

SIRET n° 180 092 298 00033 – code APE : 8411Z

<http://www.atih.sante.fr/>

Immeuble Le Triangle Part-Dieu
117, boulevard Marius Vivier Merle
69329 LYON CEDEX 03

Support technique :

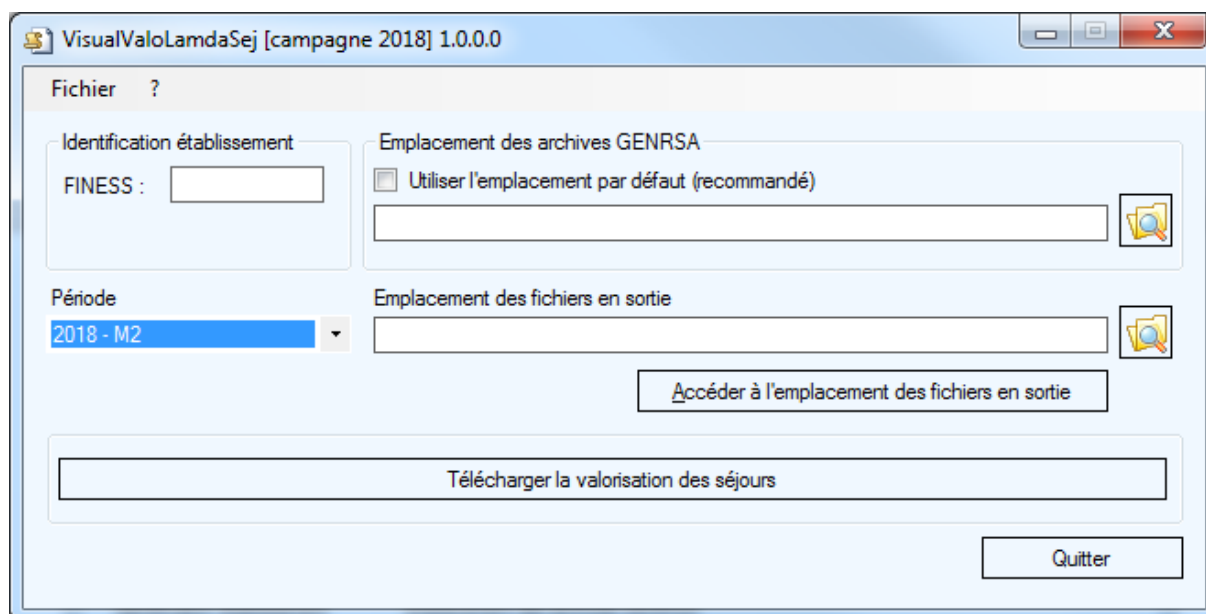
- Téléphone : 0820 77 1234 (0,019 € TTC/min)
- Foire aux Questions : <https://applis.atih.sante.fr/agora>
- Courriel : support@atih.sante.fr

Manuel d'utilisation de VisualValoLamdaSej 2018 v1.0.x

Les questions concernant VisualValoLamdaSej pourront être adressées sur la plateforme AGORA https://applis.atih.sante.fr/agora/ago_03.do?idTheme=281

Dans le sous-thème Agora > Informations médicales > Logiciels > MCO > Outil de visualisation de la valorisation

L'interface utilisateur du logiciel se présente de la façon suivante :



Pour télécharger le fichier de valorisation des séjours, on doit procéder de la manière suivante :

1. Renseigner le champ FINESS
2. Sélectionner la période
3. Renseigner l'emplacement des fichiers en sortie qui correspond à l'emplacement prévu pour le stockage des fichiers de valorisation téléchargés.

Le fichier de valorisation téléchargé est stocké dans l'emplacement des fichiers en sortie, son nom est sous la forme : [FINISS].[année].[mois].valo.txt

ANNEXES

Pré-requis

Le poste informatique doit obligatoirement avoir un accès à Internet afin de : récupérer la signature des fichiers de sauvegarde et récupérer le fichier de valorisation de la plateforme e-PMSI.

Les fichiers de sauvegarde du traitement LAMDA GENRSA doivent être à disposition de l'application VisualValoLamdaSej. Ces fichiers sont dans le sous-répertoire LAMDA du répertoire de sauvegarde de GENRSA.

Problème connu

Dans le cas où le fichier de valorisation n'existe pas, vous aurez le message d'erreur suivant :



Format des données visualisées	
finess	Numéro FINESS de l'établissement
no_rss	Numéro de séjour RSS
no_admin	Numéro administratif de séjour
date_ent	Date d'entrée du séjour (date d'entrée du premier RUM du séjour)
date_sor	Date de sortie du séjour (date de sortie du dernier RUM du séjour)
valo	=0 si le séjour n'est pas valorisé =1 si le séjour est valorisé =2 dans le cas d'un séjour non valorisé avec prélèvement d'organes. Dans ce cas, seuls les prélèvements d'organe sont valorisés pour le séjour. =3 si le séjour est en AME =4 si le séjour est en SU =5 si détenu
ghs	Numéro du GHS
ponder	Nombre de séjours ou nombre de séances
coeftrans	Coefficient de transition
coefgeo	Coefficient géographique
taux2	Taux de remboursement
mnt_majo	Montant majoration du parcours de soin
mnt_18	Montant participation forfaitaire du 18 euros
mnt_fj2	Montant du forfait journalier
mnt_ghs_am	Valorisation AM GHS
sejxinf	Type de séjour inférieur à la borne extrême basse
nbexb	Nb journées EXB
mnt_exinf_am	Valorisation AM EXB
ghs50	Nb séjours avec réhospitalisation dans le même GHM
mnt_ghs50_am	Valorisation AM des séjours avec réhospitalisation dans le même GHM
ghsmin	Nb séjours avec minoration forfaitaire liste en sus
mnt_ghsmin_am	Valorisation AM des séjours avec minoration forfaitaire liste en sus
nbexh	Nombre de journées EXH
mnt_exh_am	Valorisation AM EXH
mnt_supphd_am	Valorisation AM suppléments pour hémodialyse hors séance
mnt_suppent1_am	Valorisation AM suppléments pour entraînements à la dialyse péritonéale automatisée hors séance
mnt_suppent2_am	Valorisation AM suppléments pour entraînements à la dialyse péritonéale continue ambulatoire hors séance
mnt_suppent3_am	Valorisation AM suppléments pour entraînements à l'hémodialyse hors séance
mnt_dip_am	Valorisation AM suppléments de dialyse DIP
supphd	Nb suppléments pour hémodialyse hors séance
suppent1	Nb suppléments pour entraînements à la dialyse péritonéale automatisée hors séance
suppent2	Nb suppléments pour entraînements à la dialyse péritonéale continue ambulatoire hors séance
suppent3	Nb suppléments pour entraînements à l'hémodialyse hors séance
nb_dip	Nb suppléments dialyse DIP
typorg	Type de prestation de prélèvement d'organe (type 1, 2, 3 ou 4)
typorg5	Prélèvement d'organe de type 5

