^{er} mars / après le 1^{er} mars.

Tableau 33 - Valorisation : Récapitulation activité – Effectifs
--

Ce tableau présente les totaux par établissement des tableaux 29 et 31 :

- Nombre séjours/séances
- Nombre de séjours extrême bas
- Nombre de séjours avec réhospitalisation dans le même GHM
- Nombre de séjours extrême haut
- Nombre de journées extrême haut
- Nombre d'actes RDTH
- Nombre de suppléments de radiothérapie pédiatrique
- Nombre de suppléments antepartum
- Nombre d'actes GHM 9615
- Nombre de suppléments de réanimation
- Nombre de suppléments de réanimation pédiatrique
- Nombre de suppléments de néonate sans SI (NN1)
- Nombre de suppléments de néonate avec SI (NN2)
- Nombre de suppléments de réanimation néonate (NN3)
- Nombre de prélèvements d'organe
- Nombre d'actes de caissons hyperbares en sus
- Nombre de suppléments dialyse
- Nombre de suppléments de soins intensifs valorisés
- Nombre de suppléments de soins intensifs fichier RSA
- Nombre de suppléments de surveillance continue valorisés
- Nombre de suppléments de surveillance continue fichier RSA

Tableaux 34 - Valorisation : Récapitulation activité – Valorisation
--

Tableau 34A : Tableau de synthèse

Ce tableau récapitule (en effectif et valorisation), les séjours supprimés par type d'erreur au cours des tableaux précédents. Comme pour le tableau 08, les séjours en AME sont inclus dans ce tableau.

Tableau 34B : Tableau de synthèse par type de séjour

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

Tableau 34C : Récapitulation activité – Valorisation

Ce tableau présente les montants (Montant BR total, Montant BR avec coefficient de transition, Montant Remboursé AM) issus des tableaux 30 et 31 correspondant à l'activité de l'établissement :

- Coefficient géographique : indique le facteur par lequel sont multipliés les tarifs correspondant à la situation géographique de l'établissement
- Coefficient de transition
- A Valorisation des GHS
- B Valorisation extrême bas (à déduire)
- C Valorisation des séjours avec réhospitalisation dans le même GHM (à déduire)
- D Valorisation journées extrême haut
- E Valorisation actes GHS 9615 en Hospit.
- F Valorisation suppléments radiothérapie pédiatrique
- G Valorisation suppléments antepartum
- H Valorisation actes de RDTH en hospit
- I Valorisation suppléments de réanimation
- J Valorisation suppléments de réanimation pédiatrique
- K Valorisation suppléments de néonate sans SI (NN1)
- L Valorisation suppléments de néonate avec SI (NN2)
- M Valorisation suppléments de réanimation néonate (NN3)
- N Valorisation prélèvements d'organes
- O Valorisation des actes de caissons hyperbares en sus
- P Valorisation suppléments de dialyse
- Q Valorisation suppléments de soins intensifs validés
- R Valorisation suppléments de surveillance continue validés
- Total valorisation : A - B - C + D + E + F + G + H + I + J + K + L + M + N + O + P + Q + R

Calcul du montant remboursé AM :

Pour les GHS :

Cas général :

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

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

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

(1) : si facturation des 18 euros

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

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

Pour les suppléments :

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

Pour les prélèvements d'organe :

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

Le coefficient de transition n'est plus appliqué que pour la Guyane et le SSA.

Tableaux 35 - Valorisation : Valorisation des IVG

Tableau 35A : Valorisation des codes prestation d'IVG

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

Calcul des prestations IVG du RSA :

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

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

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

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

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

Ou GHM 14Z08Z et durée de séjour=2 sans acte d'anesthésie générale

AMF : GHM 14Z08Z et acte JNJP001 (évacuation d'un utérus gravide par moyen médicamenteux au 1^{er} trimestre de grossesse)

FJS : GHM 14Z08Z et durée de séjour=2

Tableau 35B : Nombre de séjours d'IVG valorisés

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

Tableau 35C : Codes prestation d'IVG non valorisés

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

Tableaux 36 : Valorisation des Molécules onéreuses

Tableau 36A : Molécules onéreuses valorisées

Ce tableau présente pour chaque UCD :

- (1) Le nombre d'UCD transmis
- (2) Le nombre d'UCD non valorisées : correspond aux UCD des séjours supprimées dans les tableaux 01 A (hors IVG) et 05 A
- (3) Le nombre d'UCD en essai thérapeutique : correspond aux UCD dont le montant FICHCOMP est à 0
- Le nombre d'UCD valorisées (1-2-3)

Tableau 36B : Valorisation des dépenses de molécules onéreuses

Le tableau présente par molécule :

- le nombre valorisé : Il correspond au nombre d'UCD pris en compte pour la valorisation (cf. tableau 36 A).
- les dépenses déclarées : Elles correspondent aux montants indiqués dans FICHCOMP
- Les dépenses au tarif de responsabilité pour la molécule : elles correspondent au nombre valorisé multiplié par le tarif de responsabilité de la molécule pour la période donnée.
- les dépenses T2A accordées. Elles sont égales :
 - o aux dépenses au TR si les dépenses déclarées sont supérieures ou égales aux dépenses au TR.
 - o aux dépenses déclarées + 50% de l'écart entre les dépenses déclarées et les dépenses au TR si les dépenses déclarées sont inférieures aux dépenses au TR
- l'écart entre les dépenses T2A accordées et les dépenses déclarées

Tableau 36C : Molécules onéreuses non prises en compte

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

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

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

Tableau 36E : Codes diagnostic par groupe d'UCD

Ce tableau présente les diagnostics principaux retrouvés par groupe d'UCD.

