

# **GUIDE DE LECTURE RAPIDE DES TABLEAUX MAT2A MCO OQN**

## **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 sont celles de M12 2011 et sont hors erreurs (cf. séjours supprimés tableaux 00 et 03 A)
- aux données de la Base Nationale présentant les durées de séjour de référence publiées avec les tarifs.

**Les séjours supprimés dans les tableaux 00 et 03 A le sont dans le RSA et dans les RSF.**

Dans la suite on appellera une facture, un ensemble d'enregistrements (ligne de facture) commençant par un RSF de type A. La constitution des fichiers de RSF a été modifiée par rapport aux années précédentes et on autorise la production de plusieurs factures pour un même séjour. Les séjours sont identifiés sur les RSF par le numéro de RSS, et sont couplés à un seul RSS. On peut donc avoir plusieurs RSFA pour un seul RSS. Ceci permet de réunir sous le même séjour les annule-remplace et les compléments de factures.

A partir de 2011, un nouveau traitement est créé spécifiquement pour les associations de dialyse.

## LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableaux 00 – Contrôle/Cohérence : Factures supprimées</b>	<b>4</b>
<b>ANALYSE DU RSA</b>	<b>7</b>
<b>Tableaux 01 – Contrôle/Cohérence : RSA transmis sur la période</b>	<b>7</b>
<b>Tableaux 02 – Contrôle/Cohérence : Chainage</b>	<b>7</b>
<b>Tableaux 03 – Contrôle/Cohérence : Analyse des codes de prise en charge</b>	<b>10</b>
<b>Tableaux 04 – Contrôle/Cohérence : Analyse des données déjà envoyées</b>	<b>10</b>
<b>Tableau 05 – Contrôle/Cohérence : Synthèse des erreurs de groupage</b>	<b>10</b>
<b>Tableau 06 – Contrôle/Cohérence : Répartition du mode de sortie</b>	<b>10</b>
<b>Tableau 07 – Contrôle/Cohérence : Répartition du mode d'entrée</b>	<b>11</b>
<b>Tableau 08 – Contrôle/Cohérence : Répartition des différences de groupage</b>	<b>11</b>
<b>Tableau 09 – Contrôle/Cohérence : Répartition de différents types de séjour</b>	<b>11</b>
<b>Tableau 10 – Activité : Analyse des séjours de mort-nés</b>	<b>12</b>
<b>Tableau 11 – Activité : Analyse des séjours en fonction du mode d'entrée</b>	<b>13</b>
<b>Tableau 12 - Activité : Casemix G.H.M. – Analyse des racines</b>	<b>13</b>
<b>Tableau 13 - Activité : Casemix G.H.M. – séances (CM28)</b>	<b>13</b>
<b>Tableau 14 - Activité : Casemix G.H.M. - hors séances</b>	<b>14</b>
<b>Tableau 15 – Contrôle/Cohérence : Effet de la DMS sur le nb de journées produite par l'établissement</b>	<b>14</b>
<b>Tableau 16 – Contrôle/Cohérence : Analyse des GHM ayant les écarts de DMS les plus forts avec la Base Nationale</b>	<b>14</b>
<b>Tableaux 18 - Activité : Analyse des GHM dédoublés</b>	<b>15</b>
<b>Tableaux 19 - Activité : Analyse de la chirurgie ambulatoire et des GHM en J</b>	<b>15</b>
<b>Tableaux 20 – Contrôle/Cohérence : Répartition des codes géographiques</b>	<b>15</b>
<b>Tableau 21 - Activité : Séances et actes de dialyse en hospitalisation</b>	<b>15</b>
<b>Tableau 22 - Activité : Actes de radiothérapie en hospitalisation</b>	<b>16</b>
<b>Tableaux 23 - Activité : Unités médicales, autorisation déclarées et nombre de suppléments</b>	<b>16</b>
<b>ANALYSE DU RSF</b>	<b>17</b>
<b>Tableaux 24 – Contrôle/Cohérence : Analyse des retours NOEMIE</b>	<b>17</b>
<b>Tableau 25 – Contrôle/Cohérence : Case-mix comparé en GHS des nouveaux-nés RSF-RSA</b>	<b>17</b>
<b>Tableau 26 – Activité: Analyse mère - enfant</b>	<b>17</b>
<b>Tableau 27 – Contrôle/Cohérence : Séances de chimiothérapie, transfusion, caisson hyperbare et aphérèse sanguine (hors facture nulle NN)</b>	<b>18</b>
<b>Tableau 28 – Contrôle/Cohérence : Analyse des séances de dialyse (hors facture nulle NN)</b>	<b>19</b>
<b>Tableau 29 – Contrôle/Cohérence : Différences de groupage AGRAP RSF - hors dialyse et NN</b>	<b>19</b>
<b>Tableau 30 – Contrôle/Cohérence : Analyse comparative des EXH - Fichier de RSF et RSA (hors facture nulle NN)</b>	<b>19</b>
<b>Tableaux 31 – Contrôle/Cohérence : Suppléments de réanimation, surveillance continue, soins intensifs et néonate (hors facture nulle NN)</b>	<b>19</b>
<b>Tableaux 32 – Valorisation : Codes prestations</b>	<b>20</b>
<b>Tableaux 33 – Valorisation : Case-Mix GHS</b>	<b>20</b>
<b>Tableaux 34 – Contrôle/Cohérence : Analyse comparative RSFB prothèses/RSFP et</b>	