typorg6	Prélèvement d'organe de type 6
typorg7	Prélèvement d'organe de type 7
typorg8	Prélèvement d'organe de type 8
typorg9	Prélèvement d'organe de type 9
typorga	Prélèvement d'organe de type A
mnt_po1_am	Valorisation AM PO1
mnt_po2_am	Valorisation AM PO2
mnt_po3_am	Valorisation AM PO3
mnt_po4_am	Valorisation AM PO4
mnt_po5_am	Valorisation AM PO5
mnt_po6_am	Valorisation AM PO6
mnt_po7_am	Valorisation AM PO7
mnt_po8_am	Valorisation AM PO8
mnt_po9_am	Valorisation AM PO9
mnt_poa_am	Valorisation AM POA
nb_9610	Nombre d'actes menant dans le GHS 9610
mnt_9610_am	Valorisation AM actes menant dans le GHS 9610
nb_9619	Nombre d'actes menant dans le GHS 9619
mnt_9619_am	Valorisation AM actes menant dans le GHS 9619
nb_9620	Nombre d'actes menant dans le GHS 9620
mnt_9620_am	Valorisation AM actes menant dans le GHS 9620
nb_9621	Nombre d'actes menant dans le GHS 9621
mnt_9621_am	Valorisation AM actes menant dans le GHS 9621
nb_9622	Nombre d'actes menant dans le GHS 9622
mnt_9622_am	Valorisation AM actes menant dans le GHS 9622
nb_9623	Nombre d'actes menant dans le GHS 9623
mnt_9623_am	Valorisation AM actes menant dans le GHS 9623
nb_9625	Nombre d'actes menant dans le GHS 9625
mnt_9625_am	Valorisation AM actes menant dans le GHS 9625
nb_9631	Nombre d'actes menant dans le GHS 9631
mnt_9631_am	Valorisation AM actes menant dans le GHS 9631
nb_9632	Nombre d'actes menant dans le GHS 9632
mnt_9632_am	Valorisation AM actes menant dans le GHS 9632
nb_9633	Nombre d'actes menant dans le GHS 9633
mnt_9633_am	Valorisation AM actes menant dans le GHS 9633
nb_9615	Nombre d'actes menant dans le GHS 9615
mnt_9615_am	Valorisation AM actes menant dans le GHS 9615
nb_rea	Nb suppléments de réanimation
mnt_rea_am	Valorisation AM suppléments de réanimation
nb_rep	Nb suppléments de réanimation pédiatrique
mnt_rep_am	Valorisation AM suppléments de réanimation pédiatrique
nb_stf2	Nb suppléments de soins intensifs
mnt_si_am	Valorisation AM suppléments soins intensifs
nb_src2	Nb suppléments de surveillance continue
mnt_sc_am	Valorisation AM suppléments de surveillance continue

nb_nn1	Nb suppléments de néonate sans SI
mnt_nn1_am	Valorisation AM suppléments de néonate sans SI
nb_nn2	Nb suppléments de néonate avec SI
mnt_nn2_am	Valorisation AM suppléments de néonate avec SI
nb_nn3	Nb suppléments de réanimation néonate
mnt_nn3_am	Valorisation AM suppléments de réanimation néonate
nbcaisson	Nb suppléments caisson hyperbare
mnt_caisson_am	Valorisation AM suppléments caisson hyperbare
nb_rap	Nb suppléments de radiothérapie pédiatrique
mnt_rap_am	Valorisation AM suppléments de radiothérapie pédiatrique
nb_ant	Nb suppléments antepartum
mnt_ant_am	Valorisation AM suppléments antepartum
mnt_mon	Valorisation accordée molécules onéreuses
mnt_dmi	Valorisation accordée DMI
mnt_med_atu	Valorisation accordée médicaments ATU/POST ATU
mnt_ivg_am	Valorisation AM IVG (hors FJS)
mnt_tot_am	<p>Valorisation totale AM du séjour.</p> <p>C'est la somme de :</p> <p><i>mnt_mon, mnt_dmi, mnt_med_atu, mnt_ghs_am, mnt_exinf_am, mnt_ghs50_am, mnt_exh_am, mnt_supphd_am, mnt_suppent1_am, mnt_suppent2_am, mnt_suppent3_am, mnt_dip_am, mnt_po1_am, mnt_po2_am, mnt_po3_am, mnt_po4_am, mnt_po5_am, mnt_po6_am, mnt_po7_am, mnt_po8_am, mnt_po9_am, mnt_poa_am, mnt_9610_am, mnt_9619_am, mnt_9620_am, mnt_9621_am, mnt_9622_am, mnt_9623_am, mnt_9625_am, mnt_9631_am, mnt_9632_am, mnt_9633_am, mnt_9615_am, mnt_rap_am, mnt_ant_am, mnt_rea_am, mnt_rep_am, mnt_si_am, mnt_sc_am, mnt_nn1_am, mnt_nn2_am, mnt_nn3_am, mnt_caisson_am, mnt_ivg_am, mnt_sdc_am</i></p> <p>Pour les séjours AME et SU, c'est la somme de:</p> <p><i>mnt_mon, mnt_dmi, mnt_med_atu, mnt_ghs_am, mnt_exinf_am, mnt_ghs50_am, mnt_exh_am, mnt_supphd_am, mnt_suppent1_am, mnt_suppent2_am, mnt_suppent3_am, mnt_dip_am, mnt_9610_am, mnt_9619_am, mnt_9620_am, mnt_9621_am, mnt_9622_am, mnt_9623_am, mnt_9625_am, mnt_9631_am, mnt_9632_am, mnt_9633_am, mnt_9615_am, mnt_rap_am, mnt_ant_am, mnt_rea_am, mnt_rep_am, mnt_si_am, mnt_sc_am, mnt_nn1_am, mnt_nn2_am, mnt_nn3_am, mnt_caisson_am, mnt_tjp20_ame, mnt_fjs_ame, mnt_sdc_am</i></p>
mnt_rac	Montant remboursable par l'organisme complémentaire (AMC)
flag_fides	Indicateur FIDES GENRSA ; vaut 1 si le séjour est pris en charge dans le cadre de FIDES
coefp	coefficient prudentiel
ev_lamda	<p>Cette variable donnant pour chaque séjour un comparatif avec le M12 selon les modalités suivantes :</p> <p>« 0 » séjour non modifié, « 1 » nouveau séjour, « 2 » séjour supprimé, « 3 » séjours modifiés avec impact sur la valorisation</p>
ind_lamda	<p>Cette variable résume si le séjour a été prise en compte dans cet envoi ou dans un autre envoi ou pas pris en compte :</p> <p>"0": séjour non modifié "1": modification validée dans cet envoi "2": modification validée dans un envoi précédent (séjours forclos sans modification dans cet envoi)</p>