Pour faciliter la lecture les DP sont présentés sur 3 caractères. Le diagnostic relié est présenté à la place du diagnostic principal, si le diagnostic principal commence par 'Z'.

Tableaux 37 : Analyse des médicaments avec ATU

Le **tableau 37A, Médicaments avec ATU**, présente par code UCD pour les médicaments avec ATU :

- le nombre d'UCD transmis dans FICHCOMP
- le nombre d'UCD administrées lors de séjours valorisés
- le montant FICHCOMP correspond aux UCD des séjours valorisés

Le **tableau 37B, UCD n'appartenant pas à la liste ATU**, présente par période, année et code UCD :

- le nombre d'UCD transmis
- le montant FICHCOMP correspondant.

Tableaux 38 : Valorisation des Dispositifs Médicaux Implantables

Tableau 38A : DMI valorisés

Ce tableau présente pour chaque DMI :

- (1) Le nombre de DMI transmis
- (2) Le nombre de DMI non valorisés : correspond aux DMI des séjours supprimés dans les tableaux 01 A et 05 A
- (3) Le nombre de DMI avec montant FICHCOMP à 0
- Le nombre de DMI valorisés (1-2-3)

Tableau 38B : Valorisation des dépenses de dispositifs médicaux implantables

Ce tableau présente par DMI :

- le nombre valorisé (cf. tableau 38 A)
- les dépenses déclarées : Elles correspondent aux montants indiqués dans FICHCOMP
- Les dépenses au tarif de la LPP pour le DMI considéré : elles correspondent au nombre consommé multiplié par le tarif de la LPP du DMI
- les dépenses accordées. Elles sont égales :
 - o aux dépenses au tarif de la LPP si les dépenses déclarées sont supérieures ou égales aux dépenses au tarif de la LPP.

- aux dépenses déclarées + 50% de l'écart entre les dépenses déclarées et les dépenses au tarif de la LPP si les dépenses déclarées sont inférieures aux dépenses au tarif de la LPP
- l'écart entre les dépenses accordées et les dépenses déclarées

Tableau 38C : DMI non pris en compte

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

Tableau 38D : DMI avec un prix incohérent par rapport au tarif de responsabilité

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

Tableaux 39 : Analyse de la cohérence des DM et des actes
--

Ces tableaux présentent par racine pour les DMI concernés (DM de stents, DM de prothèses de hanche ou DM de stimulateurs cardiaques) :

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

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

- **Racines avec DM attendu (1)** : Dans ces racines, les DMI devraient être posés systématiquement. Leur absence signifie que le DM n'a pas été saisi dans FICHCOMP mais que le RSA a bien été codé.
- **Racines avec DM possible sous réserve de la présence de l'acte de pose (non vérifiable sur la racine) (2)** : Ces racines pourraient comporter l'acte de pose. Les séjours concernés ont pu être groupés dans ces racines car elles interviennent avant dans la hiérarchie de groupage à cause de la présence d'un acte plus lourd.
- **Racines avec DM possible si oublié de l'acte de pose (n'aurait pas dû être groupé dans cette racine) (3)** : Ici l'acte de pose n'a pas été saisi dans le RSA.
- **Racines avec DM improbable (4)** : Ces racines ne devraient pas être concernées par un DMI.

Tableau 39A : Analyse des DMI : Stents

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

Tableau 39B : Analyse des DMI : Prothèses de hanche

- Liste des racines du (1) : 08C22, 08C47, 08C48

Pour les 3 listes qui suivent, on ne prend plus en compte que les DM spécifiques aux prothèses de hanche. Les DM « accessoires pour implant articulaire » : 3163659, 3112917, 3133262,

3181203, qui peuvent servir pour d'autres types de prothèses (épaule, genoux) ne sont utilisés que dans la première liste.

- Liste des racines du (2) : 08C56, 08C02

- Liste des racines du (3) : 08C04, 08C06, 08C12, 08C13, 08C14, 08C20, 08C21, 08C24, 08C25, 08C27, 08C28, 08C29, 08C31, 08C32, 08C33, 08C34, 08C35, 08C36, 08C37, 08C38, 08C39, 08C40, 08C41, 08C42, 08C43, 08C44, 08C45, 08C46, 08C49, 08C50, 08C51, 08C52, 08C53, 08C54, 08C55, 08K02, 08K03, 08K04, 08M04, 08M05, 08M06, 08M07, 08M08, 08M09, 08M10, 08M14, 08M15, 08M18, 08M19, 08M20, 08M21, 08M22, 08M23, 08M24, 08M25, 08M26, 08M27, 08M28, 08M29, 08M30, 08M31, 08M32, 08M33, 08M34, 08M35, 08M36, 08M37, 08M38

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

Tableau 39C : Analyse des DMI : Stimulateurs cardiaques

- Liste des racines du (1) : 05C14, 05C15, 05C19, 05C22.

