

GUIDE DE LECTURE DES TABLEAUX MAT2A HAD

PMSI EN HOSPITALISATION A DOMICILE

Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation, Juin 2013

INTRODUCTION - OBJECTIFS :

Les spécifications de l'outil MAT2A-HAD (mesure de l'activité hospitalière - tarification à l'activité - en hospitalisation à domicile) ont été élaborées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) en collaboration avec un groupe de travail constitué de professionnels du secteur de l'HAD, et en relation avec la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) du ministère de la Santé.

Cet outil est accessible aux établissements de santé, ayant une activité autorisée pour l'HAD, ainsi qu'aux organismes de tutelle de ces établissements, agences régionales de l'hospitalisation (ARH), directions régionales de l'action sanitaire et sociale (DRASS), caisses régionales de l'assurance maladie (CRAM), au travers de la plateforme de services e-PMSI.

Par un ensemble de tableaux, cet outil synthétise les informations transmises par les établissements dans le cadre du PMSI en HAD, soit les fichiers des résumés anonymes par sous-séquence (RAPSS) et, pour les établissements anciennement sous dotation globale, un fichier complémentaire des dépenses en molécules onéreuses.

L'objectif est de permettre aux établissements comme aux organismes de tutelle :

- de vérifier la conformité des données transmises et le cas échéant de les valider,
- de disposer d'éléments quantifiés décrivant de façon synthétique, les différents aspects de l'activité des établissements, ce dans la mesure des informations recueillies.

En outre, l'utilisation de l'internet comme support de restitution ouvre la possibilité de copier électroniquement les tableaux d'activité dans d'autres logiciels en vue d'un usage interne et ce sans retranscription des valeurs.

Ce guide présente une description du contenu de chaque tableau, selon l'ordre de leur numérotation, ainsi qu'un ensemble de remarques préliminaires générales. En annexe, la liste des membres du groupe de travail est présentée.

REMARQUES :

Pour rappel, **jusqu'en mars 2007**, les établissements d'HAD transmettent trimestriellement leurs données, par e-PMSI. Cette transmission intervient dans le mois suivant la fin de chaque trimestre et est cumulative depuis le début de chaque année civile. En pratique :

- Avant la fin du mois d'avril de l'année N :
tous les RAPSS dont la date de fin est comprise entre le 1^{er} janvier et le 31 mars de l'année N
- Avant la fin du mois de juillet de l'année N :
tous les RAPSS dont la date de fin est comprise entre le 1^{er} janvier et le 30 juin de l'année N
- Avant la fin du mois d'octobre de l'année N :
tous les RAPSS dont la date de fin est comprise entre le 1^{er} janvier et le 30 septembre de l'année N
- Avant la fin du mois de janvier de l'année N+1 :
tous les RAPSS dont la date de fin est comprise entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre de l'année N.

A compter d'avril 2007, le rythme de transmission devient mensuel, définissant 10 périodes : 1/1 au 31/3, 1/1 au 30/4, 1/1 au 31/5, 1/1 au 30/6, 1/1 au 31/7, 1/1 au 31/8, 1/1 au 30/9, 1/1 au 31/10, 1/1 au 30/11, 1/1 au 31/12.

A compter de 2012, le format de RPSS permet de recueillir plus d'informations sur les diagnostics codés en CIM 10 afin de préparer une évolution future de la classification. Il s'agit d'un **format mixte** qui permet de conserver l'ancien mode de description (en DP et DA). Il comporte :

- Un ensemble de diagnostics correspondant au MPP
- Un ensemble de diagnostics correspondant au MPA
- Un ensemble de diagnostics associés

Dans le cas d'une utilisation de l'ancien mode de description, l'ensemble des diagnostics correspondant au MPP sera composé d'un seul élément en DP, l'ensemble des diagnostics correspondant au MPA sera un ensemble vide, et l'ensemble des DA correspondra à celui de la description initiale.

Les tableaux MAT2A portant sur les diagnostics sont donc modifiés pour tenir compte de cette nouvelle description des diagnostics.

Les tableaux présentent des résultats portant sur **l'ensemble des sous-séquences terminées dans chaque période** c'est-à-dire dans les trimestres ou mois cumulés, à l'exception du tableau 1A où la période d'analyse est mensuelle.

* Les séquences :

On désigne par **séquence complète**, une séquence se terminant dans la période c'est-à-dire que la date de fin de son dernier RAPSS est incluse dans la période.

Par définition toutes les séquences ne vérifiant pas cette condition seront considérées comme incomplètes.

Dans les tableaux, les séquences mentionnées sans précision représentent l'ensemble des séquences complètes et incomplètes.

* Les séjours :

Les **séjours complets et incomplets** sont définis de la même façon que les séquences complètes et incomplètes

*** Les journées de présence :**

Les **journées de présence** correspondent à toutes les journées des RAPSS transmis sur la période. Certains jours peuvent donc être situés avant le début de la période.

Par exemple, un RAPSS où :

- date de début de sous-séquence : le 28 décembre 2004

- date de fin de sous séquence : le 04 janvier 2005

sera transmis dans le 1^{er} trimestre 2005.

Les 8 journées de présence de ce RAPSS apparaîtront dans les résultats du 1^{er} trimestre 2005

LISTE DES TABLEAUX DE SYNTHÈSE DE L'ACTIVITÉ

TABLEAU 1A - Synthèse d'activité mensuelle	6
TABLEAU 1B - Synthèse d'activité et valorisation	6
TABLEAU 1C – Synthèse des codes retours de groupage (jusqu'en M12 2010)	8
TABLEAU 1C – Prise en charge EHPA (à partir de M1 2011) / Prise en charge ES/EMS (à partir de 2013)	9
TABLEAU 1D – Chaînage : Contrôle des codes retour de génération des fichiers anonymes	10
TABLEAU 1E – Analyse des informations permettant le calcul du taux de remboursement	13
TABLEAU 1F – Synthèse des contrôles sur le séquençement	14
TABLEAU 1G – Description quantitative des informations manquantes comme non au format	15
TABLEAU 1H – Synthèse des erreurs identifiées par la fonction groupage	16
TABLEAU 2 – Caractéristiques démographiques des patients sur la base des séjours	16
TABLEAU 3 – Répartition des codes géographiques du domicile des malades	17
TABLEAU 4 – Modes d'entrée et de sortie pour la période sur les séjours complets	17
TABLEAU 5 – Analyse du mode de prise en charge principal (MPC)	18
TABLEAU 6A – Analyse des combinaisons des modes de prise en charge principal et mode de prise en charge associé	18
TABLEAU 6B - Analyse des modes de prise en charge associés documentaires	19
TABLEAU 7A – Distribution des valeurs de l'indice de Karnofsky	19
TABLEAU 7B – Catégories de valeurs du score de dépendance	19
TABLEAU 8 – Analyse des groupes homogènes de prise en charge (GHPC) représentant 80% de l'activité sur la base du nombre de journées de présence	20
TABLEAU 9A - Analyse du diagnostic principal (DP) représentant 80% de l'activité sur la base du nombre de journées de présence (jusqu'en 2011)	20
TABLEAU 9A - Analyse des diagnostics liés au MPP et des diagnostics liés au MPA (à compter de 2012)	21
TABLEAU 9B - Analyse des diagnostics associés	21
TABLEAU 9C - Analyse des actes médicaux codés en CCAM	22
TABLEAU 10 - Analyse par groupe homogène de tarif (GHT)	22