<b>RSFB médicaments/RSFH</b>	<b>20</b>
<b>Tableaux 35 – Valorisation : Analyse des RSFP</b>	<b>21</b>
<b>Tableaux 36 – Valorisation : Analyse des RSFH</b>	<b>22</b>
<b>Tableaux 37 – Contrôle/Cohérence : Analyse des RSFI</b>	<b>22</b>
<b>Tableaux 38 – Valorisation: Tableau de Synthèse Séjours</b>	<b>23</b>
<b>Tableau 39 - Suivi des Indicateurs de Pilotage des Activités de soins autorisées (IPA)</b>	<b>23</b>
<b>Tableaux 40 – Activité : Analyse des médicaments avec ATU</b>	<b>23</b>
<b>Tableaux 41 – Activité : Analyse des thrombolytiques</b>	<b>23</b>
<b>ASSOCIATIONS DE DIALYSE</b>	<b>25</b>
<b>Tableaux 01 – RSF et lignes de RSFB supprimées</b>	<b>25</b>
<b>Tableaux 02 – Codes prestations</b>	<b>25</b>
<b>Tableaux 03 – Analyse RSFH (molécules onéreuses)</b>	<b>25</b>

## Tableaux 00 – Contrôle/Cohérence : Factures supprimées

Concernant les prestations ATU, FFM, SE (SE1, SE2, SE3 et SE4), FSD, VDE, APE et les forfaits de dialyse sans RSS, les RSF suivants sont supprimés de l'analyse :

- RSFB sans RSFA associé
- RSFB avec prestation GHS
- Annulation de facture ne correspondant pas à une facture
- Doublons sauf cas autorisés : Les doublons de codes ATU, FFM, APE et FSD ne sont pas autorisés dans un même RSF
- Mauvaises combinaisons de codes :
  - o Les ATU et FFM ne peuvent pas figurer dans le même RSF
  - o Seuls les codes FTN, FTG et FTR peuvent être combinés sur un même RSF avec un ATU, un FFM ou un SE
  - o Le code APE ne peut figurer dans un RSF qu'avec les codes PME, PII ou ETI
  - o Les forfaits dialyse ne peuvent figurer dans un RSF qu'avec les codes PH8 ou EMI
- RSFB avec PU différent du tarif BO
- RSFB avec une base de remboursement différente du calcul : le montant BR doit être égal à :
  - o  $\text{tarif}_{(\text{table de référence})} * \text{quantité} * \text{coefficient} * \text{coefficient MCO}$  pour les FFM et forfaits dialyse ;
  - o  $\text{tarif}_{(\text{table de référence})} * \text{quantité} * \text{coefficient}$  pour les ATU, SE, FSD, VDE, APE ;

Seules les différences supérieures à 1 euro sont considérées comme des erreurs.

Concernant les séjours en hospitalisation complète, les factures et séjours suivants sont supprimés de l'analyse :

- Les séjours en CMD 90
- Les séjours en prestation inter-établissement : il s'agit des séjours dont la variable type de séjour du RSA est égal à 'B' (hors séances de RDTH, dialyse et chimiothérapie, car les PIE sont valorisés pour ces séjours)
- Les séjours de chirurgie esthétique, de dialyse péritonéale ou de mort-nés : Il s'agit des séjours en GHM 09Z02Z, 23Z03Z (chirurgie esthétique), 28Z05Z, 28Z06Z (dialyse péritonéale), 15Z10E (mort-nés)
- Les séjours sans RSFB mais avec un total BR prestation hospitalière non nul : Il s'agit des séjours avec un montant prestation hospitalière non nul dans le RSFA mais sans RSFB associé
- Les séjours avec prestation PJ : Séjour avec un code = PJ
- Annulation de facture ne correspondant pas à une facture : Il s'agit de factures ayant une nature d'opération signalant une « régularisation négative » (=5). Cette régularisation doit normalement être égale à une facture déjà transmise pour le même séjour et elle doit être accompagnée d'une nouvelle facturation. Lorsque ce n'est pas le cas, le séjour est éliminé
- RSFA à 0 avec des lignes de RSFB pour un séjour : Il s'agit de factures dont le RSF-A est à 0, mais qui comprend des lignes de RSF-B (constatation faite sur les fichiers de RSF, il n'y a théoriquement pas de raison pour que ce type d'enregistrement soit produit)
- Séjour avec plusieurs GHS hors cas admis. Il s'agit ici de séjours complets qui peuvent comporter plusieurs factures. Même dans ce cas on ne peut avoir qu'un seul