- Liste des racines du (2) : 05C02, 05C03, 05C04, 05C05, 05C06, 05C07, 05C08, 05C09, 05C10, 05C11, 05C12, 05C13, 05C20

- Liste des racines du (3) : 05C17, 05C18, 05C21, 05K05, 05K06, 05K10, 05K11, 05K12, 05K13, 05K14, 05K15, 05K17, 05K18, 05K19, 05K20, 05M04, 05M05, 05M06, 05M07, 05M08, 05M09, 05M10, 05M11, 05M12, 05M13, 05M14, 05M15, 05M16, 05M17, 05M18, 05M19, 05M20, 05M21, 05M22, 05M23

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

Tableau 40 - Valorisation : Valorisation des séjours en AME
--

A compter du 1^{er} janvier 2012, les séjours en AME sont valorisés via MAT2A. Pour plus d'informations sur cette réforme, se reporter à la CIRCULAIRE N° DSS/1A/DGOS/R5/2011/468 du 14 décembre 2011.

Les séjours en AME sont repérés à partir des variables du fichier VIDHOSP : [séjours facturable à l'AM] codée à 0 (= Séjour non facturable) et [motif de non facturation à l'AM] codée à 1 (= Patient AME).

Les IVG et les PO sont hors champ et continuent donc à être traités dans les tableaux précédents.

Calcul du TJP en M1 et M2 2012

En M1/ M2, la nouvelle variable « montant AMC » n'est pas transmises dans VIDHOSP et la variable « montant BR » n'est pas renseignée pour les séjours AME dans la majorité des cas. Ainsi, afin de pouvoir valoriser les séjours des patients AME, MAT2A va calculer un TJP moyen (par établissement et par GHS / GHM) sur la base des données transmises en M12 2011, pour les séjours valorisés, selon la méthode suivante :

1. Un TJP pour chaque séjour valorisé de la base M12 2011 est calculé :

➔ $TJP = \text{Montant BR du fichier VIDHOSP} / \text{Durée de séjour (1)}$

(1) La durée de séjour est initialisée à 1 si elle vaut 0

Pour les séances :

➔ $TJP = \text{Montant BR du fichier VIDHOSP} / \text{Nombre de séances}$

2. Les séjours avec un TJP non compris entre 200 et 2500€ sont supprimés.

3. A partir de cette base, on calcule, par établissement :
 - Le TJP moyen par GHS /GHM (hors UHCD) qui sera utilisé pour la valorisation si l'effectif par GHS / GHM est supérieur à 10 ; Dans les autres cas, c'est le TJP moyen de l'établissement qui sera utilisé pour la valorisation de ce GHS / GHM.
En cas de séjour AME en UHCD, on se basera uniquement sur le GHM pour affecter le TJP moyen au séjour d'AME. Dans ce cas, s'il y a plusieurs GHS pour un GHM, on affecte au séjour AME le TJP moyen correspondant au GHS de tarif le moins élevé.
4. En l'absence de TJP moyen pour le GHS / GHM du séjour AME (parce que le GHS / GHM n'existait pas sur l'année 2011, par exemple), on affecte au séjour la valeur moyenne du TJP de l'établissement (calculé sur la base 2011).
5. Si l'établissement n'existait pas en 2011, le TJP moyen sera calculé sur la base des données valorisées transmises en 2012 sur la période en cours. Pour cela on regroupe les séjours valorisés, non pas par GHS / GHM car l'effectif risquerait d'être trop faible, mais en se basant sur les catégories d'activité de soins (CAS) basées sur la 3^{ème} lettre du GHM : M et Z / C / O (=CMD 14 et 15) / K / Séances.
Comme précédemment, on supprime les séjours avec des TJP non compris entre 200 et 2500€. A partir de cette base, on calcule, par établissement : Le TJP moyen par CAS, qui sera utilisé pour la valorisation si l'effectif par CAS est supérieur à 10 ; Dans les autres cas, c'est le TJP moyen de l'établissement qui sera utilisé pour la valorisation de cette CAS.

Calcul du TJP à partir de M3 2012

A compter de M3 2012, une variable supplémentaire est à renseigner dans VIDHOSP, afin de recueillir le montant « AMC » facturé pour chaque patient, qu'il bénéficie d'une prise en charge AME ou non. Pour les bénéficiaires de l'AME, cette variable additionnelle doit correspondre au montant qui était facturé avant la réforme, c'est-à-dire le montant TJP :

➔ $TJP_{VIDHOSP} = (Mnt_{AMC} - mnt_{FJ} (1)) / DS$

(1) $Mnt_{FJ} = 18 * (DS + 1)$ ou $18 * DS$ en cas de décès

Le Montant FJ n'est pas applicable pour les séjours de 0 jour, les séances, les séjours de nouveau-nés (âge ≤ 30 jours) et les séjours de polysomnographie nocturne.