TABLEAU 11 – Analyse par tranche de durée de séquence sur la base des séquences complètes	22
TABLEAU 12 - Valorisation des dépenses de molécules onéreuses	23
TABLEAU 13 – Valorisation des séjours en AME	24
TABLEAU 14 - Evolution des montants mensuel par période de transmission par type de prestation	26
TABLEAU 15 - Modes de recueil des diagnostics	26
TABLEAU 16 - Analyse des médicaments avec ATU	26
TABLEAU 20 – Analyse du fichier de RSF	28
TABLEAU 21 – Description de la variable Séjour facturable à l’AM	28
TABLEAU 22 – Analyse des retours NOEMIE	28
TABLEAU 23 – Différence de groupage RSF / PAPRICA	29
TABLEAU 24 – Codes prestation RSF-B	29
TABLEAU 25 – Case-mix GHT (issu du RSF)	29
TABLEAU 26 – Analyse du RSF-C	29
TABLEAU 27 – Analyse du RSF-H	30
TABLEAU 28 – Analyse du RSF-I	30

PRESENTATION DES TABLEAUX DE SYNTHESE DE L'ACTIVITE

TABLEAU 1A - Synthèse d'activité mensuelle

Sur la base des RAPSS se terminant dans le mois, ce tableau présente par mois les variables décrites ci-dessous (à partir de 2006 la comparaison aux données de la même période de l'année précédente sera ajoutée à ce tableau) :

- le nombre de RAPSS
- le nombre de RAPSS non valorisés. Il s'agit des RAPSS non groupés du fait d'une erreur bloquante (GHT=99)
- le nombre de journées de présence

Remarque : ces tableaux ont pour objet l'analyse de la saisonnalité. Ils permettent également de conserver une vue mensuelle sachant que pour les autres tableaux l'information est analysée sur l'ensemble de la période couverte par la transmission.

TABLEAU 1B - Synthèse d'activité et valorisation

Ce tableau présente les variables décrites ci-dessous :

- le nombre de RAPSS
- le nombre de journées de prise en charge : correspond au nombre total de journées transmises
- Dont nombre de journées prise en charge au domicile du patient (à partir de 2007)
- Dont nombre de journées de prise en charge en EHPA (à partir de septembre 2007) ou en ES/EMS (à partir de 2013)
- Dont nombre de journées de prise en charge en EHPAD (à partir de mars 2013)
- Dont nombre de journées de prise en charge en EMS hors EHPAD (à partir de mars 2013)
- Dont nombre de journées de prise en charge en ES (à partir de mars 2013)

Pour ces trois derniers indicateurs, qui correspondent aux nouvelles modalités de la variable "type de lieu de domicile du patient", la comparaison avec l'année n-1 n'est pas possible en 2013.

- le nombre de séquences complètes dans la période
- le nombre de séquences incomplètes dans la période
- le nombre de séjours complets dans la période
- le nombre de séjours incomplets dans la période
- le nombre de patients (sous réserve d'un chaînage correct)
- le nombre moyen de modes de prise en charge associés : mode de prise en charge associé et modes de prise en charge associés documentaires (à partir de 2007)
- le nombre moyen de diagnostics associés (à partir de 2007) / ou le nombre moyen de diagnostics à partir de 2012 (correspond aux diagnostics liés au MPP, diagnostics liés au MPA et diagnostics associés)
- la durée moyenne des sous-séquences
- la durée moyenne des séquences complètes
- la durée moyenne des séjours complets
- le nombre moyen de séjours (complets et incomplets) par patient (sous réserve d'un chaînage correcte)

Et pour les établissements ex-OQN :

- la valorisation brute en Euros. Elle correspond à la valorisation théorique de l'ensemble des RAPSS en fonction de leurs GHT d'affectation.
- Le nombre de séjours avec informations TM (pour les établissements ex-OQN jusqu'en M10-2010)

Le **tableau 1B EHPA**, reprend les éléments du tableau 1B pour les RAPSS ayant eu lieu en EHPA. A compter de M1 2011, cette section est placée dans le tableau 01C.

Pour les **établissements anciennement sous DG**, à compter de M11 2007, 2 nouveaux tableaux 1B concernant spécifiquement la valorisation ont été ajoutés.

Tableau 1B Valorisation – Analyse du nombre de journées

Ce tableau présente en nombre de journées et en nombre de RAPSS correspondant :

- (1) Le nombre de journées transmises
- (2) Le nombre de journées en erreur : correspond aux journées en GHT 99
- (3) Le nombre de journées avec sortie transfert ou mutation : à compter du 01/03/2007, conformément à l'arrêté du 28/02/2007 relatif aux prestations d'hospitalisation, le dernier jour de présence (*i.e.* jour de transfert) de ces séjours n'est pas valorisés
- (4) Le nombre de journées EHPA hors convention

Les lignes suivantes concernent des erreurs propres à la valorisation en mode STC.

A compter du traitement du 3ème trimestre de 2006 et pour les établissements anciennement sous DG, les règles de remplacement du taux de prise en charge moyen par l'assurance maladie par le taux effectif de chaque séjour, comme prévu par la circulaire DHOS n°269 du 19 juin 2006, est mise en œuvre. Pour chaque séjour, les informations relatives à l'exonération éventuelle du ticket modérateur, de la nature de l'assurance ainsi que de la situation vis-à-vis de l'assurance maladie et figurant dans le fichier de chaînage, sont utilisées pour déterminer la part des prestations (GHT) prise en charge par l'assurance maladie conformément à ses règles.

- (5) Le nombre de journées avec problème de chaînage : elles correspondent aux séjours dont les codes retour (du fichier VIDHOSP) 'Contrôle fusion ANO-HOSP/HOSP-PMSI' ou 'Contrôle fusion ANO-PMSI/Fichier PMSI' sont en erreur
- (6) Le nombre de journées avec problème de codage des variables bloquantes (fichier VIDHOSP) : Ce sont les variables servant à calculer le taux de prise en charge du patient si celui-ci n'est pas renseigné dans le fichier VIDHOSP : code justification d'exonération du TM, nature d'assurance, séjour facturable à l'assurance maladie
- (7) Le nombre de journées non facturables à l'Assurance Maladie : correspond aux séjours dont la variable 'séjour facturable à l'AM' du fichier VIDHOSP est codée à 0 ou 3 (séjour non facturable ou séjour en attente de décision sur les droits du patient)
- Le nombre de journées valorisées : est égal à (1)-(2)-(3)-(4)-(5)-(6)-(7)
- Le nombre de journées avec incohérences dans le fichier de convention, comptabilisées à partir de mars 2013. Les journées concernées ne seront plus valorisées à partir des envois M9 2013. Elles correspondent (cf. tableau 1C) :
 - o Soit à des journées de prise en charge en EHPAD ou en EMS hors EHPAD (variable type de lieu de domicile du patient = 3 ou 4 dans le RAPSS) sans forfait de soins (variable code forfait de soins = 0 dans le fichier de convention HAD-ESMS)
 - o Soit à des journées de prise en charge en établissement social (variable type de lieu de domicile du patient = 5 dans le RAPSS) avec forfait de soins (variable code forfait de soins ≠ 0 dans le fichier de convention HAD-ESMS)

- Soit à des journées réalisées par des ES/EMS ayant plusieurs modalités de la variable type de lieu de domicile, pour une même période de convention

Tableau 1B Valorisation – Valorisation en mode Standard ou en mode STC

Ce tableau présente :

- Le coefficient géographique
- La fraction T2A : C'est la part de budget défini en fonction de l'activité (100% en 2007 ; cette information n'est plus présentée à compter de M1 2011)
- Le nombre de journées valorisées (cf. tableau précédent)
- La valorisation brute : Elle correspond à la valorisation théorique de l'ensemble des RAPSS en fonction de leurs GHT d'affectation.
- La valorisation corrigée : elle correspond à la valorisation brute multipliée par le coefficient géographique et par le coefficient prudentiel à partir de mars 2013
- Dont valorisation en EHPA ou en ES/EMS (à compter de 2013)
- La valorisation T2A : valorisation corrigée pondérée de la fraction T2A (cette information n'est plus présentée à compter de M1 2011)
- La valorisation Assurance Maladie : valorisation T2A pondérée du taux de remboursement

TABLEAU 1C – Synthèse des codes retours de groupage (jusqu'en M12 2010)
--

Ces deux tableaux renseignent sur les erreurs rencontrées lors du groupage en indiquant :

- le code retour de l'erreur
- le libellé de l'erreur
- les RAPSS concernés par ce type d'erreur : en effectif brut et en répartition
 - Les fréquences relatives de la colonne « Répartition en % » sont calculés en rapportant le nombre de RAPSS de chaque ligne au nombre total des RAPSS transmis.