	"3": modification validée dans un envoi précédent (séjours forclos avec modification non validée dans cet envoi); dans ce cas, tous les montants sont forcés à 0 (sauf mnt_val_lamda) "4": modification non validée (séjours forclos et sans modification validée dans les envois précédents)
per_l	Cette variable indique la période où les dernières modifications LAMDA ont été validées (vide si aucune modification dans l'année)
mnt_val_lamda	Correspond à la différence entre la valorisation AM du lamda et celle du M12 accordée pour ce séjour sur l'ensemble de l'année. Pour les séjours forclos au moment de l'envoi mais qui aurait été validée dans un envoi précédent, alors on donnera le montant de cet envoi précédent

Pour les séjours en AME (valo=3) et en SU (valo=4), les montants AM correspondent à :
(80% * Mnt BR * coef de transition)

Modification du format de lecture pour 2016 :

> délimiteur ";"

> arrondi des montants à 2 décimales maximum sauf pour le coefficient prudentiel

> les valeurs manquantes sont remplacées par un blanc

Règles de valorisation Hospitalisation 2017

LES REGLES DE VALORISATION DE L'ANNEE N S'APPLIQUENT A COMPTER DU 1ER MARS. POUR LES MOIS DE JANVIER ET FEVRIER, IL FAUT SE REFERER AUX REGLES DE VALORISATION DE L'ANNEE N-1.

1 Recodage des variables

Dans le fichier de RSA :

- Si l'année de sortie n'est pas égale à 2017, alors on met le séjour en erreur (GHM 90H01Z).

Dans le fichier ANO :

- Si la variable nombre de venues est égale à 0 ou ., on lui attribue la valeur 1 par défaut
- Les variables de montant (AM, TM, FJ, BR, AMC, majoration du parcours de soins) sont divisées par le nombre de venues

2 Fichiers PORG, PIE et DIALP

a) Fichier PORG

Seuls les PO issus de FICHCOMP sont valorisés. Certains contrôles, faits en amont sur le fichier par GENRSA, ont des impacts sur la valorisation :

Erreurs bloquantes (données non transmises) :

- Les PO1->PO4 ne peuvent pas se cumuler entre eux
- Les PO1->PO4 sont obligatoirement associés aux séjours à l'issue desquels le patient décède (mode de sortie 9)

Signalement (données transmises, code erreur dans le fichier LEG) :

- b) Fichier PIE : Posséance multiple d'un même code PO (PO5, PO6, PO7, PO8, PO9, POA) : On n'en garde qu'un seul.

c) Fichier DIALP

Il sert à la valorisation des suppléments réalisés en prestation inter-établissement (REA, REP, NN1, NN2, NN3, SRC, STF).

Il sert à la valorisation du code de dialyse DIP.

3 Séjours supprimés de la valorisation

- Les séjours en CMD 90
- Les séjours en prestation inter-établissement (variable type de séjour du RSA égale à 'B'), sauf en cas de séances de RDTH, dialyse ou chimiothérapie, où les séjours en PIE sont valorisés.
- Les séjours en GHS 9999
- Les séjours non pris en charge par l'assurance maladie (variable séjour facturable à l'AM du fichier ANO égale à 0)
- Les séjours avec prélèvements d'organe sur patient arrivé décédé : variable du ANO, prise en compte après vérification qu'un PO est vraiment associé au séjour
- Les séjours en attente de décision sur les droits du patient (variable séjour facturable à l'AM du fichier ANO égale à 3)
- Les séjours avec problèmes de chainage : variable code retour Contrôle fusion ANO-HOSP/HOPS-PMSI différente de 0 ou variable code retour contrôle fusion ANO-PMSI/Fichier PMSI différente de 0 (variables du fichier ANO)
- Les séjours avec problème de codage des variables bloquantes (fichier ANO) :
 - si le taux VIDHOSP est correctement rempli (égal à 80, 90 ou 100%), les variables bloquantes sont :
 - Code de prise en charge du FJ : variable bloquante si elle est égale à 'X' ou que le code retour correspondant est différent de 0
 - Séjour facturable à l'AM : variable bloquante si le code retour correspondant est différent de 0
 - Nombre de venues : variable bloquante si le code retour correspondant est différent de 0
 - Sinon, les variables bloquantes sont :
 - Code justification d'exonération du TM : variable bloquante si elle est égale à 'X' ou que le code retour correspondant est différent de 0
 - Code de prise en charge du FJ : variable bloquante si elle est égale à 'X' ou que le code retour correspondant est différent de 0
 - Nature d'assurance : variable bloquante si elle est égale 'XX' ou que le code retour correspondant est différent de 0
 - Séjour facturable à l'AM : variable bloquante si le code retour correspondant est différent de 0
 - Nombre de venues : variable bloquante si le code retour correspondant est différent de 0

Exceptions :

- Les séjours de radiothérapie, les séjours de nouveau-nés (âge <= 30 jours) et les séjours avec prélèvements d'organes sont toujours valorisés sauf si le séjour est codé comme non facturable à l'assurance maladie (séjour facturable à l'AM du fichier ANO égale 0).

En cas de séjours non facturable à l'AM avec prélèvements d'organes, les prélèvements d'organes de ce séjour sont valorisés (à 100%).

- Les séjours en attente de taux de prise en charge du patient sont valorisés.