A partir de M3, un contrôle est fait sur le montant AMC renseigné dans VIDHOSP :

Si $(TJP_{calculé} / 5) \leq TJP_{VIDHOSP} \leq (TJP_{calculé} * 5)$ ➔ la valorisation du séjour AME se fait à partir du TJP VIDHOSP ; sinon la valorisation continuera à se faire à partir du TJP calculé (selon la méthode utilisée en M1 et M2). Ce contrôle est fait sur tous les séjours de l'envoi (y compris ceux de janvier / février).

Le pourcentage de séjours pour lesquels le TJP VIDHOSP est utilisé est indiqué en note de bas de page du tableau 40D.

Valorisation

- Pour les GHS et suppléments :
 $(80\% * mnt_{BR} * coef_{transition}) * 1,32$
 $+ (20\% * TJP * DS) * 1,32$
 + FJ du jour de sortie

Le coefficient de transition n'est appliqué que pour la Guyane et le SSA.

Pour les séjours avec une date de sortie postérieure au 1er Septembre, le montant 20% TJP et le montant du forfait journalier de sortie ne sont plus valorisés par MAT2A mais directement par l'assurance maladie, via le flux B2.

- Pour les Médicaments et DMI :
Même principe de valorisation que pour les séjours non AME.

Tableau 40A : Nombre de séjours AME

Ce tableau présente :

- Nombre de séjours / séances en AME
- Nombre de séjours / séances en AME non valorisés (CM90, GHS 9999, PIE)
- Nombre de séjours / séances en AME valorisés

Tableau 40B : Case-mix GHM AME - Montants Valorisés

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

- GHS : Numéro de GHS
- GHM : Libellé de GHM
- Nombre de séjours/séances dans le GHM
- Nombre de journées
- Nombre de séjours de 0 jour (hors séances)
- Montant correspondant à l'application du tarif du GHS à l'effectif
- Montant correspondant à ce qui doit être déduit de la valorisation des séjours extrême bas
- Montant correspondant à ce qui doit être déduit de la valorisation des séjours avec réhospitalisation dans le même GHM
- Montant correspondant à la valorisation des journées extrême haut dans le GHM
- Valorisation des actes de radiothérapie réalisés en hospitalisation valorisés en fonction des GHS dans lesquels ils sont classants
- Montant des suppléments de radiothérapie pédiatrique
- Montant réanimation: Valorisation des suppléments de réanimation
- Montant réanimation pédiatrique : Valorisation des suppléments de réanimation pédiatrique
- Montant SI : Valorisation des suppléments de soins intensifs
- Montant SC : Valorisation des suppléments de surveillance continue Montant suppléments dialyse : Valorisation des actes de dialyses réalisés en hospitalisation
- Montant NN1 : Valorisation des suppléments NN1
- Montant NN2 : Valorisation des suppléments NN2
- Montant NN3 : Valorisation des suppléments NN3
- Montant suppléments antepartum
- Montant actes caissons hyperbares
- Montant actes aphérèses sanguines (GHS 9615)
- Montant 20% TJP : correspond au montant $20\% * TJP * DS * 1.32$ (Uniquement pour les séjours se terminant avant le 1^{er} septembre)
- Montant Forfait Journalier de Sortie (Uniquement pour les séjours se terminant avant le 1^{er} septembre)

Les montants des GHS et suppléments correspondent au montant : $(80\% * \text{Mnt BR} * \text{coef de transition} * 1.32)$

Tableau 40C : Effectif valorisé - Séjours en AME

Ce tableau reprend tous les éléments entrant dans la valorisation, en effectif :

- Nombre séjours/séances
- Nombre de séjours extrême bas
- Nombre de séjours avec réhospitalisation dans le même GHM
- Nombre de séjours extrême haut
- Nombre de journées extrême haut

- Nombre d'actes RDTH
- Nombre de suppléments de radiothérapie pédiatrique
- Nombre de suppléments antepartum
- Nombre d'actes GHM 9615
- Nombre de suppléments de réanimation
- Nombre de suppléments de réanimation pédiatrique
- Nombre de suppléments de néonate sans SI (NN1)
- Nombre de suppléments de néonate avec SI (NN2)
- Nombre de suppléments de réanimation néonate (NN3)
- Nombre d'actes de caissons hyperbares en sus
- Nombre de suppléments dialyse
- Nombre de suppléments de soins intensifs
- Nombre de suppléments de surveillance continue

Tableau 40D : Valorisation - Séjours en AME

Ce tableau présente les montants valorisés au titre des séjours AME :