Les codes erreurs de groupage en retour sont présentés triés par ordre décroissant de leur nombre observé.

Le premier tableau indique les codes retours bloquants ; le second tableau, les codes retours non bloquants.

Pour rappel, dans le RAPSS, ne figure qu'un seul code retour d'erreur de groupage ; si plusieurs erreurs ont été détectées, c'est celle dont la valeur est la plus basse qui est retournée par la fonction groupage. Un RAPSS contenant plusieurs erreurs ne sera donc compté qu'une seule fois dans ces deux tableaux.

La liste exhaustive des codes retours d'erreur de groupage figure dans le guide méthodologique consultable à l'adresse suivante :

<http://www.atih.sante.fr/?id=0004F00002FF>

A compter du M10 2007, deux nouveaux tableaux sont ajoutés :

Le 1^{er} **tableau 1C EHPA** (Conventions HAD-EHPA) reprend les éléments transmis dans le fichier complémentaire « Conventions EHPA ». Il présente par EHPA :

- le code forfait de soins
- la date de début de la convention
- la date de fin de convention (facultatif)

Le 2^{ème} **tableau 1C EHPA** (Analyse des journées de prise en charge par EHPA) présente par EHPA :

- le nombre de journées de prises en charge : correspond au nombre total de journées transmises
- le nombre de journées valorisées hors problème de convention EHPA
- le nombre de journées supprimées par PAPRICA : Les journées de prises en charge situées en dehors des dates de validité de la convention sont supprimées par PAPRICA
- le nombre de journées valorisées

TABLEAU 1C – Prise en charge EHPA (à partir de M1 2011) / Prise en charge ES/EMS (à partir de 2013)
--

A compter de 2013, la notion d'EHPA est élargie à tous les établissements sociaux et médicaux-sociaux (ES/EMS). Le terme EHPA est donc remplacé dans les tableaux par ES/EMS.

Le tableau 1C, réalisé à compter de M1 2011, comprend les tableaux suivants :

Le **tableau 1C1**, Synthèse d'activité ES/EMS (anciennement tableau 1B EHPA), reprend les éléments du tableau 1B pour les RAPSS ayant eu lieu en ES/EMS.

Le **tableau 1C2 A, Conventions HAD- ES/EMS** (anciennement tableau 1C EHPA), reprend les éléments transmis dans le fichier complémentaire « Conventions HAD-ESMS ». Il présente par ES/EMS :

- le Finess et sa raison sociale (à partir de 2013)
- le code catégorie issu de la base FINESS (à partir de 2013)
- une variable indiquant si l'établissement est un EHPAD (à partir de 2013). Cette variable est calculée à partir de la base FINESS (mode de fixation des tarifs appartient à l'ensemble {09,11,20,21,22,23,24,25,26})
- le code forfait de soins
- le type de lieu de domicile du patient (issu du RAPSS)
- la date de début de la convention
- la date de fin de convention (facultatif)
- une dernière colonne indique si l'ES/EMS a plusieurs modalités pour la variable type de lieu de domicile dans la même période de convention (à partir de 2013)

A partir de Mars 2013, ce tableau permet donc de détecter plusieurs incohérences :

- Un type de lieu de domicile égal à 'EHPAD' ou 'EMS hors EHPAD' sans forfait de soins
- Un type de lieu de domicile égal à ES avec un forfait de soins
- Plusieurs types de lieu de domicile pour un même Finess

A partir des envois M9 2013, les journées correspondantes ne seront plus valorisées pour les établissements ex-DGF (cf tableau 1B valorisation)

Le tableau 1C2 B reprend les mêmes informations que le tableau 1C2 A, pour les Finess ES/EMS non retrouvés dans la base FINESS. La raison sociale et le code catégorie, issus de cette base, n'apparaissent donc pas dans ce tableau.

Cette situation correspond :

- Soit à des erreurs de saisie

- Soit à l'utilisation d'un Finess juridique au lieu d'un Finess géographique
- Soit à des numéros non inscrits dans la base FINESS

Les 2 dernières situations sont à corriger par contact avec l'ARS

Le 3^{ème} **tableau 1C3**, Analyse des journées de prise en charge par EHPA (anciennement tableau 1C EHPA), présente par ES/EMS :

- le nombre de journées de prises en charge : correspond au nombre total de journées transmises
- le nombre de journées valorisées hors problème de convention ES/EMS
- le nombre de journées supprimées par PAPRICA : Les journées de prises en charge situées en dehors des dates de validité de la convention sont supprimées par PAPRICA
- le nombre de journées avec incohérences (repérées dans le tableau 01C2). **Ces journées seront déduites du nombre de journées valorisées à partir des envois M9 2013.**
- le nombre de journées valorisées

<p>TABLEAU 1D – Chaînage : Contrôle des codes retour de génération des fichiers anonymes</p>

L'ensemble des 6 premiers tableaux permet de contrôler si le chaînage est correct en présentant les anomalies éventuelles rencontrées dans le processus de chaînage.

Chaque tableau, présente les informations suivantes :

- le libellé du code retour
- la fréquence du code retour. C'est le nombre d'enregistrements ayant le code retour indiqué en colonne 1
- la part représentée par le code retour sur l'ensemble des enregistrements
- l'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
- la fréquence relative cumulée. Même information mais exprimée en pourcentage.

Les quatre premiers tableaux concernent les variables issues du traitement de 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. 'XXXXXXXXXXXXXXXX')
- 3 : Présence de caractères non numériques
- 4 : Format incorrect (i.e. ne commençant pas par '1' ou '2')
- 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.

Pour plus d'informations vous pouvez vous reporter à la page internet suivante :

<http://www.atih.sante.fr/?id=0004500118FF>

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 PAPRICA pour relier le numéro anonyme produit par MAGIC avec les RAPSS

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 numéro de RAPSS. Pour ce faire, on a besoin d'une table de correspondance entre les n° d'hospitalisation et les n° RAPSS (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 RAPSS dans fichier RAPSS mais pas dans le fichier ANO-PMSI
- 9 : Traitement impossible

Le dernier tableau présente la combinaison des 6 codes retour renseignés dans les 6 tableaux précédents.

Par exemple: pour un code 999910, il faut comprendre :

- tableau1=>code=9
- tableau2=>code=9
- tableau3=>code=9
- tableau4=>code=9
- tableau5=>code=1
- tableau6=>code=0

G. Synthèse de la procédure de chaînage des résumés PMSI

A compter de l'année 2006, a été rajouté un tableau de synthèse qui comporte les éléments d'information suivants :

- Nombre total de séjours
- Séjours sans clé de chaînage ou générée sans no. assuré social : nombre de séjours pour lesquels la mise en correspondance avec un numéro de sécurité sociale n'a pas pu être réalisée :
 - soit parce que le numéro de sécurité sociale est renseigné avec la valeur manquante (i.e. XXXXXXXXXXXXXXX),
 - soit du fait de l'absence de correspondance des numéros d'hospitalisation contenus dans le fichier des RPSS et ceux du fichier des clés de chaînage (tableaux « contrôle fusion »).
- Séjours avec une clé de chaînage générée depuis des informations non conformes ou partiellement manquantes : nombre de séjours pour lesquels une autre anomalie que celles décrites ci-dessus, a été identifiée lors de la génération la clé de chaînage
- Séjours avec une clé de chaînage générée sans erreur : nombre de séjours sans anomalie rencontrée lors des contrôles fait à l'occasion de la procédure de chaînage (cret égal à 000000)

=> Ces 3 informations synthétisent le tableau « combinaisons des types d'erreur ».