4 Calcul du taux de remboursement et du forfait journalier (applicable / non applicable)

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

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

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

Code justification d'exonération du TM	Nature Assurance	Taux de remboursement calculé
0, 2	10	80
0, 2	13	100
0, 2	30, 41, 90	100
9	10	90
9	13	100
9	30, 41, 90	100
1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, C	10	100
1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, C	13	100
1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, C	30, 41, 90	100

- Pour les séjours en attente de décision sur le taux de prise en charge du patient : on utilise le taux de remboursement du fichier ANO si celui-ci est égal à 80 ou 90%. Dans les autres cas, on applique un taux de remboursement de 80%. Le forfait journalier est à la charge de l'assuré.
 - Pour les séjours de radiothérapie (GHM 28Z11Z, 28Z18Z, 28Z19Z, 28Z20Z, 28Z21Z, 28Z22Z, 28Z23Z, 28Z24Z, 28Z25Z), les séjours de nouveau-nés avec un âge inférieur ou égal à 30 jours et les séjours avec prélèvements d'organes, le taux de remboursement est de 100% et l'assuré est exonéré du forfait journalier (y compris pour les séjours en attente de décision sur le taux de prise en charge et en attente de décision sur les droits du patient).
- b) Cas particuliers
- Pour les séjours valorisés avec un forfait innovation (I01, I02, I03), le taux de remboursement est forcé à 100% et le forfait journalier n'est pas applicable (y compris pour les séjours en attente de décision sur le taux de prise en charge).
 - Pour les séjours de plus de 30 jours (délai compté à partir de la date de 1ère hospitalisation du fichier VIDHOSP), avec un code justification d'exonération du TM égal à 2 et avec transfert depuis le MCO (mode d'entrée et provenance= 71), le taux de remboursement calculé est de 100%. Pour tous les autres séjours avec une exonération du TM égale à 2, le taux de remboursement calculé est de 80%.
 - Pour les séjours des patients détenus, le taux de remboursement utilisé est le taux moyen de remboursement calculé sur la base des RSA de l'année N-1 sur les séjours valorisés par GHS.

5 Calcul des Réhospitalisations dans le même GHM

a) Séjours pris en compte dans l'analyse

- Les séjours valorisés :

avec :

- codes retours 1 à 9 du fichier ANO égaux à 0 (position 22 à 30 dans le fichier)
- âge et sexe constants pour un même patient (écart d'un an accepté pour l'âge)
- avec un mois identique entre les fichiers ANO et RSA

b) Sélection des séjours avec réhospitalisation dans le même GHM

hors :

- séances
- Hospitalisations successives avec groupage du 2^{ème} séjour dans le même GHS que le 1^{er}
- Mode de sortie du 1^{er} séjour '71'
- Mode d'entrée du 2^{ème} séjour '71'
- Durée entre les deux hospitalisations : >2 et <=10 jours

6 Calcul du Forfait Innovation

- Le groupage des séjours en I01 ou I02 ou I03 est effectué par GENRSA.
- Un contrôle est effectué sur le numéro finess des séjours groupés en I01, I02 et I03 afin de voir s'il appartient à la liste des établissements participant à

l'étude. Dans le cas contraire, la valorisation des séjours concernés se fait de façon standard sur la base du GHS.

- Les séjours non valorisés (cf. point 3 Séjours supprimés de la valorisation) ne bénéficient pas du forfait innovation (y compris les séjours en AME et SU). Les éventuels séjours concernés en AME et SU sont valorisés sur la base du GHS.

7 Calcul Minoration forfaitaire liste en sus

Cette minoration de 40€ est déduite du montant du séjour. Les conditions d'application sont les suivantes :

- RSA groupé en GHS 9606 (Chimiothérapie pour tumeur, en séances) ou 9616 (Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances)
- Prescription d'un moins une UCD de la liste en sus pour ce RSA
- En cas de RSA multi séances, la minoration est déduite autant de fois que de séances
- La minoration n'est pas appliquée en cas de décès du patient

8 Valorisation

a) Eléments entrant dans la valorisation

- GHS (y compris forfaits dialyse D11, D20, D21, D24 et forfaits innovation I01, I02 et I03)
- Extrême haut
- Extrême bas (à déduire)
- Réhospitalisations dans le même GHM (à déduire)
- Minoration forfaitaire liste en sus (à déduire)
- Les suppléments de radiothérapie
- Les suppléments de radiothérapie pédiatrique
- Les suppléments REA
- Les suppléments REP
- Les suppléments NN1
- Les suppléments NN2
- Les suppléments NN3
- Les suppléments ANT
- Les suppléments prélèvements organes
- Les suppléments caissons hyperbares
- Les suppléments d'aphérèses sanguines

b) Calcul des montants suppléments de dialyse (dont DIP)

- Les suppléments de soins intensifs
- Les suppléments de surveillance continue
- Les suppléments pour pose de défibrillateur cardiaque

i) *Calcul du montant BR*

- Pour les GHS, suppléments, minoration forfaitaire liste en sus et EXH :
Tarif BO * quantité * coefficient géographique

- Pour les forfaits innovation : Montant du forfait
- Pour les EXB :
 - Si la variable type de séjour inférieur à la borne EXB = 1 alors : forfait EXB * coefficient géographique
 - Si la variable type de séjour inférieur à la borne EXB = 2 alors : nombre journées EXB * tarif EXB * coefficient géographique
- Pour les réhospitalisations dans le même GHM : (((Tarif BO * coefficient géographique) + mnt EXB)/2) * quantité

ii) Calcul du Montant AM

- Pour les GHS:

Cas général :

- $(mnt\ BR * coef\ transition * coef\ prudentiel * tx\ remb) - 18_{(1)} - mnt\ FJ_{(2)}$

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

- $(mnt\ BR * coef\ transition * coef\ prudentiel) - 18_{(1)} - mnt\ FJ_{(3)}$

(1) : si facturation des 18 euros

(2) : $mnt\ FJ = 18 * (durée\ séjour + 1)$ (si décès, transfert ou mutation $mnt\ FJ = 18 * durée\ séjour$) => appliqué seulement dans les cas où forfait journalier applicable et taux de remboursement = 100% :

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

Pour les séjours des patients détenus :

- $(Montant\ BR \times Coefficient\ transition \times Coefficient\ prudentiel \times Taux\ remboursement\ Moyen) - MFJ * Taux\ forfait\ journalier\ Moyen - Montant\ moyen\ de\ la\ participation\ forfaitaire\ de\ 18\ euros.$

Les valeurs de références moyennes sont calculées sur la base N-1 par GHS sur les séjours valorisés. Le montant moyen du ticket modérateur n'est calculé que sur les patients non exonérés du ticket modérateur. De plus, la moyenne est lissée en enlevant les valeurs extrêmes hautes (> P95).

- Pour les forfaits innovation :

- Montant du forfait

- Pour les suppléments (hors prélèvement d'organes), EXB, EXH, réhospitalisations dans le même GHM :

Cas général :

- $Montant\ BR * coefficient\ de\ transition * coefficient\ prudentiel * taux\ de\ remboursement$

Pour les séjours des patients détenus :

- $Montant\ BR * coefficient\ de\ transition * coefficient\ prudentiel * taux\ de\ remboursement\ moyen\ (calculé\ par\ GHS\ sur\ la\ base\ N-1).$

- Pour les prélèvements d'organe :

- $Montant\ BR * coefficient\ prudentiel$

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

iii) Cas particuliers

- Forfait Innovation

Il s'agit d'une prise en charge forfaitaire par l'Assurance Maladie : seul le forfait innovation est valorisé pour le séjour (pas de suppléments ni de liste en sus, pas d'application du taux de remboursement, des coefficients ou du forfait journalier).