GHM (si on ne tient pas compte des annule remplace qui se neutralisent).

Les cas admis sont les dialyses, les séances de chimiothérapie, les séances de transfusion, les séances de caissons hyperbares et les GHM de la CMD 14. Les règles suivantes sont appliquées :

- Les GHS de la CMD 14 sont cumulables avec les GHS de la CMD 15
- Les dialyses, les séances de caissons hyperbares et les séances d'aphérèses sanguines sont cumulables avec tous les GHS
- Les séances de chimiothérapie (tumorale et non tumorale) et les séances de transfusion sont cumulables seulement avec elles-mêmes.
- Facture avec plusieurs GHS hors cas admis : Il s'agit ici de factures individuelles (sans tenir compte des séjours) qui comportent plusieurs GHS hors les cas admis (cf plus haut).
- Facture sans GHS hors cas admis : Il s'agit de facture ne comportant pas de ligne dont le code prestation est le GHS (hors les factures nulles, les factures de dialyses et les IVG)
- Séjours avec un code prestation non renseigné
- RSFB avec GHS des suppléments journaliers non renseignés ou à 0 : On considère ici les EXH, REA, REP, STF, SRA, SRC, SSC, NN1, NN2, NN3. Pour ces suppléments, il faut indiquer au niveau de la variable GHS, le n° du GHS dans lequel le patient a séjourné.
- RSFB avec GHS non retrouvé dans la table de tarif
- RSFB avec prix unitaire différent du tarif du BO
- RSFB avec une base de remboursement différente du calcul : le montant BR doit être égal à :  $\text{tarif}_{(\text{table de référence})} * \text{quantité} * \text{coefficient} * \text{coefficient MCO}$ . Seules les différences supérieures à 1 euro sont considérées comme des erreurs.
- RSFB avec un mauvais codage des EXB : se reporter au tableau 00D

Le **tableau 00A** présente le nombre de RSF en hospitalisation complète et ceux comprenant des ATU, FFM, SE, FSD, VDE, APE.

Le **tableau 00B RSF et lignes de RSFB** supprimés présente, pour les ATU, FFM, SE, FSD, VDE, APE et les forfaits de dialyse sans RSS, les effectifs par type d'erreur ainsi que les montants en base de remboursement concernés. Le tableau indique aussi le nombre de RSFB sans problème.

Le **tableau 00C Séjours et lignes de RSFB** supprimés présente, pour les séjours en hospitalisation complète, les effectifs par type d'erreur ainsi que les montants en base de remboursement concernés.

Le tableau indique aussi le nombre de RSFB sans problème.

Le **tableau 00D Séjours et Lignes de RSFB** supprimés pour les EXB explique l'effectif présenté dans le tableau 00C ('RSFB avec un mauvais codage des EXB').

Le tableau présente pour les séjours avec le même groupage RSF/ RSA :

- EXB dans RSA, Nature fin séjour=B et montant BR incorrect
- EXB dans RSA, Nature fin séjour différent de B et montant BR incorrect
- Pas d'EXB dans RSA, Nature fin séjour=B et montant BR correct
- Pas d'EXB dans RSA, Nature fin séjour=B et montant BR incorrect
- EXB sans problème
- Dont EXB dans RSA, Nature fin séjour différent de B et montant BR correct : Ces EXB ne sont pas des erreurs puisque les codes nature de fin de séjour T, E, R, P sont à utiliser

en priorité par rapport au seuil bas (B).

Les **tableaux 00E et 00F** présentent les case-mix des séjours supprimés selon le type d'erreur. Le tableau 00E présente les séjours supprimés hors problèmes de tarif et le 00F les séjours supprimés avec problème de tarif.

Le **tableau 00G** présente pour tous les ATU transmis (même ceux supprimés dans le tableau 00B), la répartition par code de prise en charge (en quantité, montant BR et montant AM).