- A Valorisation des GHS
- B Valorisation extrême bas (à déduire)
- C Valorisation des séjours avec réhospitalisation dans le même GHM (à déduire)
- D Valorisation journées extrême haut
- E Valorisation actes GHS 9615 en Hospit.
- F Valorisation actes de RDTH en hospit
- G Valorisation suppléments radiothérapie pédiatrique
- H Valorisation suppléments antepartum
- I Valorisation suppléments de réanimation
- J Valorisation suppléments de réanimation pédiatrique
- K Valorisation suppléments de soins intensifs
- L Valorisation suppléments de surveillance continue
- M Valorisation suppléments de dialyse
- N Valorisation suppléments de néonate sans SI (NN1)
- O Valorisation suppléments de néonate avec SI (NN2)
- P Valorisation suppléments de réanimation néonate (NN3)
- Q Valorisation des actes de caissons hyperbares en sus
- R Montant 20% TJP (Uniquement pour les séjours se terminant avant le 1^{er} septembre)
- S Montant forfait journalier de sortie (Uniquement pour les séjours se terminant avant le 1^{er} septembre)
- Total valorisation : A - B - C + D + E + F + G + H + I + J + K + L + M + N + O + P + Q + R + S

Les montants des GHS et suppléments (lignes A à Q) correspondent à : $(80\% * \text{Mnt BR} * \text{coef de transition} * 1.32)$

Tableau 40E : Valorisation des dépenses de molécules onéreuses - Séjours AME

Le tableau présente par molécule :

- le nombre valorisé : Les UCD des séjours supprimés dans le tableau 40A ne sont pas valorisés, ainsi que les UCD en essai thérapeutique (càd avec un montant FICHCOMP à 0).
- les dépenses déclarées : Elles correspondent aux montants indiqués dans FICHCOMP
- Les dépenses au tarif de responsabilité pour la molécule : elles correspondent au nombre valorisé multiplié par le tarif de responsabilité de la molécule pour la période donnée.

- les dépenses T2A accordées. Elles sont égales :
 - o aux dépenses au TR si les dépenses déclarées sont supérieures ou égales aux dépenses au TR.
 - o aux dépenses déclarées + 50% de l'écart entre les dépenses déclarées et les dépenses au TR si les dépenses déclarées sont inférieures aux dépenses au TR
- l'écart entre les dépenses T2A accordées et les dépenses déclarées

Tableau 40F : Valorisation des dépenses de dispositifs médicaux implantables - Séjours en AME

Ce tableau présente par DMI :

- le nombre valorisé : Les DMI des séjours supprimés dans le tableau 40A ne sont pas valorisés, ainsi que les DMI avec un montant FICHCOMP à 0.
- les dépenses déclarées : Elles correspondent aux montants indiqués dans FICHCOMP
- Les dépenses au tarif de la LPP pour le DMI considéré : elles correspondent au nombre consommé multiplié par le tarif de la LPP du DMI
- les dépenses accordées. Elles sont égales :
 - o aux dépenses au tarif de la LPP si les dépenses déclarées sont supérieures ou égales aux dépenses au tarif de la LPP.
 - o aux dépenses déclarées + 50% de l'écart entre les dépenses déclarées et les dépenses au tarif de la LPP si les dépenses déclarées sont inférieures aux dépenses au tarif de la LPP
- l'écart entre les dépenses accordées et les dépenses déclarées

Tableau 41 - Valorisation : Evolution des montants mensuel par période de transmission par type de prestation

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

Tableau 42 - Valorisation: Tableau de Synthèse Séjours

Ce tableau reprend différents éléments calculés dans les tableaux précédents.

Il est séparé en 14 parties : Séjours, Présence des mois de transmission, Chainage, Variables VIDHOSP, Taux de remboursement, Séjours non pris en compte, Modification casemix, Valorisation séjours supprimés, Codes géographiques, UM et suppléments, Casemix GHM par niveau, Valorisation, Molécules onéreuses, DMI.

Tableau 43 - Suivi des Indicateurs de Pilotage des Activités de soins autorisées (IPA)

Ce tableau reprend les Indicateurs décrit dans le Guide méthodologique sur le pilotage de l'activité des établissements de santé. L'annexe qui décrit le mode de calcul des différents indicateurs est à télécharger ici :

http://stats.atih.sante.fr/sihnat/analyse_conso_prod/notice_matrice_2010.zip → Annexe_ARS.pdf

Tableau 44 – Analyse des thrombolytiques

Depuis cette année, afin de mieux suivre les prises en charge d'AVC, un recueil spécifique sur les thrombolytiques a été mis en place.

Le **tableau 44A, Répartition des codes UCD de thrombolytiques**, présente par UCD :

- le nombre d'UCD transmis dans FICHCOMP
- le nombre d'UCD administrées lors de séjours valorisés

Les deux tableaux qui suivent ne traitent que les UCD administrées lors de séjours valorisés.

Le **tableau 44B, Case-mix GHM/GHS des séjours avec thrombolytiques**, présente par GHM/GHS, pour les séjours valorisés, à partir de mars :

- le nombre de séjours/séances total
- le nombre de séjours/séances des séjours avec thrombolytiques
- la durée moyenne de séjour
- la durée moyenne de séjour des séjours avec thrombolytiques
- l'âge moyen
- l'âge moyen des séjours avec thrombolytiques

Le tableau est séparé en deux, entre les GHM de la CMD 01 (Affections du système nerveux), objet du suivi, et les autres GHM.