- EXH

Si la variable exonération du ticket modérateur (fichier ANO) est égale à 2, alors les EXH sont valorisés avec un taux de remboursement de 100% au-delà du 30^{ème} jour d'hospitalisation

- Suppléments de soins intensif et surveillance continue

Ces deux types de suppléments sont soumis à une limitation (nombre de lits maximum autorisés). Cette information est saisie par les ARS sous Epmsi.

iv) Montant remboursable par l'organisme complémentaire (AMC)

Cas général :

- Correspond au Montant total du séjour remboursable pour l'AMC renseignée dans le fichier VIDHOSP.

Pour les séjours des patients détenus :

- Montant du Reste A Charge estimé : montant moyen du ticket modérateur fournie par ANO-HOSP + Montant forfait journalier * taux moyen du forfait journalier+ montant moyen de la participation PF18
Toutes les valeurs moyennes sont calculées par GHS sur les séjours valorisés de la Base N-1.

9 VALORISATION MOLECULES ONEREUSES

- a) ~~Si la période n'est pas remplie dans le fichier FICHCOMP, on crée cette variable~~
~~Séjours et codes UCD supprimés~~
qui correspond au mois de sortie du patient dans le RSA pour le séjour considéré.

- Les UCD des séjours supprimés au niveau de la valorisation des RSA (cf. plus haut)
- Les codes UCD administrés hors période
- Les codes UCD appartenant à des séjours valorisés en forfait innovation

- b) ~~Valorisation~~
Les codes UCD qui n'apparaissent pas dans la liste de référence à une période donnée

- Les codes UCD d'Avastin® (9261104, 9261110) soumis à la radiation partielle depuis M9 2016 ([notice technique](#))

Soit :

nb : le nombre d'UCD valorisé

dep : le montant établissement

dep_aut : le montant autorisé

dep_val : le montant valorisé

i) *Nombre valorisé*

nb= nombre FICHCOMP (1) – nombre d'UCD en essai thérapeutique (2)

(1) Ce nombre correspond à nombre/(nbsej *1000)

(2) ce nombre correspond au nombre d'UCD FICHCOMP dont le montant correspondant est à 0

ii) *Montant établissement*

dep = montant rempli dans FICHCOMP (1)

(1) Ce montant correspond à montant/(nbsej*1000)

iii) *Montant autorisé*

dep_aut = nb * tarif de responsabilité

Si le tarif de responsabilité n'existe pas encore pour une molécule alors qu'elle est inscrite sur la liste, on le remplace par le prix moyen de l'UCD : montant FICHCOMP/nombre FICHCOMP

iv) *Montant valorisé*

Le montant valorisé est égal :

- au montant autorisé si le montant établissement est supérieur ou égal au montant autorisé :

Si $0 \leq \text{dep_aut} \leq \text{dep}$ alors $\text{dep_val} = \text{dep_aut}$

- au montant établissement + 50% de l'écart entre le montant établissement et le montant autorisé si le montant établissement est inférieur au montant autorisé :

Si $\text{dep_aut} > \text{dep}$ alors $\text{dep_val} = \text{dep} + (\text{dep_aut} - \text{dep}) / 2$

- au montant établissement + 50% de l'écart entre le montant établissement et le montant autorisé si le montant établissement est inférieur au montant autorisé :

Si $\text{dep12_aut} > \text{dep12}$ alors $\text{dep12_val} = \text{dep12} + (\text{dep12_aut} - \text{dep12}) / 2$

10 VALORISATION DMI

a) Séjours et codes LPP supprimés

Si la période n'est pas remplie dans le fichier FICHCOMP, on crée cette variable qui correspond au mois de sortie du patient dans le RSA pour le séjour considéré.

- Les DMI des séjours supprimés au niveau de la valorisation des RSA (cf. plus haut)
- Les DMI posés hors période

- les codes LPP avec un montant à 0
- Les codes LPP appartenant à des séjours valorisés en forfait innovation
- Les codes LPP qui n'apparaissent pas dans la liste de référence à une période donnée

Soit :

nb : le nombre de LPP valorisé

dep : le montant établissement

b) Valorisation dep_aut : le montant autorisé

dep_val : le montant valorisé

i) *Nombre valorisé*

nb= nombre FICHCOMP

Les valves aortiques (codes LPP 3239144, 3205292, 3269300) ne sont valorisées que si la variable "Top valves aortiques percutanées" est positionnée à 1 dans le RSA.

Cette variable vaut 1 si :

- au moins un acte de pose de valve aortique est déclaré (actes DBLA0040 et DBLF0010)
- et l'autorisation d'UM 60 est valide

ii) *Montant établissement*

dep = montant rempli dans FICHCOMP

iii) *Montant autorisé*

dep_aut = nb * tarif de responsabilité

Si le tarif de responsabilité n'existe pas encore pour un DMI alors qu'il est inscrit sur la liste, on le remplace par le prix moyen du DMI : montant FICHCOMP/nombre FICHCOMP

iv) *Montant valorisé*

Le montant valorisé est égal :

- au montant autorisé si le montant établissement est supérieur ou égal au montant autorisé : Si $0 \leq \text{dep_aut} \leq \text{dep}$ alors $\text{dep_val} = \text{dep_aut}$
- au montant établissement + 50% de l'écart entre le montant établissement et le montant autorisé si le montant établissement est inférieur au montant autorisé : Si $\text{dep_aut} > \text{dep}$ alors $\text{dep_val} = \text{dep} + (\text{dep_aut} - \text{dep}) / 2$

a) Séjours et codes UCD supprimés

11 VALORISATION MED ATU

Si la période n'est pas remplie dans le fichier FICHCOMP, on crée cette variable qui correspond au mois de sortie du patient dans le RSA pour le séjour considéré.

- Les MED ATU des séjours supprimés au niveau de la valorisation des RSA (cf. plus haut)
- Les MED ATU administrés hors période
- les codes MED ATU avec un montant à 0
- Les codes MED ATU appartenant à des séjours valorisés en forfait innovation
- Les codes MED ATU qui n'apparaissent pas dans la liste de référence à une période donnée

Soit :

nb : le nombre d'UCD des séjours valorisés (rempli dans Fichcomp).

- b) Valorisation : le montant établissement des séjours valorisés (rempli dans Fichcomp).

12 VALORISATION AME

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

Valorisation

- Pour les GHS et suppléments : $(80\% * \text{mnt BR} * \text{coef transition})$

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

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

13 VALORISATION SU

Les séjours en SU sont repérés à partir des variables du fichier ANO : [séjours facturable à l'AM] codée à 0 (= Séjour non facturable) et [motif de non facturation à l'AM] codée à 4 (=Patient pris en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents). Les IVG et les PO sont hors champ.