- Nombre de séjours sans incohérence de chaînage : nombre de séjours avec une clé de chaînage générée sans erreur, desquels on été enlevés :
 - les séjours où lors d'une ré-hospitalisation du même patient, il y a une incohérence sur l'âge ou le sexe ; dans ce cas l'ensemble des séjours du patient a été exclu.
 - ainsi que les séjours dont tous les RAPSS ont une erreur de groupage bloquante de l'un des types suivants :
 - 001 : numéro de séjour HAD absent
 - 002 : date de naissance au format incorrect, non renseignée ou incohérente
 - 003 : date de naissance improbable par rapport à la date d'entrée
 - 504 / 042 (à compter de 2010) : le code sexe n'appartient pas à la liste des valeurs autorisées (ou n'est pas renseigné).
- Nombre total de journées de présence (séjours sans incohérence) : nombre total de journées sur les séjours sans incohérence de chaînage
- Nombre de patients distincts (séjours sans incohérence) : nombre de patients correspond au nombre de clés de chaînage (= n° anonyme) distinctes
- Nombre d'hospitalisations simultanées : nombre de séjours successifs pour un même patient, où des journées d'hospitalisation se chevauchent
- A compter de M11-2010, indication du nombre d'hospitalisations simultanées pouvant correspondre à la prise en charge de nouveaux-nés jumeaux de même sexe (âge < à 60 jours, durée de séjour identique)
- Nombre de jours de présence simultanée : nombre de jours de présence correspond à la somme des jours de présence se chevauchant sur plusieurs séjours d'un même patient
- Nombre de réadmissions : soustraction faite des ré-hospitalisations simultanées, nombre de séjours de patients hospitalisés plus d'une fois dans la période. On compte le nombre de 2ème, 3ème, ... xème séjour dans la même période. Un patient hospitalisé 3 fois dans la période, comptera 2 réadmissions.
- Nombre de réadmissions dans un délai inférieur à 2 jours : nombre de ces ré-hospitalisations se faisant dans un délai strictement inférieur à 2 jours.
- Délai médian de réadmissions, en jours

TABLEAU 1E – Analyse des informations permettant le calcul du taux de remboursement
--

Pour le secteur ex-DGF, des tableaux décrivant les nouvelles variables du fichier VIDHOSP sont ajoutés en 2008, entraînant la renumérotation des tableaux 1E en 1F et 1F en 1G.

Si le taux VIDHOSP n'est pas renseigné, le taux de remboursement est calculé de la façon suivante :

Les séjours non pris en charge par l'assurance maladie et en attente de décision sur les droits du patient ne sont pas valorisés.

Les séjours en attente de taux de prise en charge ont un taux de remboursement forcé à 80%. Pour les séjours facturables à l'AM, si le taux de remboursement VIDHOSP n'est pas renseigné, les taux de remboursement sont calculés comme suit :

Code justification d'exonération du TM	Nature Assurance	Taux de remboursement calculé
0	10	80
9	10	90

Dans tous les autres cas le taux de remboursement est de **100%**.

Tableau 1E1 : Répartition des codes justification du ticket modérateur (en nombre de séjours et nombre de journées)

Tableau 1E2 : Répartition nature d'assurance (en nombre de séjours et nombre de journées)

Tableau 1E3 : Répartition séjour facturable à l'assurance maladie

Ce tableau présente la répartition de la variable séjour facturable à l'assurance maladie (en nombre de séjours et nombre de journées) selon que le montant remboursé par l'AM soit numérique ou non (variable de VIDHOSP).

Tableau 1E4 : Analyse du taux de remboursement VIDHOSP en fonction de la variable Séjour facturable à l'AM (à partir de mars 2008)

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

Tableau 1E5: Répartition des taux de remboursement VIDHOSP (à partir de mars 2008)

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

Tableau 1E6: Répartition code grand régime (à partir de mars 2008)

Tableau 1E7: Répartition type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire (à partir de mars 2008)

Tableau 1E8: Répartition motif de non facturation à l'Assurance Maladie (à partir de mars 2009)

Tableau 1E9 : Répartition Patient bénéficiaire de la CMU (à partir de mars 2011)

Tableau 1E10: Analyse des taux de remboursement (anciennement 1E4, puis 1E9)

Ce tableau donne la répartition croisée des variables (*séjour facturable à l'AM, code justification d'exonération du TM, nature d'assurance*) ayant servi au calcul du taux de remboursement ainsi que le taux de remboursement obtenu et le taux de remboursement rempli dans VIDHOSP.

Tableau 1E11: Répartition des taux de remboursement utilisés (anciennement 1E5, puis 1E10)

Ce tableau présente la répartition des taux de remboursement qui seront utilisés pour la valorisation (taux VIDHOSP ou taux calculé selon les cas). On distingue dans ce tableau les séjours avec un taux forcé (séjours en attente de taux, taux forcé à 80%).

TABLEAU 1F – Synthèse des contrôles sur le séquençement
--

Ce tableau renseigne sur le nombre de RAPSS qui ne suivent pas les règles de séquençement et renvoie le nombre de RAPSS par règle non respectée :

- 1- La combinaison des n° de séjour, n° de séquence et n° de sous-séquence n'est pas unique
- 2- La date de début de séquence n'est pas égale au lendemain de la date de fin de la séquence précédente
- 3- La date de début de sous-séquence n'est pas égale au lendemain de la date de fin de la sous-séquence précédente
- 4- La date de début de la première séquence d'un séjour n'est pas égale à la date d'entrée du séjour
- 5- La date de fin de la dernière séquence d'un séjour n'est pas égale à la date de sortie du séjour
- 6- La date de début de la première sous-séquence d'une séquence n'est pas égale à la date de début de la séquence
- 7- La date de fin de la dernière sous-séquence d'une séquence n'est pas égale à la date de fin de la séquence
- 8- Dans un même séjour, le numéro d'une séquence n'est pas égal à celui de la séquence précédente + 1
- 9- Dans une même séquence, le numéro d'une sous-séquence n'est pas égal à celui de la sous-séquence précédente + 1

Seules les règles où au moins un RAPSS est en erreur s'affichent dans le tableau. Les résultats de ce tableau correspondent au dénombrement des erreurs signalées dans le fichier CTL produit par PAPRICA au moment de l'anonymisation.

A compter de M11-2009, un second tableau relatif aux incohérences du séquençement des séjours et séquences en RAPSS est présenté. Les indices de ce tableau sont issus de l'analyse

du fichier des RAPSS et non de celui CTL, et présentent le résultat de tests complémentaires de cohérence du séquençement des séjours et séquences en RAPSS, qui seront intégrés dans le logiciel PAPRICA en 2010.