## ANALYSE DU 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 (uniquement tableau 01A) : correspond au nombre de RSA transmis avant les suppressions des erreurs (cf. tableau 00C).
- Nombre de RSA traités : correspond au nombre de RSA conservés à la suite des suppressions du tableau 00. Pour l'année n-1, il correspond au nombre de RSA une fois supprimées les erreurs décrites dans le tableau 00C.
- 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 égal 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 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 - Nombre de séjours sans erreur**

La série des tableaux présentés sous le nom de tableau 2A 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 séjours 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 : Analyse des codes de prise en charge**

#### **Tableau 03 A : Répartition des codes de prise en charge**

Ce tableau présente, selon le code de prise en charge :

- Les séjours ou séances (en effectif et %)
- Les factures nulles (en effectif et %)
- Les nouveaux-nés en CMD 15 (en effectif et %)

Les 2 dernières lignes indiquent le nombre de séjours qui ne seront pas pris en compte dans la suite des analyses (qui correspondent aux factures nulles hors NN) et le nombre de séjours effectivement traités.

#### **Tableau 03 B : Casemix des séjours non pris en compte**

Ce tableau présente le casemix des séjours non pris en compte identifiés dans le tableau 03 A.

### **Tableaux 04 – Contrôle/Cohérence : Analyse des données déjà envoyées**

#### **Tableau 04 A (Comparaison case-mix pour les séjours pris en compte dans l'activité)**

Le tableau 04 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 d'avril, ce tableau compare les GHM envoyés au 1<sup>er</sup> trimestre aux GHM du 1<sup>er</sup> trimestre envoyés pour la transmission du mois avril.

#### **Tableau 04 B (Couples de GHM différents pour les séjours pris en compte dans l'activité)**

Le tableau 04 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 d'avril, ce tableau présentera les couples de GHM différents par séjour au 1<sup>er</sup> trimestre, entre l'envoi du 1<sup>er</sup> trimestre et l'envoi du mois d'avril.

### **Tableau 05 – 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 06 – 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 07 – 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 08 – 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 09 – 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 (type 1), au nombre de venues (type 2) ou au nombre de séances (type 3)
- Nombre séjours avec Z7580 (PIE type A) ; correspond au nombre de séjours/séances ayant un diagnostic associé Z7580, correspondant à la réalisation d'un acte dans un autre établissement (prestation inter-établissement de type A)
- Nombre séjours Mode Entrée=7 et Mode sortie=7
- Nombre séjours Mode Entrée=6 et Mode sortie=6
- Nombre séjours multiUM

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

## Tableau 10 – Activité : Analyse des séjours de mort-nés

Les tableaux 10 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 10 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 ( $\geq 1$  mort-né) et Z37.7 ( $\geq 3$  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 10 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 ( $< 100\text{gr}$  /  $100$  à  $499\text{gr}$  /  $\geq 500\text{gr}$  / 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  $\geq 500$ gr, 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 11 – Activité : Analyse des séjours en fonction du mode d'entrée

Le **tableau 11 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<sup>ère</sup> 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<sup>ème</sup> 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 11 B** ne concerne que les séjours hors CMD 14, 15 et 28. Ainsi, il décompose la 2<sup>ème</sup> 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 12 - 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

### Tableau 13 - 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

<b>Tableau 14 - Activité : Casemix G.H.M. - hors séances</b>
--

Ce tableau présente les colonnes suivantes :

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

<b>Tableau 15 – Contrôle/Cohérence : Effet de la DMS sur le nb de journées produite par l'établissement</b>
---

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

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

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

<b>Tableau 16 – Contrôle/Cohérence : Analyse des GHM ayant les écarts de DMS les plus forts avec la Base Nationale</b>
--

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

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

Ce tableau propose par GHM

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

### **Tableaux 18 - 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 19 - Activité : Analyse de la chirurgie ambulatoire et des GHM en J**

Le **tableau 19A, 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 19B, 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 20 – Contrôle/Cohérence : Répartition des codes géographiques**

#### **Tableau 20A : Répartition des codes géographiques par type de séjours (présentation d'au moins 85% des séjours par type)**

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

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

#### **Tableau 20B : Répartition des codes géographiques erronés ou manquants**

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

### **Tableau 21 - 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

<b>Tableau 22 - Activité : Actes de radiothérapie en hospitalisation</b>
--

Ce tableau présente la répartition du nombre d'actes de radiothérapie (9610, 9619, 9620, 9621, 9622, 9623, 9624, 9625, 9631, 9632, 9633) et 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 payé en sus autre GHM

<b>Tableaux 23 - Activité : Unités médicales, autorisation déclarées et nombre de suppléments</b>
---