Valorisation

- Pour les GHS et suppléments : $(80\% * \text{mnt BR} * \text{coef transition})$

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

- Pour les Médicaments et DMI :
- a) Calcul des prestations IVG du RSA
Même principe de valorisation que pour les séjours non SU.

14 VALORISATION IVG

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

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

APD :

- GHM 14Z08Z et durée de séjour=1 avec au moins un acte d'anesthésie générale
- GHM 14Z08Z et durée de séjour=2 avec au moins un acte d'anesthésie générale

IPD :

- GHM 14Z08Z et durée de séjour=1 sans acte d'anesthésie générale
- GHM 14Z08Z et durée de séjour=2 sans acte d'anesthésie générale

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

- Les séjours non pris en charge par l'assurance maladie

b) Séjours supprimés de la valorisation Les séjours en attente de décision sur les droits du patient

- Les séjours avec problèmes de chainage

- Les séjours avec problème de codage des variables bloquantes

(cf. point 3 « Séjours supprimés de la valorisation » de la partie sur la valorisation des RSA)

c) Valorisation

Montant BR : Tarif BO * quantité

Montant AM : Mnt BR * taux de remboursement

Le taux de remboursement utilisé est celui rempli par l'établissement dans son fichier VIDHOSP. Ce taux devrait être de 100% depuis le 31 Mars 2013.

VALORISATION RSA 2016

Avant le 1^{er} mars 2016 la valorisation se fait de la même façon qu'en 2015.

1 - Recodage des variables

Dans le fichier de RSA :

- Si l'année de sortie n'est pas égale à 2016, alors on met le séjour en erreur (GHM 90H01Z).

Dans le fichier ANO :

- Si la variable nombre de venues est égale à 0 ou ., on lui attribue la valeur 1 par défaut
- Les variables de montant (AM, TM, FJ, BR, AMC, majoration du parcours de soins) sont divisées par le nombre de venues

2 - Fichiers PORG, PIE et DIALP

2.1 - Fichier PORG

Seuls les PO issus de FICHCOMP sont valorisés. Certains contrôles, faits en amont sur le fichier par GENRSA, ont des impacts sur la valorisation :

Erreurs bloquantes (données non transmises) :

- Les PO1->PO4 ne peuvent pas se cumuler entre eux
- Les PO1->PO4 sont obligatoirement associés aux séjours à l'issue desquels le patient décède (mode de sortie 9)

Signalement (données transmises, code erreur dans le fichier LEG) :

- Instance multiple d'un même code PO (PO5, PO6, PO7, PO8, PO9, POA) : On n'en garde qu'un seul

2.2 - Fichier PIE

Il sert à la valorisation des suppléments réalisés en prestation inter-établissement (REA, REP, NN1, NN2, NN3, SRC, STF).

2.3 - Fichier DIALP

Il sert à la valorisation du code de dialyse péritonéal DIP.

3 - Séjours supprimés de la valorisation

- Les séjours en CMD 90
- Les séjours en prestation inter-établissement (variable type de séjour du RSA égale à 'B'), sauf en cas de séances de RDTH, dialyse ou chimiothérapie, où les séjours en PIE sont valorisés.
- Les séjours en GHS 9999
- Les séjours non pris en charge par l'assurance maladie (variable séjour facturable à l'AM du fichier ANO égale à 0)

- Les séjours avec prélèvements d'organe sur patient arrivé décédé : variable du ANO, prise en compte après vérification qu'un PO est vraiment associé au séjour
- Les séjours en attente de décision sur les droits du patient (variable séjour facturable à l'AM du fichier ANO égale à 3)
- Les séjours avec problèmes de chainage : variable code retour Contrôle fusion ANO-HOSP/HOPS-PMSI différente de 0 ou variable code retour contrôle fusion ANO-PMSI/Fichier PMSI différente de 0 (variables du fichier ANO)
- Les séjours avec problème de codage des variables bloquantes (fichier ANO) :
 - si le taux VIDHOSP est correctement rempli (égal à 80, 90 ou 100%), les variables bloquantes sont :
 - Code de prise en charge du FJ : variable bloquante si elle est égale à 'X' ou que le code retour correspondant est différent de 0
 - Séjour facturable à l'AM : variable bloquante si le code retour correspondant est différent de 0
 - Nombre de venues : variable bloquante si le code retour correspondant est différent de 0
 - Sinon, les variables bloquantes sont :
 - Code justification d'exonération du TM : variable bloquante si elle est égale à 'X' ou que le code retour correspondant est différent de 0
 - Code de prise en charge du FJ : variable bloquante si elle est égale à 'X' ou que le code retour correspondant est différent de 0
 - Nature d'assurance : variable bloquante si elle est égale 'XX' ou que le code retour correspondant est différent de 0
 - Séjour facturable à l'AM : variable bloquante si le code retour correspondant est différent de 0
 - Nombre de venues : variable bloquante si le code retour correspondant est différent de 0

Exceptions :

- Les séjours de radiothérapie, les séjours de nouveau-nés (âge <= 30 jours) et les séjours avec prélèvements d'organes sont toujours valorisés sauf si le séjour est codé comme non facturable à l'assurance maladie (séjour facturable à l'AM du fichier ANO égale 0).

En cas de séjours non facturables à l'AM avec prélèvements d'organes, les prélèvements d'organes de ce séjour sont valorisés (à 100%).

- Les séjours en attente de taux de prise en charge du patient sont valorisés.

4 - Calcul du taux de remboursement et du forfait journalier (applicable / non applicable)

4.1 - Règle générale

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

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

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

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

Code justification d'exonération du TM	Nature Assurance	Taux de remboursement calculé
0, 2	10	80
0, 2	13	100
0, 2	30, 41, 90	100
9	10	90
9	13	100
9	30, 41, 90	100
1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, C	10	100
1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, C	13	100
1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, C	30, 41, 90	100

4.2 - Cas particuliers

- Pour les séjours en attente de décision sur le taux de prise en charge du patient : on utilise le taux de remboursement du fichier ANO si celui-ci est égal à 80 ou 90%. Dans les autres cas, on applique un taux de remboursement de 80%. Le forfait journalier est à la charge de l'assuré.

- Pour les séjours de radiothérapie (GHM 28Z11Z, 28Z18Z, 28Z19Z, 28Z20Z, 28Z21Z, 28Z22Z, 28Z23Z, 28Z24Z, 28Z25Z), les séjours de nouveau-nés avec un âge inférieur ou égal à 30 jours et les séjours avec prélèvements d'organes, le taux de remboursement est forcé à

100% et l'assuré est exonéré du forfait journalier (y compris pour les séjours en attente de décision sur le taux de prise en charge et en attente de décision sur les droits du patient).