Les indices suivants sont présentés :

- le nombre de séjours ;
- le nombre de séjours avec plus d'une séquence ;
- le nombre de séjours avec plus d'une sous séquence ;
- le nombre de séquences ;
- le nombre de séquences avec plus d'une sous séquence ;
- le nombre de séjours avec âge inconstant (i.e. écart de plus d'une année) ;
- le nombre de séjours avec sexe inconstant ;
- le nombre de séjours avec combinaison mode d'entrée-provenance inconstante ;
- le nombre de séjours avec combinaison mode de sortie-destination inconstante ;
- le nombre de séjours avec durée de séjour inconstante ;
- le nombre de séquences avec mode de prise en charge principal inconstant ;
- le nombre de séquences avec mode de prise en charge associé inconstant ;
- le nombre de séquences avec indice de Karnofsky inconstant ;
- le nombre de séquences avec durée de séquence inconstante ;
- le nombre de séquences avec code CIM-10 de diagnostic principal inconstant : n'apparaît plus à compter de 2012
- le nombre de séquences avec score de dépendance aux activités de la vie quotidienne inconstant ;
- le nombre de séjours avec incohérence entre une date de fin de séquence et la date de début de séquence suivante (i.e. la somme du délai entre le début du séjour et le début de la séquence avec la durée de la séquence est différente du délai entre le début du séjour et le début de la séquence suivante prises dans l'ordre de leur numérotation) ;
- le nombre de séjours avec incohérence entre la durée de séjour et la somme des durées des séquences (i.e. non égales) ;
- le nombre de séjours avec incohérence entre la durée de séjour et la somme des durées des sous séquences (i.e. non égales) ;
- le nombre de séquences avec incohérence entre une date de fin de sous séquence et la date de début de sous séquence suivante (i.e. la somme du délai entre le début de la séquence et le début de la sous séquence avec la durée de la sous séquence est différente du délai entre le début de la séquence et le début de la sous séquence suivante, prises dans l'ordre de leur numérotation) ;
- le nombre de séquences avec incohérence entre la durée de séquences et la somme des durées des sous séquences (i.e. non égales).

Chaque indice est complété par l'indication de la somme du nombre de jours de présence des RAPSS correspondants, i.e. tous les RAPSS composant les séjours ayant l'incohérence figurant dans le libellé, en cas d'incohérence testée sur l'ensemble des RAPSS de chaque séjour, respectivement tous ceux composant les séquences pour des test d'incohérence portant sur les séquences.

TABLEAU 1G – Description quantitative des informations manquantes comme non au format
--

Ce tableau, proposé à compter du traitement du 3^{ème} trimestre de 2006, présente, pour chaque information, le nombre de RAPSS pour lesquels les valeurs ne respectent pas les définitions ainsi que la proportion qu'ils représentent par rapport au nombre total de résumés transmis.

Tous les résumés sont pris en compte, notamment ceux pour lesquels une erreur de groupage liée à des informations non conforme est survenue. Ce tableau s'inscrit dans le cadre d'un processus d'amélioration continue de la qualité des données du PMSI.

Les règles suivantes, issues des définitions figurant dans le guide méthodologique de production des résumés hebdomadaires standardisés (arrêté du 31/12/2004, modifié par celui du 8/8/2006,) ont été appliquées :

- l'âge doit être de format numérique et, ici, compris entre 0 et 104 ans inclus ;
- le sexe doit être codé par 1 ou 2 ;
- le code postal de résidence ne doit pas générer un code géographique de domicile se terminant par '999' ;
- le mode d'entrée combiné à la provenance doit être codé par 6 , 61, 62, 63, 64, 7 , 71, 72, 73, 74, 76, 8 , 86, 87 ou 88 ;
- le mode de sortie combiné à la destination doit être codé par 6 , 61, 62, 63, 64, 66, 7 , 71, 72, 73, 74, 76, 8 , 87, 88 ou 9 ; cette information peut être manquante (malades non sortis à la date de transmission) ;
- le mode de prise en charge principal doit être codé par 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22 ou 24 ;
- le mode de prise en charge associé doit être codé par 00, 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 24 ou 25 ;
- s'ils sont codés, les modes de prise en charge associés documentaires doivent l'être par 00, 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27 ou 28 ; (à compter de décembre 2009)
- le score de Karnofsky doit être codé par 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90 ou 100 ;
- le codage du diagnostic principal doit exclusivement utiliser les codes définis dans la classification internationale des maladies dans sa 10ème révision (CIM-10), augmentée d'une liste de codes étendus maintenue par l'ATIH. Il en est de même pour les diagnostics associés (à compter de décembre 2009). A partir de 2012, le diagnostic principal est remplacé par les diagnostics liés au MPP et une nouvelle ligne est ajoutée pour présenter les diagnostics liés au MPA.
- les scores de dépendance aux activités de la vie quotidienne (habillage, déplacement, alimentation, continence, comportement, relation) doivent être codés par 1, 2, 3, ou 4 ;

En complément, le nombre de résumés pour lesquels un groupage par l'établissement n'a pas été réalisé est indiqué. A compter de décembre 2009, le nombre de résumés ayant un groupage établissement, en GHPC, GHT comme en nombre de jours associés aux GHT, différent de celui réalisé par le logiciel d'anonymisation Paprica, est indiqué.

TABLEAU 1H – Synthèse des erreurs identifiées par la fonction groupage

Ce tableau, **réalisé à compter de l'année 2010**, donne le dénombrement de l'ensemble des différents codes erreur, avec leur libellés, détectés par la fonction groupage incluse dans le logiciel PAPRICA et inscrit dans le fichier LEG. Le nombre de résumés par sous séquences dans lesquelles les erreurs ont été détectées, est indiqué.

TABLEAU 2 – Caractéristiques démographiques des patients sur la base des séjours

L'unité de compte est le séjour, complet comme incomplet

TABLEAU 2A

Ce premier tableau renseigne sur la répartition des séjours par tranche d'âge en fonction du sexe des patients.

Le nombre de séjours est différent du nombre de patients, mais en est habituellement une bonne estimation.

L'amplitude des tranches d'âge n'est pas homogène, elle est plus courte pour les enfants afin de mieux appréhender le secteur de la pédiatrie.

Les tranches d'âges non observées (aucun séjour) n'apparaissent pas dans le tableau.

A compter de 2006, les tranches d'âge ont été modifiées afin de tenir compte de la pédiatrie jusqu'à 18 ans.

TABLEAU 2B

Ce second tableau indique l'âge moyen et l'âge médian des patients en fonction de leur sexe

L'âge moyen est calculé « comme d'habitude » en faisant la moyenne des âges des séjours.

L'âge médian est une notion ordinale qui ne fait appel à aucun calcul. Les séjours sont classés en fonction de l'âge du patient et l'âge correspondant au séjour qui est au milieu de la liste constituée indique l'âge médian.

Les deux valeurs sont très proches en cas de distribution gaussienne des âges (courbe « en cloche » de la loi « normale » de distribution), mais peuvent diverger en cas de distribution n'obéissant pas à la loi normale. L'âge médian est moins influencé par les âges extrêmes que l'âge moyen.

A noter que dès lors que l'établissement a plusieurs populations de patients avec des âges très différents, ces indices perdent de leur signification.

TABLEAU 3 – Répartition des codes géographiques du domicile des malades

Ce tableau dénombre par code géographique :

- les séjours complets dans la période (en effectif brut et en fréquence relative)
- les journées de présence de l'ensemble des RAPSS transmis dans la période (en effectif brut et en fréquence relative)

Le nombre de journées de présence réparties par code géographique offre une bonne mesure de la répartition géographique de l'activité de l'équipe.

Remarque : le domicile du malade peut être celui du malade ou de sa famille dans la mesure où celle-ci l'héberge pendant son hospitalisation à domicile.

TABLEAU 4 – Modes d'entrée et de sortie pour la période sur les séjours complets

Ce tableau indique le nombre de séjours (complets) en fonction du mode d'entrée et du mode de sortie.

Rappel :

Mutation : le patient est pris en charge en HAD au terme de son hospitalisation dans une unité médicale de la même entité juridique. L'emploi de ce code n'est donc possible que si la

structure d'HAD fait partie de l'entité dans lequel le patient a été hospitalisé (par exemple : structure d'HAD faisant partie d'un hôpital ou d'une clinique).

Transfert : le patient est pris en charge en HAD au terme d'une hospitalisation dans une autre entité juridique (par exemple : patient pris en charge par une structure associative d'HAD au terme d'un séjour dans un hôpital ou dans une clinique).

Domicile : la prise en charge d'HAD ne fait pas suite à une hospitalisation ; le patient vivait à son domicile (y compris structure d'hébergement médicosocial) avant la prise en charge (par exemple : prescription de l'HAD par le médecin traitant).