Le **tableau 44C, Diagnostic principal des séjours avec thrombolytiques**, présente par diagnostic principal, pour les séjours valorisés, à partir de mars :

- le nombre de séjours/séances total
- le nombre de séjours/séances des séjours avec thrombolytiques

Le DP est présenté sur les 3 premiers caractères de code.

Le **tableau 44D, UCD n'appartenant pas à la liste des thrombolytiques**, présente par code UCD :

- le nombre d'UCD transmis

La liste des thrombolytiques à transmettre est disponible en annexe 1.

TRAITEMENT RAFAEL

Tableaux 50 : Contrôles sur les RAFAEL

Tableau 50A : Répartition des lettres clé du RAFAEL hors période

Ce tableau présente les lettres clé des RAFAEL-B et C hors période (càd renseignés avec une année différente de 2012 et/ou un mois supérieur au mois de transmission), qui ne seront donc pas valorisées. Sont présentés l'effectif et le montant base de remboursement.

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

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

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

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

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

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

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

Contrôle du taux de remboursement :

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

Contrôle des montants :

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

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

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

- Pour les APE :

Mnt BR= PU*quantité*coefficient*coefficient géographique

Mnt Remb= Mnt BR*taux de remboursement (Le taux de remboursement est de 94 % pour les APE)

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

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

Mnt Remb= Mnt BR*taux de remboursement

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

Mnt Remb= Mnt BR*taux de remboursement.

Le coefficient de transition n'est plus appliqué que pour la Guyane et le SSA. Ces contrôles sont non bloquants, càd que les lignes concernées ne sont pas supprimées et que les montants (montant base de remboursement et montant remboursé AM) sont recalculés avec les formules ci-dessus.

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

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

Tableaux 51 : Analyse de la compatibilité actes/spécialités exécutants

Ce tableau présente, pour les actes non compatibles avec la spécialité de l'exécutant :

- La spécialité de l'exécutant
- Le code acte non compatible
- L'effectif correspondant
- Le montant BR correspondant
- Le montant AM correspondant

Le tableau est vide, si aucune anomalie n'est retrouvée. **Ce tableau n'a pas d'impact sur la valorisation des codes concernés.**

Ci-dessous le tableau relatif aux compatibilités actes/spécialités exécutants utilisé pour réaliser le tableau 51 :

Tableaux 52 : Valorisation des passages aux urgences (ATU)

Tableau 52 A : Valorisation des passages aux urgences

Ce tableau présente par période :

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

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

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

Tableaux 53 : Valorisation des prestations forfaits petit matériel

Tableau 53A : Analyse du forfait FFM

Ce tableau présente :

- le nombre de forfaits FFM
- le nombre de forfaits FFM sans acte CCAM correspondant

Pour les factures à partir du 1^{er} Juin, seuls les FFM sur des factures avec les actes CCAM correspondant seront valorisés.

Tableau 53B : Valorisation des prestations FFM

Ce tableau présente par période :

- le prix unitaire
- le nombre de FFM facturés
- le montant base de remboursement
- le montant remboursé AM
- Dont nombre réalisés aux urgences
- Dont montant BR réalisé aux urgences
- Dont montant AM réalisé aux urgences

L'effectif et les montants réalisés aux urgences correspondent aux factures avec FFM et avec au moins un code ATU.

Tableau 53C : FFM non facturables à l'AM ou en attente de droits

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

Tableaux 54 : Valorisation des codes de dialyse D12, D13, D14, D15, D16, D20, D21, D22, D23

Tableau 54 A : Valorisation des prestations D12, D13, D14, D15, D16, D20, D21, D22 et D23

Ce tableau présente par code et par période :

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

- le montant remboursé AM

Tableau 54B : Codes D12, D13, D14, D15, D16, D20, D21, D22 et D23 non facturables à l'AM ou en attente de droits

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

Tableau 54C : ACE en sus d'un forfait Dialyse

Ce tableau présente les lettre-clés non valorisées (en effectif et montant), car renseignées sur une facture avec un forfait dialyse. En effet, Les forfaits dialyse étant tout compris, les actes présents sur la même facture ne sont pas valorisés

Tableaux 55 : Valorisation des forfaits techniques

Tableau 55A : Valorisation des codes forfaits techniques

Ce tableau présente par FTN :

- la DMT
- le prix unitaire
- le nombre facturé
- le montant base de remboursement
- le montant remboursé AM
- Dont nombre réalisés aux urgences
- Dont montant BR réalisé aux urgences
- Dont montant AM réalisé aux urgences

L'effectif et les montants réalisés aux urgences correspondent aux factures avec FTN et avec au moins un code ATU.

Tableau 55B : FTN non facturables à l'AM ou en attente de droits

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

Tableaux 56 : Valorisation des codes de regroupement CCAM
--

Tableau 56A : Valorisation des codes de regroupement CCAM

Ce tableau présente par code de regroupement CCAM :

- le nombre facturé
- le montant base de remboursement
- le montant remboursé AM
- Dont nombre réalisés aux urgences
- Dont montant BR réalisé aux urgences
- Dont montant AM réalisé aux urgences
- Nombre d'actes avec spécialité exécutant non renseignée ou erronée (cf tableau de compatibilité p.35)

L'effectif et les montants réalisés aux urgences correspondent aux factures avec FTN et avec au moins un code ATU.