**Tableau 23 A : Unités médicales et autorisation 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 23B : Nombre et type de suppléments par unité médicale**

Ce tableau présente, pour les unités médicales donnant lieu à la production de 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 23 C : Nombre de suppléments déclarés et valorisés**

Ce tableau présente le nombre de suppléments calculés dans le RSA :

- Nb suppléments REA
- Nb suppléments de REA pédiatrique
- Nb suppléments STF
- Dont nb suppléments STF issu de réa
- Nb suppléments SRC
- Nb suppléments NN1
- Nb suppléments NN2
- Nb suppléments NN3



## ANALYSE DU RSF

### Tableaux 24 – Contrôle/Cohérence : Analyse des retours NOEMIE

#### Tableau 24 A : Analyse de l'état de liquidation de la facture - RSFA-A

Ce tableau présente la répartition de l'état de liquidation de la facture en effectif et pourcentage (variable du RSFA-A).

#### Tableau 24 B : Analyse des natures d'opération NOEMIE - RSFB

Ce tableau présente la répartition des natures d'opération NOEMIE en effectif et pourcentage.

#### Tableau 24 C : Analyse du montant remboursé NOEMIE

Ce tableau indique le nombre de lignes et le nombre de séjours pour lesquels :

- le montant remboursé NOEMIE est rempli
- le montant remboursé NOEMIE est rempli et égal à la variable montant remboursable du RSFB
- le montant remboursé NOEMIE est rempli, égal à la variable montant remboursable du RSFB, avec une nature d'opération NOEMIE égale à 'Paiement'.

Des écarts entre le montant remboursé NOEMIE et le montant remboursable du RSFB peuvent exister, liés aux ajustements de facturation réalisés par la caisse.

### Tableau 25 – Contrôle/Cohérence : Case-mix comparé en GHS des nouveaux-nés RSF-RSA

La facturation des nouveaux-nés en T2A se fait dans la majorité des cas sur la facture de la mère. Les règles de production des RSS, imposant la réalisation de RUM pour les nouveaux-nés, entraînent la réalisation de factures nulles (RSF ne contenant qu'un RSF de type A dont tous les montants sont mis à 0). Donc on n'a pas de couplage entre les RSA et les RSF, mais on peut cependant comparer les case-mix en GHS des séjours en CMD 15 sur les fichiers de RSA produits par AGRAF et les GHS de NN que l'on retrouve sur les factures des mères (CMD 14). C'est l'objet de ce tableau.

Normalement les 2 case-mix devraient être parfaitement superposables. Notons que les erreurs peuvent être liées à la production des RSS ou des RSF.

Exemple d'erreur lié au RSS : production d'une facture de nouveau-né par accouchement et pas par naissance. On a donc un seul RSA dans le cas de jumeaux ou de triplés.

Exemple d'erreur lié à la facturation : Ce n'est pas le bon GHS qui est facturé.

### Tableau 26 – Activité: Analyse mère - enfant

Ces tableaux sont présentés à partir de Mars. Ils peuvent être réalisés uniquement si l'établissement a correctement renseigné la variable du RSF-A pour les nouveau-nés : [Numéro de facture du séjour de la mère].

Le **tableau 26A** indique :

- Le nombre total de séjours où le chainage mère – enfant a pu se faire (1) : c'est-à-dire ceux pour lesquels le numéro de facture du séjour 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 pris en compte (cf tableau 00C) (2)
- Dont les séjours d'accouchement sans diagnostic Z370, Z372, Z373, Z375, Z376 (3).
- Les séjours traités dans le tableau 26 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 26B** présente, selon le « type » d'hospitalisation (NN hospitalisé auprès de la mère / Pas d'hospitalisation du NN auprès de la mère) 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).

<p><b>Tableau 27 – Contrôle/Cohérence : Séances de chimiothérapie, transfusion, caisson hyperbare et apherèse sanguine (hors facture nulle NN)</b></p>
--

Les règles de facturation pour les séances autorisent la réalisation de factures contenant plusieurs lignes de GHS où théoriquement la quantité doit être égale à 1, car les dates de réalisation doivent être indiquées. Les règles de production des RSS autorisent la réalisation d'un seul enregistrement pour plusieurs séances.

La chimiothérapie correspond au GHM 28Z07Z et au GHS 9606.

La chimiothérapie non tumorale correspond au GHM 28Z17Z et au GHS 9616.

Les séances de transfusion sanguine correspondent au GHM 28Z14Z et au GHS 9613.

Les séances de caisson hyperbare correspondent au GHM 28Z15Z et au GHS 9614.

Les séances d'aphérèses sanguines correspondent au GHM 28Z16Z et au GHS 9615.