« **Non renseigné** » signifie que le mode d'admission n'a pas été renseigné. Il s'agit d'une erreur non bloquante (code d'erreur n°506).

TABLEAU 5 – Analyse du mode de prise en charge principal (MPC)

Sur la base des RAPSS transmis dans la période, ce tableau précise pour chaque mode de prise en charge en principal :

- le nombre de RAPSS
- les journées de présence (en effectif brut et en fréquence cumulée)
- la classe de l'indice de Karnofsky (IK) moyen (calculé sur la base des journées pondérées)
- le score de dépendance moyen pour les activités physiques de la vie quotidienne (AVQ physique) (calculé sur la base des journées pondérées)
- le score de dépendance moyen pour les activités psychologiques de la vie quotidienne (AVQ psychologique) (calculé sur la base des journées pondérées)
- l'âge moyen (calculé sur la base des journées pondérées)
- la fréquence d'un mode de prise en charge associé (% de journées avec un MPC associé)
- le nombre de codes diagnostics différents : Jusqu'en 2011, regroupement des diagnostics principaux et associés différents ; A compter de 2012, regroupement des diagnostics liés au MPP, des diagnostics liés au MPA et des diagnostics associés différents

A compter de l'année 2006, s'ajoutent :

- Le nombre de séjours ayant au moins une séquence avec le MPC considéré en principal
- Le nombre de séjours, entièrement compris dans la période, où toutes les séquences du séjour ont le MPC considéré en principal
- La durée moyenne de séjour, sur ces derniers séjours où le MPC principal est le même durant tout le séjour

Les modes de prise en charge principaux sont triés par ordre décroissant du nombre de journées de présence. Les modes de prise en charge non représentés (aucun RAPSS) n'apparaissent pas dans le tableau.

TABLEAU 6A – Analyse des combinaisons des modes de prise en charge principal et mode de prise en charge associé

Ce tableau indique les combinaisons de mode de prise en charge principal et associé qui représentent la majeure partie de l'activité, soit 80 % des journées de présence.

Ce tableau donne pour chaque combinaison :

- le nombre de RAPSS
- les journées de présence (en effectif brut et en fréquence cumulée)
- la classe de l'IK moyen (calculé sur la base des journées pondérées)
- le score AVQ physique moyen (calculé sur la base des journées pondérées)
- le score AVQ psychologique moyen (calculé sur la base des journées pondérées)
- l'âge moyen (calculé sur la base des journées pondérées)
- le nombre de codes CIM10 différents : Jusqu'en 2011, regroupement des diagnostics principaux et associés différents ; A compter de 2012, regroupement des diagnostics liés au MPP, des diagnostics liés au MPA et des diagnostics associés différents

Les combinaisons s'affichent par ordre décroissant du nombre de journées de présence.

TABLEAU 6B - Analyse des modes de prise en charge associés documentaires

Sur la base des RAPSS transmis dans la période, ce tableau (produit à compter de l'année 2007) précise pour chaque mode de prise en charge associé documentaire :

- le nombre de RAPSS
- le nombre de journées de présence
- la classe de l'IK moyen (calculé sur la base des journées pondérées)
- le score de dépendance moyen pour les activités physiques de la vie quotidienne (AVQ physique) (calculé sur la base des journées pondérées)
- le score de dépendance moyen pour les activités psychologiques de la vie quotidienne (AVQ psychologique) (calculé sur la base des journées pondérées)
- l'âge moyen (calculé sur la base des journées pondérées)
- Le nombre de séjours ayant au moins une séquence avec le MPC associé documentaire

La ligne 'total' représente le total global pour chaque colonne et non la somme des résultats obtenus par MPC.

Les modes de prise en charge sont triés par ordre décroissant du nombre de journées de présence.

TABLEAU 7A – Distribution des valeurs de l'indice de Karnofsky

Sur la base des RAPSS transmis dans la période, ce tableau indique le nombre de journées de présence par tranche d'IK (en effectif brut et en fréquence relative).

Les tranches d'IK non observées (aucun RAPSS) n'apparaissent pas dans le tableau.

TABLEAU 7B – Catégories de valeurs du score de dépendance

Sur la base des RAPSS transmis dans la période, ces tableaux indiquent le nombre de journées de présence par tranche de score AVQ (en effectif brut et en fréquence relative).

Le premier tableau renseigne sur l'AVQ physique par classe : [4-8] ; [9-12] ; [13-16]. Le score de dépendance physique correspond à la somme des 4 éléments de dépendance physique (habillement/toilette, déplacements/locomotion, alimentation, continence) du score AVQ.

Le second tableau renseigne sur l'AVQ psychologique par classe : [2-4] ; [5-8]. Le score de dépendance psychologique correspond à la somme des 2 éléments de dépendance psychologique (relation/communication, comportement) du score AVQ.

Les classes de score d'AVQ non observées (aucun RAPSS) n'apparaissent pas dans le tableau.

TABLEAU 8 – Analyse des groupes homogènes de prise en charge (GHPC) représentant 80% de l'activité sur la base du nombre de journées de présence

Ce tableau indique les GHPC représentant la majeure partie de l'activité, soit 80 % des journées de présence.

Ce tableau donne pour chaque GHPC :

- le numéro du GHPC
- le mode de prise en charge principal (MPC principal)
- le mode de prise en charge associé (MPC associé)
- l'étendue de l'IK observé par :
 - o le minimum
 - o le maximum
- le nombre de RAPSS
- le nombre de journées de présence
- la fréquence cumulée du nombre de journées de présence.

Les GHPC sont présentés par ordre décroissant du nombre de journées de présence.

La ligne supplémentaire en fin de tableau indique le nombre total de RAPSS groupés en GHPC « 9999 » avec le nombre de journées correspondant.

A compter de l'année 2006, s'ajoutent :

- Le nombre de séjours ayant au moins une séquence avec le GHPC considéré
- Le nombre de séjours, entièrement compris dans la période, où toutes les séquences du séjour ont le GHPC considéré
- La durée moyenne de séjour, sur ces derniers séjours où le GHPC est le même durant tout le séjour

TABLEAU 9A - Analyse du diagnostic principal (DP) représentant 80% de l'activité sur la base du nombre de journées de présence (jusqu'en 2011)

Sur la base des trois premiers caractères du code CIM10, ce tableau présente par diagnostic principal les résultats suivants :

- le code CIM10
- le libellé correspondant
- le nombre de RAPSS
- le nombre de journées de présence
- la fréquence relative du nombre de journées de présence
- le nombre de modes de prise en charge principaux différents.

Les diagnostics représentent 80% de l'activité en terme de journées de présence et sont présentés par ordre décroissant du nombre de journées de présence.

A compter de l'année 2006, s'ajoutent :

- Le nombre de séjours ayant au moins une séquence avec le diagnostic principal considéré
- Le nombre de séjours, entièrement compris dans la période, où toutes les séquences du séjour ont le diagnostic principal considéré
- La durée moyenne de séjour, sur ces derniers séjours où le diagnostic principal est le même durant tout le séjour

TABLEAU 9A - Analyse des diagnostics liés au MPP et des diagnostics liés au MPA (à compter de 2012)
--

A compter de 2012, suite au changement de recueil des diagnostics, le tableau 09A est scindé en deux et présente les mêmes informations que le tableau 09B :

Sur la base des trois premiers caractères du code CIM10, le **tableau 9A1** présente, par diagnostic lié au MPP, les résultats suivants :

- le code CIM10
- le libellé correspondant
- le nombre de RAPSS
- le nombre de journées
- le nombre de journées avec autre diagnostic lié au MPP, i.e. des RAPSS avec au moins un autre diagnostic lié au MPP
- Le nombre de séjours ayant au moins une séquence avec le diagnostic lié au MPP considéré

Le **tableau 9A2**, présente les mêmes informations sur les diagnostics liés au MPA.