- Pour les séjours valorisés (cf point 3) avec un forfait innovation (I01 et I02), le taux de remboursement est forcé à 100% et le forfait journalier n'est pas applicable (y compris pour les séjours en attente de décision sur le taux de prise en charge).

- Pour les séjours de plus de 30 jours (délai compté à partir de la date de 1^{ère} hospitalisation du fichier VIDHOSP), avec un code justification d'exonération du TM égal à 2 et avec transfert depuis le MCO (mode d'entrée et provenance= 71), le taux de remboursement calculé est de 100%. Pour tous les autres séjours avec une exonération du TM égale à 2, le taux de remboursement calculé est de 80%.

- Pour les séjours des patients détenus, le taux de remboursement utilisé est le taux moyen de remboursement calculé sur la base des RSA de l'année N-1 sur les séjours valorisés par GHS.

5 – Calcul des Réhospitalisations dans le même GHM

5.1 - Séjours pris en compte dans l'analyse

- Les séjours valorisés :

avec :

- codes retours 1 à 9 du fichier ANO égaux à 0 (position 22 à 30 dans le fichier)
- âge et sexe constants pour un même patient (écart d'un an accepté pour l'âge)
- avec un mois identique entre les fichiers ANO et RSA

hors :

- séances

5.2 - Sélection des séjours avec réhospitalisation dans le même GHM

- Hospitalisations successives avec groupage du 2^{ème} séjour dans le même GHS que le 1^{er}
- Mode de sortie du 1^{er} séjour '71'
- Mode d'entrée du 2^{ème} séjour '71'
- Durée entre les deux hospitalisations : >2 et <=10 jours

6 – Calcul du Forfait Innovation

- Le groupage des séjours en I01 ou I02 est effectué par GENRSA.
- Un contrôle est effectué sur le numéro finess des séjours groupés en I01 et I02 afin de voir s'il appartient à la liste des établissements participant à l'étude. Dans le cas contraire, la valorisation des séjours concernés se fait de façon standard sur la base du GHS.
- Les séjours non valorisés (cf. point 3 *Séjours supprimés de la valorisation*) ne bénéficient pas du forfait innovation (y compris les séjours en AME et SU). Les éventuels séjours concernés en AME et SU sont valorisés sur la base du GHS.

7 – Calcul Minoration forfaitaire liste en sus

Cette minoration de 40€ est déduite du montant du séjour. Les conditions d'application sont les suivantes :

- RSA groupé en GHS 9606 (Chimiothérapie pour tumeur, en séances) ou 9616 (Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances)
- Prescription d'un moins une UCD de la liste en sus pour ce RSA
- En cas de RSA multi séances, la minoration est déduite autant de fois que de séances
- La minoration n'est pas appliquée en cas de décès du patient

8 - Valorisation

8.1 - Eléments entrant dans la valorisation

GHS (y compris forfaits dialyse D11, D20, D21 et D24 et forfaits innovation I01 et I02)

Extrême haut

Extrême bas (à déduire)

Réhospitalisations dans le même GHM (à déduire)

Minoration forfaitaire liste en sus (à déduire)

Les suppléments de radiothérapie

Les suppléments de radiothérapie pédiatrique (RAP)

Les suppléments REA

Les suppléments REP

Les suppléments NN1

Les suppléments NN2

Les suppléments NN3

Les suppléments ANT

Les suppléments prélèvements organes

Les suppléments caissons hyperbares

Les suppléments d'aphérèses sanguines

Les suppléments de dialyse (dont DIP)

Les suppléments de soins intensifs

Les suppléments de surveillance continue

8.2 - Calcul des montants

8.2.1 - Calcul du montant BR

- Pour les GHS (ou forfaits dialyse), suppléments, minoration forfaitaire liste en sus et EXH :
Tarif BO * quantité * coefficient géographique

- Pour les forfaits innovation : Montant du forfait

- Pour les EXB :

- Si la variable type de séjour inférieur à la borne EXB = 1 alors : forfait EXB * coefficient géographique
- Si la variable type de séjour inférieur à la borne EXB = 2 alors : nombre journées EXB * tarif EXB * coefficient géographique

- Pour les réhospitalisations dans le même GHM : (((Tarif BO * coefficient géographique) + mnt EXB)/2) * quantité

6.2.2 - Calcul du Montant AM

- Pour les GHS (ou forfaits dialyse):

Cas général :

- $(mnt\ BR * coef\ transition * coef\ prudentiel * tx\ remb) - 18_{(1)} - mnt\ FJ_{(2)}$

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

- $(mnt\ BR * coef\ transition * coef\ prudentiel) - 18_{(1)} - mnt\ FJ_{(3)}$

(1) : si facturation des 18 euros

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

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

Pour les séjours des patients détenus :

- $(Montant\ BR \times Coefficient\ transition \times Coefficient\ prudentiel \times Taux\ remboursement\ Moyen) - Montant\ forfait\ journalier * taux\ moyen\ de\ journées\ avec\ forfait\ journalier - Montant\ moyen\ de\ la\ participation\ forfaitaire\ de\ 18\ euros.$

Les valeurs de références moyennes sont calculées sur la base de l'année N-1 par GHS sur les séjours valorisés. Le montant moyen du ticket modérateur n'est calculé que sur les patients non exonérés du ticket modérateur. De plus, la moyenne est lissée en enlevant les valeurs extrêmes hautes (> P95).

- Pour les forfaits innovation :

- Montant du forfait

- Pour les suppléments (hors prélèvement d'organes), EXB, EXH, réhospitalisations dans le même GHM :

Cas général :

- $Montant\ BR * coefficient\ de\ transition * coefficient\ prudentiel * taux\ de\ remboursement$

Pour les séjours des patients détenus :

- $Montant\ BR * coefficient\ de\ transition * coefficient\ prudentiel * taux\ de\ remboursement\ moyen\ (calculé\ par\ GHS\ sur\ la\ base\ N-1).$

- Pour les prélèvements d'organe :

- $Montant\ BR * coefficient\ prudentiel$

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

8.2.3 - Cas particuliers

- Forfait Innovation

Il s'agit d'une prise en charge forfaitaire par l'Assurance Maladie : seul le forfait innovation est valorisé pour le séjour (pas de suppléments ni de liste en sus, pas d'application du taux de remboursement, des coefficients ou du forfait journalier).