Le tableau 27 présente les décomptes suivants par type de séances (chimiothérapie, chimiothérapie non tumorale, transfusion, caisson hyperbare ou apherèse sanguine) :

- Nombre de séances fichier de RSA : somme du champ 'nombre de séances' pour le GHM correspondant
- Nombre de séances fichier de RSF : somme du champ 'quantité' du RSF pour les lignes comportant un code 'GHS' et le numéro de GHS correspondant
- Nombre de RSA ayant un nombre de séances et de GHS facturé différent : il s'agit de RSA dont le nombre de séances est différent de celui des GHS facturés dans le RSF associé
- Nombre de RSA séance sans GHS facturé : Incohérence de groupage : le RSS de séance est couplé à un GHS qui n'en est pas
- Nombre de GHS facturés sans RSA séances : Incohérence de groupage : Pb inverse au précédent

Pour les caissons et les apherèses sanguines, on rajoute deux lignes supplémentaires :

- Nombre de suppléments fichier de RSF
- Nombre de suppléments fichier de RSA

**Tableau 28 – Contrôle/Cohérence : Analyse des séances de dialyse (hors facture nulle NN)**

Les règles de facturation pour la dialyse sont similaires à celles de la chimiothérapie pour ce qui est des dialyses réalisées en ambulatoire. Par contre pour celles réalisées dans le cadre d'une hospitalisation, la facture comprendra un code prestation de type 'D0x' ou 'D1x' en plus du GHS de la prise en charge. Le RSS, lui devra contenir un acte de dialyse.

Le tableau 28 présente les décomptes suivants :

- Nombre de séances de dialyse fichier de RSA
- Nombre d'actes de dialyses fichier de RSA
- Nombre de prestations 'Dxx' fichier de RSF
- Dont nombre de prestations 'Dxx' dans une facture avec prestation GHS. Ils doivent correspondre aux actes de dialyse
- Nombre de RSA avec un nombre de séances (28Z) différent du nombre Dxx du RSF associé (hors factures avec prestation GHS)
- Nombre de RSA groupé en 28Z sans prestation Dxx (hors factures avec prestation GHS)
- Nombre de RSF avec prestation 'Dxx' (hors factures avec prestation GHS) sans RSA groupé en 28Z

**Tableau 29 – Contrôle/Cohérence : Différences de groupage AGRAF RSF - hors dialyse et NN**

Ce tableau présente les différences de groupage en GHS entre AGRAF et les RSF. Le GHS 9999 est obtenu lorsque le GHM correspondant (dans le RSA) n'a pas de correspondance en GHS : il peut s'agir d'un GHM d'IVG ou d'un groupage en erreur. Il donne également les montants en base de remboursement dans les 2 cas.

**Tableau 30 – Contrôle/Cohérence : Analyse comparative des EXH - Fichier de RSF et RSA (hors facture nulle NN)**

Ce tableau présente les décomptes suivants :

- Nombre d'EXH fichier de RSA : nombre total d'EXH calculés sur fichier RSA
- Nombre d'EXH fichier de RSF : nombre total d'EXH facturés sur fichier de RSF
- Nombre d'enregistrements avec des différences d'EXH : il s'agit des différences entre le nombre calculé et le nombre facturé sur les couples RSA-RSFA
- EXH facturé associé à un groupage différent RSF-RSA : Dans le cas d'une différence de groupage les bornes ne sont plus les mêmes et donc peuvent engendrer des facturation d'EXH non prévue

**Tableaux 31 – Contrôle/Cohérence : Suppléments de réanimation, surveillance continue, soins intensifs et néonatal (hors facture nulle NN)**

Il s'agit de l'analyse des suppléments liés à la T2A.

Ce tableau présente pour chacun des suppléments REA, SRC, REP, STF, NN1, NN2, NN3 et ANT :

- le nombre de suppléments dans le RSFB
- le nombre de séjours correspondant
- le nombre de suppléments dans le RSA
- le nombre de séjours correspondant
- le nombre de séjours avec un nombre de suppléments différent dans le RSA et dans le RSFB
- Nb RSF associé à un RSA sans type d'UM correspondant. Cette colonne ne concerne pas le supplément ANT
- Nb RSF associé à un RSA sans condition de facturation : Cette colonne ne concerne que les suppléments REA et SRC et indique s'il y a présence d'un indicateur REA ou SRC dans le RSA.

### **Tableaux 32 – Valorisation : Codes prestations**

Le **tableau 32A** donne l'ensemble des codes prestations facturés dans les RSF de type B (RSF de type C pour les codes FSD et VDE), ainsi que le montant base remboursement et le montant AM qu'ils représentent. Est aussi indiqué le montant AM des RSF avec une information NOEMIE ok, ce qui correspond à un état de liquidation de la facture égal à 1 (liquidation complète) et/ou à une nature d'opération NOEMIE égale à 'PAI'.