Les diagnostics sont présentés par ordre décroissant du nombre de journées, dans la limite de 80%.

Les lignes 'Total des 80%' et 'Tous diagnostics' représentent le total global pour chaque colonne et non la somme des résultats obtenus par diagnostic.

TABLEAU 9B - Analyse des diagnostics associés
--

Sur la base des trois premiers caractères du code CIM10, ce tableau (produit à partir du 1er trimestre 2007) présente, par diagnostic associé, les résultats suivants :

- le code CIM10
- le libellé correspondant
- le nombre de RAPSS
- le nombre de journées
- le nombre de journées avec autre DA (à compter de M12-2010), i.e. des RAPSS avec au moins un autre diagnostic associé
- Le nombre de séjours ayant au moins une séquence avec le diagnostic associé considéré

Les diagnostics sont présentés par ordre décroissant du nombre de journées, dans la limite de 80%.

Les lignes 'Total des 80%' et 'Tous diagnostics' représentent le total global pour chaque colonne et non la somme des résultats obtenus par diagnostic associé.

TABLEAU 9C - Analyse des actes médicaux codés en CCAM

Ce tableau présente, **à compter de l'année 2010**, par acte CCAM :

- le code acte CCAM
- le libellé correspondant
- le nombre d'actes codés (à compter de M12-2010)
- le nombre de réalisations, ce nombre peut être supérieur au nombre d'actes codés si un même acte a été réalisé plus d'une fois dans la même journée (à compter de M12-2010)
- le nombre de séjours avec l'acte CCAM correspondant et la part qu'ils représentent sur l'ensemble des séjours
- le nombre de séquences avec l'acte CCAM correspondant et la part qu'elles représentent sur l'ensemble des séquences (à compter de M12-2010)
- le nombre de RAPSS avec l'acte CCAM correspondant et la part qu'ils représentent sur l'ensemble des RAPSS.

Les actes sont présentés par ordre décroissant du nombre de réalisations.

A signaler, jusqu'en M11-2010, une colonne nombre de journées de présence était présentée et la liste des actes était limitée au 80% du nombre de journées les plus fréquentes.

TABLEAU 10 - Analyse par groupe homogène de tarif (GHT)

Ce tableau indique par GHT :

- les journées de présence (en effectif brut et en fréquence relative)
- la valorisation en Euro de ces journées de présence.

Les GHT sont présentés dans l'ordre de leur numérotation

Les GHT non observés (aucun RAPSS) n'apparaissent pas dans le tableau.

A compter de l'année 2007, le nombre de journées de présence est remplacé par le nombre de journées valorisée, *i.e.* soustraction faite du jour de transfert vers un autre établissement de santé, ceci s'appliquant à compter du 1/3/2007 conformément à l'arrêté du 28/2/2007 relatif aux prestations d'hospitalisation

TABLEAU 11 – Analyse par tranche de durée de séquence sur la base des séquences complètes

Sur la base des séquences complètes (c'est-à-dire terminées dans la période), ce tableau dénombre les séquences en fonction de leur durée.

Les tranches de durée de séquence non observées (aucune séquence) n'apparaissent pas dans le tableau.

TABLEAU 12 - Valorisation des dépenses de molécules onéreuses

Ce tableau ne concerne que les établissements anciennement sous dotation globale.

La forme de cette série de tableaux a été modifiée pour tenir compte de l'évolution des modalités de valorisation des spécialités pharmaceutiques en sus des GHT. En 2005 et 2006, cette valorisation s'est faite au moyen d'un fichier agrégé de dépenses par unité commune de dispensation (UCD), le tableau 12 présentant le contenu du fichier FICHSUP transmis, augmenté des tarifs de responsabilité et de la valorisation. A compter de 2007, la valorisation de des dépenses en UCD en sus des GHT était progressivement subordonnée à la transmission de données permettant d'associer les UCD à un séjour (FICHCOMP), ceci pour une liste initiale, complétée en juillet 2007. Enfin, à compter de M8-2008, la valorisation utilise les montant indiqués dans FICHCOMP et non plus seulement effectifs pour le calcul de l'intéressement.

A partir de 2009, la valorisation des molécules onéreuses se fait uniquement à partir des données FICHCOMP.

Tableau 12A : 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 RAPSS non valorisés dans le tableau 1B (Analyse du nombre de journées)
- (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 12B : 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 12 A).
- les dépenses déclarées : Elles correspondent au montant inscrit 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 12C : 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 12D : Codes diagnostic par groupe d'UCD

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

Pour faciliter la lecture les DP sont présenté sur 3 caractères.

TABLEAU 13 – Valorisation des séjours en AME

Ce tableau ne concerne que les établissements anciennement sous dotation globale.

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).

Calcul du TJP en M1 / 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 médian par établissement sur la base des données transmises en M12 2011, pour les séjours valorisés, selon la méthode suivante :

1. Un TJP pour chaque séjour terminé et 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 correspond à : nombre de journées PAPRICA - 1
En cas de transfert ou mutation la durée de séjour correspond à : nombre de journées PAPRICA
La durée de séjour est initialisée à 1 si elle vaut 0
2. Les séjours avec un TJP non compris entre le 5^e et le 95^e percentiles (calculés sur l'ensemble des TJP des établissements) sont supprimés.
3. A partir de cette base, on calcule :
 - Le TJP médian par établissement
 - Le TJP médian de l'ensemble des établissements, qui sera utilisé pour la valorisation si un établissement qui n'existait pas en 2011 transmet des données en 2012

Calcul du TJP à partir de M3 2012

A compter de M3, 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 :

$$\rightarrow TJP \text{ VIDHOSP} = \text{Mnt AMC} / \text{Durée de Séjour}$$

A partir de M3, un contrôle est fait sur le montant AMC renseigné dans VIDHOSP :
Si $(TJP \text{ calculé} / 5) \leq TJP \text{ VIDHOSP} \leq (TJP \text{ calculé} * 5)$ → 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).

Valorisation

- Pour les GHT :
 $(80\% * \text{mnt GHT}) * 1,32$
 $+ (20\% * TJP * \text{durée de séjour}) * 1,32$

Pour les sous-séquences avec une date de sortie postérieure au 1er Septembre 2012, le montant 20% TJP n'est plus valorisé par MAT2A mais directement par l'assurance maladie, via le flux B2.

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

Tableau 13A : Analyse du nombre de journées AME

Ce tableau présente, pour les AME, en nombre de journées et en nombre de RAPSS et de séjours correspondant :

- (1) Le nombre de journées transmises
- (2) Le nombre de journées en erreur : correspond aux journées en GHT 99
- (3) Le nombre de journées avec sortie transfert ou mutation
- (4) Le nombre de journées valorisées : est égal à (1)-(2)-(3)

Tableau 13B Valorisation AME

Ce tableau présente :

- Le coefficient géographique
 - Le nombre de journées valorisées (cf. tableau précédent)
 - (1) Le montant 80% GHT : correspond à $(80\% * \text{mnt GHT}) * 1,32$
 - (2) Le montant 20% TJP : correspond à $(20\% * \text{TJP} * \text{nbj PAPRICA}) * 1.32$
- (Uniquement pour les sous-séquences se terminant avant le 1^{er} septembre 2012)
- Le montant valorisé : est égal à (1) + (2)

Tableau 13C : Analyse des GHPC – Séjours en AME

Ce tableau donne pour chaque GHPC :

- le numéro du GHPC
- le mode de prise en charge principal (MPC principal)
- le mode de prise en charge associé (MPC associé)
- l'étendue de l'IK observé par :
 - o le minimum
 - o le maximum
- le nombre de RAPSS
- le nombre de journées de présence
- Le nombre de séjours ayant au moins une séquence avec le GHPC considéré
- Le nombre de séjours, entièrement compris dans la période, où toutes les séquences du séjour ont le GHPC considéré
- La durée moyenne de séjour, sur ces derniers séjours où le GHPC est le même durant tout le séjour

Tableau 13D : Valorisation des dépenses de molécules onéreuses - Séjours AME

Le tableau présente par molécule :

- le nombre valorisé : Les UCD des RAPSS supprimés dans le tableau 13A 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 :

- aux dépenses au TR si les dépenses déclarées sont supérieures ou égales aux dépenses au TR.
- 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 14 - Evolution des montants mensuel par période de transmission par type de prestation

Ce tableau, **anciennement tableau 13 jusqu'en 2011**, est ajouté à compter de l'année 2008 et ne concerne que les établissements anciennement sous dotation globale. Il utilise la valorisation AM des GHT et des molécules onéreuses pour chaque période de transmission. Pour chaque transmission, la valorisation est regroupée par mois de sortie et comparée à celle du même mois de la transmission précédente ; le résultat (différence transmission la plus récente-transmission précédente) est exprimé en euro.