- EXH

Si la variable exonération du ticket modérateur (fichier ANO) est égale à 2, alors les EXH sont valorisés avec un taux de remboursement de 100% au-delà du 30^{ème} jour d'hospitalisation (délai compté à partir de la date de 1^{ère} hospitalisation du fichier VIDHOSP).

- Suppléments de soins intensif et surveillance continue

Ces deux types de suppléments sont soumis à une limitation (nombre de lits maximum autorisés). Cette information est saisie par les ARS sous Epmsi.

9 - Montant remboursable par l'organisme complémentaire (AMC)

Cas général :

- Correspond au Montant total du séjour remboursable pour l'AMC renseignée dans le fichier VIDHOSP.

Pour les séjours des patients détenus :

- Montant du Reste A Charge estimé : montant moyen du ticket modérateur fournie par ANO-HOSP + Montant forfait journalier taux moyen de journées avec forfait journalier+ montant moyen de la participation PF18
Toutes les valeurs moyennes sont calculées par GHS sur les séjours valorisés de la Base de l'année N-1.

VALORISATION MOLECULES ONEREUSES 2016

Si la période (position 63-64) n'est pas remplie dans le fichier FICHCOMP, on crée cette variable qui correspond au mois de sortie du patient dans le RSA pour le séjour considéré.

1 - Séjours et codes UCD supprimés

- Les UCD des séjours supprimés au niveau de la valorisation des RSA (cf. plus haut)
- Les codes UCD administrés hors période
- Les codes UCD appartenant à des séjours valorisés en forfait innovation
- Les codes UCD qui n'apparaissent pas dans la liste de référence à une période donnée

2 – Valorisation

Soit :

nb : le nombre d'UCD valorisé

dep : le montant établissement

dep_aut : le montant autorisé

dep_val : le montant valorisé

2.1 - Nombre valorisé

nb = nombre FICHCOMP⁽¹⁾ – nombre d'UCD en essai thérapeutique⁽²⁾

(1) Ce nombre correspond à $\text{nombre}_{(\text{position } 43/52)} / (\text{nbsej}_{(\text{position } 28-33)} * 1000)$

(2) ce nombre correspond au nombre d'UCD FICHCOMP dont le montant correspondant est à 0

2.2 – Montant établissement

dep = montant rempli dans FICHCOMP⁽¹⁾

(1) Ce montant correspond à $\text{montant}_{(\text{position } 53/62)} / (\text{nbsej}_{(\text{position } 28-33)} * 1000)$

2.3 – Montant autorisé

dep_aut = nb * tarif de responsabilité

Si le tarif de responsabilité n'existe pas encore pour une molécule alors qu'elle est inscrite sur la liste, on le remplace par le prix moyen de l'UCD : $\text{montant FICHCOMP} / \text{nombre FICHCOMP}$

2.4 – Montant valorisé

Le montant valorisé est égal :

- au montant autorisé si le montant établissement est supérieur ou égal au montant autorisé :

Si $0 \leq \text{dep_aut} \leq \text{dep}$ alors $\text{dep_val} = \text{dep_aut}$

- au montant établissement + 50% de l'écart entre le montant établissement et le montant autorisé si le montant établissement est inférieur au montant autorisé :

Si $\text{dep_aut} > \text{dep}$ alors $\text{dep_val} = \text{dep} + (\text{dep_aut} - \text{dep}) / 2$

VALORISATION DMI 2016

Si la période (position 57-58) n'est pas remplie dans le fichier FICHCOMP, on crée cette variable qui correspond au mois de sortie du patient dans le RSA pour le séjour considéré.

1 - Séjours et codes LPP supprimés

- Les DMI des séjours supprimés au niveau de la valorisation des RSA (cf. plus haut)
- Les DMI posés hors période
- Les codes LPP avec un montant à 0
- Les codes LPP appartenant à des séjours valorisés en forfait innovation
- Les codes LPP qui n'apparaissent pas dans la liste de référence à une période donnée

2 – Valorisation

Soit :

nb : le nombre de LPP valorisé

dep : le montant établissement

dep_aut : le montant autorisé

dep_val : le montant valorisé

2.1 - Nombre valorisé

nb= nombre FICHCOMP

Les valves aortiques (codes LPP 3239144, 3205292, 3269300) ne sont valorisées que si la variable "Top valves aortiques percutanées" est positionnée à 1 dans le RSA (position 132).

Cette variable vaut 1 si :

- au moins un acte de pose de valve aortique est déclaré (actes DBLA0040 et DBLF0010)
- et l'autorisation d'UM 60 est valide

2.2 – Montant établissement

dep = montant rempli dans FICHCOMP

2.3 – Montant autorisé

dep_aut = nb * tarif de responsabilité

Si le tarif de responsabilité n'existe pas encore pour un DMI alors qu'il est inscrit sur la liste, on le remplace par le prix moyen du DMI : montant FICHCOMP/nombre FICHCOMP

2.4 – Montant valorisé

Le montant valorisé est égal :

- au montant autorisé si le montant établissement est supérieur ou égal au montant autorisé :

Si $0 \leq \text{dep_aut} \leq \text{dep}$ alors $\text{dep_val} = \text{dep_aut}$

- au montant établissement + 50% de l'écart entre le montant établissement et le montant autorisé si le montant établissement est inférieur au montant autorisé :

Si $\text{dep_aut} > \text{dep}$ alors $\text{dep_val} = \text{dep} + (\text{dep_aut} - \text{dep}) / 2$

VALORISATION AME 2016

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

Valorisation

- Pour les GHS et suppléments :
(80%*mnt BR*coef transition)

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

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

VALORISATION SU 2016

Les séjours en SU sont repérés à partir des variables du fichier ANO : [séjours facturable à l'AM] codée à 0 (= Séjour non facturable) et [motif de non facturation à l'AM] codée à 4 (=Patient pris en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents). Les IVG et les PO sont hors champ.

Valorisation

- Pour les GHS et suppléments :
(80%*mnt BR*coef transition)

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

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

VALORISATION IVG 2016

1- Calcul des prestations IVG du RSA

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

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

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

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

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

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

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

2- Séjours supprimés de la valorisation

- Les séjours non pris en charge par l'assurance maladie
 - Les séjours en attente de décision sur les droits du patient
 - Les séjours avec problèmes de chainage
 - Les séjours avec problème de codage des variables bloquantes
- (cf. point 3 « Séjours supprimés de la valorisation » de la partie sur la valorisation des RSA)

3- Valorisation

Montant BR :

Tarif BO * quantité

Montant AM :

Mnt BR * taux de remboursement

Le taux de remboursement utilisé est celui rempli par l'établissement dans son fichier VIDHOSP. Ce taux devrait être de 100% depuis le 31 Mars 2013.