Tableau 56B : Codes de regroupement CCAM non facturables à l'AM ou en attente de droits

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

Tableaux 57 : Description des codes CCAM du RAFAEL M

Ces tableaux présentent les codes CCAM présents dans le RAFAEL M, selon qu'ils soient référencés dans la table de référence (**tableau 57A**) ou pas (**tableau 57B**). Ces tableaux n'ont pas d'incidence sur la valorisation.

La dernière colonne du tableau 57A indique l'effectif réalisé aux urgences c'est-à-dire sur une facture avec au moins un code ATU.

Tableaux 58 : Valorisation des codes SE

Tableau 58A : Analyse des codes SE

Ce tableau présente par code SE :

- le nombre de forfaits SE
- le nombre de forfaits SE sans acte CCAM correspondant
- le nombre d'actes CCAM donnant lieu à forfait SE
- le nombre d'actes CCAM sans forfait SE correspondant
- le nombre de factures avec plus de 2 SE

Pour les factures à partir du 1^{er} Juin :

- Seuls les SE sur des factures avec les actes CCAM correspondant seront valorisés ;
- Les factures avec plus de 2 SE ne seront pas valorisées.

Tableau 58B : Valorisation des codes SE

Ce tableau présente par forfait SE :

- le prix unitaire
- le nombre facturé
- le montant base de remboursement
- le montant remboursé AM
- Dont nombre réalisés aux urgences
- Dont montant BR réalisé aux urgences
- Dont montant AM réalisé aux urgences

L'effectif et les montants réalisés aux urgences correspondent aux factures avec SE et avec au moins un code ATU.

Tableau 58C : Codes SE non facturables à l'AM ou en attente de droits

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

Tableaux 59 : Valorisation des codes NGAP

Tableau 59A : Analyse du forfait FSD

Ce tableau présente :

- le nombre de forfaits FSD
- le nombre de forfaits FSD sans acte CCAM correspondant
- le nombre d'actes CCAM donnant lieu à forfait FSD
- le nombre d'actes CCAM sans forfait FSD correspondant
- le nombre de factures avec plusieurs forfaits FSD

Pour les factures à partir du 1^{er} Juin :

- Seuls les FSD sur des factures avec les actes CCAM correspondant seront valorisés ;
- Les factures avec plus d'un forfait FSD ne seront pas valorisées.

Tableau 59B : Valorisation des lettres clé du RAFAEL (hors FTN, SE, ATU, FFM, D12, D13, D14, D15, D16, D20, D21, D22, D23, APE, codes de prothèses et codes de regroupement CCAM)

Ce tableau présente par lettre clé :

- le prix unitaire
- le nombre facturé
- le montant base de remboursement
- le montant remboursé AM
- Dont nombre réalisés aux urgences
- Dont montant BR réalisé aux urgences
- Dont montant AM réalisé aux urgences
- Nombre d'actes avec spécialité exécutant non renseignée ou erronée (cf tableau de compatibilité p.35)

L'effectif et les montants réalisés aux urgences correspondent aux factures avec FTN et avec au moins un code ATU.

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

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

Tableau 59C : Répartition des lettres clé du RAFAEL non prises en compte

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

Tableau 59D : Lettres clés non facturables à l'AM ou en attente de droits

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

Tableaux 60 : Description des NABM - RAFAEL L
--

Tableau 60A : Comparaison RAFAEL-B ou C avec un acte de biologie / RAFAEL-L

Ce tableau présente le nombre de factures et le nombre de lettres clé 'B' (acte de biologie) pour :

- Les RAFAEL-B/C avec acte de biologie sans RAFAEL-L associé
- Les RAFAEL-L sans RAFAEL-B/C avec acte de biologie associé
- Les RAFAEL-L associés à un RAFAEL-B/C avec acte de biologie, avec un effectif identique
- Les RAFAEL-L associés à un RAFAEL-B/C avec acte de biologie, avec un effectif différent
 - Dont nombre de lettres clé 'B' du RAFAEL-L supérieur au nombre de lettres clé 'B' du RAFAEL-B/C
 - Dont nombre de lettres clé 'B' du RAFAEL-B/C supérieur au nombre de lettres clé 'B' du RAFAEL-L

Les tableaux 60B et 60C décrivent les codes NABM présents dans le RAFAEL L, selon qu'ils soient référencés dans la table de référence (**tableau 60C**) ou pas (**tableau 60B**).

Ces tableaux n'ont pas d'incidence sur la valorisation.

La liste des codes NABM est disponible en téléchargement sur le site de la CNAMTS.