TABLEAU 15 - Modes de recueil des diagnostics
--

Ce tableau, réalisé à partir de 2013, décrit les modes de recueil des diagnostics dans l'établissement et donne des indications sur la « richesse » du codage de ces diagnostics.

Il présente, par mode de recueil :

- le nombre de RAPSS et le % correspondant
- le nombre moyen de diagnostics liés au MPP (uniquement pour le MR2)
- le nombre moyen de diagnostics liés au MPA (uniquement pour le MR2)
- le nombre moyen de diagnostics associés

Le mode de recueil 1 (MR1) correspond à l'ancien mode de recueil des diagnostics (DP / DA).

Le mode de recueil 2 (MR2) correspond au nouveau mode de recueil (Diagnostics liés au MPP / Diagnostics liés au MPA / DA).

TABLEAU 16 - Analyse des médicaments avec ATU
--

Ces tableaux sont réalisés à compter de 2013.

Le **tableau 16 A, Médicaments avec ATU**, présente par code UCD :

- le nombre d'UCD transmis dans FICHCOMP
- le nombre d'UCD administrées pour des RAPSS valorisés (cf. tableau 1B)
- le montant FICHCOMP correspondant aux UCD des RAPSS valorisés

Le **tableau 16 B, Diagnostic principal par UCD - Médicaments avec ATU**, présente par UCD :

- Le diagnostic principal (le DP correspond au 1er diagnostic renseigné dans la zone diagnostics liés au MPP)
- Le nombre d'UCD transmis
- Le montant FICHCOMP
- Le nombre de séjours correspondants

Le tableau 16 C, UCD n'appartenant pas à la liste ATU, présente par période, année et code UCD :

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

Les tableaux suivants concernent uniquement les établissements ex-OQN et portent sur l'analyse des fichiers de RSF. Ils sont produits à compter de l'année 2010.

TABLEAU 20 – Analyse du fichier de RSF

Le **tableau 20, Analyse du fichier de RSF**, présente le nombre de sous-séquences et de lignes de RSFB supprimées par type d'erreur, ainsi que le nombre de séjours concernés et les montants base de remboursement correspondant. Le tableau indique aussi le nombre de RSFB sans problème.

Les sous-séquences et RSF suivants sont supprimées de l'analyse :

- Les factures sans RSFB mais avec un total BR prestations hospitalières RSFA non nul : Il s'agit de factures avec un montant prestation hospitalière non nul dans le RSFA mais sans RSFB associé
Les RAPSS en erreur : RAPSS en GHT 99. Dans le cas où on a plusieurs RAPSS pour une facture avec un RAPSS en GHT 99, toute la facture est supprimée.
Les RSFB avec prestation PJ : RSFB avec un code prestation égal à PJ (prix de journée)
- 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 : 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)
- RSFB sans GHT : Il s'agit de facture ne comportant pas de lignes dont le code prestation est le GHT
- RSFB avec un code prestation non renseigné
- RSFB avec GHT non retrouvé dans la table de tarif
- RSFB avec prix unitaire du GHT différent du tarif du BO
- RSFB avec une base de remboursement différente du calcul : le montant BR doit être égal à : $\text{tarif}_{(\text{table de référence})} * \text{quantité} * \text{coefficient} * \text{coefficient HAD}$. Seules les différences supérieures à 1 euro sont considérées comme des erreurs.

TABLEAU 21 – Description de la variable Séjour facturable à l'AM

Ce tableau présente, selon la variable Séjour facturable à l'Assurance Maladie (variable du RAPSS) :

- Le nombre de sous-séquences (en effectif et %)
- Les factures nulles (en effectif et %)

TABLEAU 22 – Analyse des retours NOEMIE

Tableau 22 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 22 B : Analyse des natures d'opération NOEMIE - RSFB

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

Tableau 22 C : Analyse du montant remboursé NOEMIE

Ce tableau indique le nombre de lignes, le nombre de séjours et le nombre de sous-séquences 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 23 – Différence de groupage RSF / PAPRICA
--

Ces tableaux présentent les différences de groupage en GHT entre PAPRICA et les RSF.

Le 1^{er} tableau, **Analyse des différences de groupage GHT RPSS/PAPRICA et RSF**, indique le nombre de sous-séquences avec GHT du RSF différent du GHT de PAPRICA, ainsi que le nombre de sous-séquences avec des GHT identiques entre les RSF et PAPRICA mais un nombre de jours différents.

Le 2nd tableau, **Case-mix comparé RPSS/PAPRICA et RSF**, présente par GHT le nombre de jours retrouvés par PAPRICA et dans les RSF.

TABLEAU 24 – Codes prestation RSF-B
--

Le **tableau 24** présente l'ensemble des codes prestations facturés dans les RSF de type B, ainsi que le montant base remboursement et le montant Assurance Maladie qu'ils représentent. Est aussi indiqué le montant AM des RSF avec une information NOEMIE correcte, 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'.

TABLEAU 25 – Case-mix GHT (issu du RSF)
--

Le **tableau 25** présente le case-mix des GHT, basés sur les RSF (nombre de séjours, de sous-séquences, de journées et montant base de remboursement). Ce n'est pas celui des RAPSS. S'il y a des différences de groupage (cf. tableau 23), ce sont les GHT des RSF qui sont présentés.

TABLEAU 26 – Analyse du RSF-C

Le **tableau 26** présente l'ensemble des codes prestations facturés dans les RSF de type C, ainsi que le montant base remboursement et le montant AM qu'ils représentent.

TABLEAU 27 – Analyse du RSF-H

Le **tableau 27 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 27 B** présente la répartition des codes de médicaments du RSFH.

Le **tableau 27 C** présente les diagnostics principaux retrouvés par groupe d'UCD.

Pour faciliter la lecture les DP sont présenté sur 3 caractères.

TABLEAU 28 – Analyse du RSF-I

Le **tableau 28 A** présente la répartition des établissements de transfert, de retour ou de lieu d'exécution de l'acte du RSFI.

Le **tableau 28 B** présente la répartition des interruptions de séjour.

ANNEXE

Liste des membres du groupe de travail :

Madame Claire BARON, HAD Santé service Ile-de-France
Madame Aline CUSSON, ATIH, antenne de Paris
Monsieur le docteur Eric DUBOST, HAD Soins et santé - Lyon
Monsieur Yannick GARCIA, HAD Santé service - Dax
Monsieur Raymond GATOU, HAD AP-HP - Paris
Madame Cécile LACAZE, BAQIMEHP - Paris
Madame le docteur Claude MARESCAUX, DHOS - Paris
Monsieur le docteur Philippe MEUNIER, HAD AP-HP - Paris
Monsieur Sébastien VILLERET, FHP - Paris
Monsieur le docteur Albert VUAGNAT, ATIH, antenne de Paris