Le tableau est divisé en trois : hospitalisation complète, activité externe (pour les ATU, FFM, SE, FSD, VDE et APE) et forfaits de dialyse sans RSS.

Le **tableau 32B** présente les codes que l'on ne retrouve pas dans la norme B2.

### **Tableaux 33 – Valorisation : Case-Mix GHS**

Le **tableau 33 A1** présente le case-mix des GHS (hors facture avec GHS de nouveau-né) et des IVG, basés sur les RSF. Ce n'est pas celui des RSA, s'il y a des différences de groupage (cf tableau 28), c'est celui des RSF qui est présenté.

Le **tableau 33 A2** présente le même case-mix par racine et le **tableau 32 A3** par niveau.

Le **tableau 33 B** présente le case-mix GHS des factures avec GHS de nouveaux-nés pour les lignes de RSFB autres que celles ayant un GHS NN. Il devrait normalement correspondre aux factures des mères.

Le **tableau 33 C** présente le case-mix GHS des factures avec GHS de nouveaux-nés pour les lignes de RSFB avec un GHS de nouveau-né.

Le **tableau 33 D** présente le case-mix facturation pour les dialyses.

### **Tableaux 34 – Contrôle/Cohérence : Analyse comparative RSFB prothèses/RSFP et RSFB médicaments/RSFH**

Le **tableau 34 A Comparaison RSFB prothèse/RSFP** présente le nombre de séjours, le montant PII/PME et le montant ETI pour :

- Les RSFB prothèse sans RSFP associé

- Les RSFP sans RSFB prothèse associé
- Les RSFP avec RSFB prothèse avec montant identique
- Les RSFP avec RSFB prothèse, montant différent (on considère les montants différents si la différence est supérieure à 1 euro)
  - Dont les RSFP avec un montant supérieur au RSFB
  - Dont les RSFB avec un montant supérieur au RSFP

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

Le **tableau 34 B Comparaison RSFB médicament/RSFH** présente le nombre de séjours, le montant PH8 et le montant EMI pour :

- Les RSFB médicament sans RSFH associé
- Les RSFH sans RSFB médicament associé
- Les RSFH avec RSFB médicament avec montant identique
- Les RSFH avec RSFB médicament, montant différent (on considère les montants différents si la différence est supérieure à 1 euro)
  - Dont les RSFH avec un montant supérieur au RSFB
  - Dont les RSFB avec un montant supérieur au RSFH

Les codes prestations médicament pris en compte pour les RSFB sont : PH8 et EMI.

<b>Tableaux 35 – Valorisation : Analyse des RSFP</b>
--

Ces tableaux présentent les codes LPP correspondant aux codes prestation PII et PME du RSFB.

Le **tableau 35 A** présente la répartition des codes de prothèses du RSFP (quantité, dépense établissement, dépenses autorisées, dépenses accordées, écart).

Les tableaux **35B à D** 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 oubli de l'acte de pose (n'aurait pas dû être groupé dans cette racine) (3)** : Ici l'acte de pose n'a pas été saisi dans le RSA.
- **Racines avec DM improbable (4)** : Ces racines ne devraient pas être concernées par un DMI.

**Tableau 35B : 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 35C : 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 35D : 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

<b>Tableaux 36 – Valorisation : Analyse des RSFH</b>
--

Ces tableaux présentent les codes UCD correspondant au code prestation PH8 du RSFB.

Le **tableau 36 A** présente la répartition des codes de médicaments du RSFH (quantité, dépense établissement, dépenses autorisées, dépenses accordées, écart).

Le **tableau 36 B** présente les diagnostics principaux retrouvés par groupe d'UCD. Pour faciliter la lecture les DP sont présentés sur 3 caractères. Le diagnostic relié est présenté à la place du diagnostic principal, si le diagnostic principal commence par 'Z'.

<b>Tableaux 37 – Contrôle/Cohérence : Analyse des RSFI</b>
--

Le **tableau 37 A** présente la répartition des établissements de transfert, de retour ou de lieu

d'exécution de l'acte du RSFI.

Le **tableau 37 B** présente la répartition des interruptions de séjour.

### **Tableaux 38 – Valorisation: Tableau de Synthèse Séjours**

Ce tableau reprend différents éléments calculés dans les tableaux précédents.