Tableaux 61 : Valorisation des DM en externe

Tableau 61A : Valorisation des prestations APE

Ce tableau présente par période :

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

Tableau 61B : APE non facturables à l'AM ou en attente de droits

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

Tableau 61C : Comparaison RAFAEL-B de prothèse / RAFAEL-P

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

- Les RAFAEL-B prothèse sans RAFAEL-P associé
- Les RAFAEL-P sans RAFAEL-B prothèse associé
- Les RAFAEL-P avec RAFAEL-B prothèse avec montant identique : **Seules ces factures seront prises en compte dans la valorisation (cf tableau 61D)**
- Les RAFAEL-P avec RAFAEL-B prothèse, montant différent (on considère les montants différents si la différence est supérieure à 1 euro)
 - Dont RAFAEL-P avec un montant supérieur au RAFAEL-B
 - Dont RAFAEL-B avec un montant supérieur au RAFAEL-P

Les codes prestations prothèse pris en compte pour les RAFAEL-B sont : PME, PII et ETI.

Tableau 61D : Valorisation des DM en externe (RAFAEL P)

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

Soit : mnt_fact la variable « montant total facturé » du RAFAEL-P,

emi_t la variable « montant total de l'écart indemnisable » du RAFAEL-P

- quantité : variable « quantité » du RAFAEL
- dépense établissement = mnt_fact

- dépenses autorisées = $\text{mnt_fact} + 2 * \text{emi_t}$
- dépenses accordées : $\text{mnt_fact} + \text{emi_t}$
- écart : emi_t

Tableau 61E : DM non pris en compte: n'appartenant pas à la liste, non facturables à l'AM ou en attente de droits

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

Tableaux 62 : Récapitulation Activité externe - Montants

Le **tableau 62, Récapitulation Activité externe - Montants**, reprend par catégorie de codes (ATU / FFM / Dialyse / FTN / CCAM / SE / NGAP / DMI), la valorisation en montant BR et en montant AM.

Les deux dernières colonnes reprennent les montants (BR et AM) réalisés aux urgences càd sur une facture avec au moins un code ATU.

Pour les établissements étant passés à FIDES, deux nouveaux tableaux sont ajoutés.

Le tableau **62A FIDES** présente par catégorie de codes (ATU / FFM / Dialyse / FTN / CCAM / SE / NGAP / DMI) :

- le montant AM avant passage à FIDES (1) : Montant valorisé par MAT2A avant la date de passage à FIDES. Ce montant sera égal à 0 si l'établissement est passé à FIDES antérieurement à l'année n
- le montant AM valorisé par MAT2A après passage à FIDES (2) : Les factures avec ATU, FFM, Dialyse, SE ou DMI sont hors champ FIDES et continuent donc à être valorisées par MAT2A (Les éventuels actes CCAM et NGAP figurant sur ces factures sont, de fait, valorisés également via MAT2A).
- le montant AM valorisé par MAT2A : (3) = (1) + (2)
- le montant AM estimé des recettes FIDES : Ce montant correspond au montant total AM calculé dans le 1^{er} tableau 62 auquel on enlève le montant AM valorisé par MAT2A calculé au-dessus (=3)).

Le tableau **62B FIDES, Comparaison entre l'indicateur 'valorisé par FIDES' renseigné dans le RAFAEL-A et celui calculé par MAT2A**, présente pour les factures facturables à l'AM (variable [séjour facturable à l'AM] = 1 ou 2) :

- le nombre total de factures transmises
- Le nombre de factures transmises après le passage à FIDES
 - o Dont le nombre de factures où l'indicateur 'valorisé par FIDES' du RAFAEL-A n'est pas renseigné
 - o Dont le nombre de factures où l'indicateur 'valorisé par FIDES' calculé par MAT2A correspond à celui du RAFAEL-A
 - o Dont le nombre de factures où l'indicateur 'valorisé par FIDES' du RAFAEL-A=1 mais pas celui de MAT2A : Correspond à des factures que l'établissement a considéré comme relevant de la facturation individuelle alors qu'elles ont été valorisées par MAT2A
 - o Dont le nombre de factures où l'indicateur 'valorisé par FIDES' calculé par MAT2A=1 mais pas celui du RAFAEL-A : Correspond à des factures que

l'établissement n'a pas considéré comme relevant de la facturation individuelle alors qu'elles n'ont pas été valorisées par MAT2A

Tableaux 63 : Evolution des montants mensuel par période de transmission par type de prestations

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

Tableaux 64 : Tableau de Synthèse ACE

Ce tableau reprend différents éléments calculés dans les tableaux précédents.
Il est séparé en 2 parties : ATU, FFM et alternative à la dialyse / Activité externe (y compris SE).

ANNEXE 1 : Liste des médicaments de thrombolytiques

code	libellé
9156873	ACTILYSE 10MG INJ FL+FL
9122584	ACTILYSE 20MG INJ FL+FL +CAN
9343339	ACTILYSE 2MG INJ FL+AMP
9122590	ACTILYSE 50MG INJ FL+FL +CAN
9262285	ACTOSOLV UROK.100M INJ FL
9262291	ACTOSOLV UROK.600M INJ FL
9227774	METALYSE 10000U INJ FL+SRG
9184214	RAPILYSIN 10U INJ FL+SRG
9132252	STREPTASE 1,5MN INJ FV6ML
9088249	STREPTASE 250M INJ FL
9088255	STREPTASE 750M INJ FL