Il est séparé en 15 parties : Séjours, Présence des mois de transmission, Chainage, Code de prise en charge, Modification casemix, Codes géographiques, UM et suppléments, Casemix GHM par niveau, Etat de liquidation de la facture, Différence de groupages AGRAF RSF, Valorisation, Codes prestation RSF, DMI, Molécules onéreuses, Nature de fin de séjour.

### **Tableau 39 - 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](http://stats.atih.sante.fr/sihnat/analyse_conso_prod/notice_matrice_2010.zip) → Annexe\_ARS.pdf

### **Tableaux 40 – Activité : Analyse des médicaments avec ATU**

Le **tableau 40A, Médicaments avec ATU**, présente par code UCD pour les médicaments avec ATU :

- le nombre d'UCD administrées lors des séjours pris en compte
- le montant FICHCOMP correspond aux UCD des séjours pris en compte

Les séjours pris en compte correspondent aux séjours non supprimés dans les tableaux 00C et 03A.

Le **tableau 40B, 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 41 – Activité : 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 41A, Répartition des codes UCD de thrombolytiques**, présente par UCD :

- le nombre d'UCD transmis dans FICHCOMP
- le nombre d'UCD administrées lors des séjours pris en compte

Les séjours pris en compte correspondent aux séjours non supprimés dans les tableaux 00C et 03A.

Les deux tableaux qui suivent ne traitent que les UCD administrées lors des séjours pris en

compte.

**Le tableau 41B, Case-mix GHM/GHS des séjours avec thrombolytiques**, présente par GHM/ GHS :

- 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 41C, Diagnostic principal des séjours avec thrombolytiques**, présente par diagnostic principal :

- 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 41D, 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.



## ASSOCIATIONS DE DIALYSE

### Tableaux 01 – RSF et lignes de RSFB supprimées

Les RSF suivants sont supprimés de l'analyse :

- RSFB sans RSFA associé
- RSFB avec prestation GHS
- RSFB sans prestation dialyse
- Annulation de facture ne correspondant pas à une facture
- RSFB avec PU différent du tarif BO
- RSFB avec une base de remboursement différente du calcul : le montant BR doit être égal à :

○  $\text{tarif}_{(\text{table de référence})} * \text{quantité} * \text{coefficient} * \text{coefficient MCO}$

Seules les différences supérieures à 1 euro sont considérées comme des erreurs.

Le **tableau 01** présente les effectifs par type d'erreurs (listées plus haut), ainsi que les montants en base de remboursement concernés. Le tableau indique aussi le nombre de RSFB sans problème.

### Tableaux 02 – Codes prestations

Le **tableau 02A, Forfaits dialyse correspondant au suivi des IPA**, donne l'ensemble des codes prestations de dialyse correspondant aux IPA (= D09, D11, D12, D13, D14, D15, D16) facturés dans les RSF de type B, ainsi que le montant base remboursement et le montant AM qu'ils représentent. Est aussi indiqué le montant AM des RSF avec une information NOEMIE ok, ce qui correspond à un état de liquidation de la facture égal à 1 (liquidation complète) et/ou à une nature d'opération NOEMIE égale à 'PAI'.

Le **tableau 02B, Autres codes prestations (hors IPA)**, donne l'ensemble des codes prestations ne correspondant pas aux IPA, facturés dans les RSF de type B, ainsi que le montant base remboursement et le montant AM qu'ils représentent. Est aussi indiqué le montant AM des RSF avec une information NOEMIE ok, ce qui correspond à un état de liquidation de la facture égal à 1 (liquidation complète) et/ou à une nature d'opération NOEMIE égale à 'PAI'.

Le **tableau 02C, Codes prestations n'appartenant pas à la norme B2**, présente les codes que l'on ne retrouve pas dans la norme B2.

### Tableaux 03 – Analyse RSFH (molécules onéreuses)

Ces tableaux présentent les codes UCD correspondant au code prestation PH8 du RSFB.

Le **tableau 03 A Comparaison RSFB médicament/RSFH** présente le nombre de séjours, le montant PH8 et le montant EMI pour :

- Les RSFB médicament sans RSFH associé
- Les RSFH sans RSFB associé

- Les RSFH avec RSFB médicament avec montant identique
- Les RSFH avec RSFB médicament, montant différent (on considère les montants différents si la différence est supérieure à 1 euro)
  - Dont les RSFH avec un montant supérieur au RSFB
  - Dont les RSFB avec un montant supérieur au RSFH

Les codes prestations médicament pris en compte pour les RSFB sont : PH8 et EMI.

Le **tableau 03 B, Valorisation des codes UCD**, présente la répartition des codes de médicaments du RSFH (quantité, dépense établissement, dépenses autorisées, dépenses accordées, écart).

## 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