

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 VisualValoSej 2020 v1.8.x

Les questions concernant VisualValoSej 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 :

VisualValoSej [campagne 2020] 1.8.2.0

Fichier ?

Identification établissement

FINESS :

Emplacement des archives GENRSA

☒ Utiliser l'emplacement par défaut (recommandé)

Période

Emplacement des fichiers en sortie

Accéder à l'emplacement des fichiers en sortie

Télécharger la valorisation des séjours

Quitter

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 : [FINESS].[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 GENRSA doivent être à disposition de l'application VisualValoSej.

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
coefseg	Coefficient Segur
coefgeo	Coefficient géographique
taux2	Taux de remboursement
mnt_majo	Montant majoration du parcours de soin
tmf	Ticket modérateur forfaitaire
mnt_fj2	Montant du forfait journalier
mnt_ghs	Valorisation BR GHS
mnt_ghs_am	Valorisation AM GHS
sejxinf	Type de séjour inférieur à la borne extrême basse
nbexb	Nb journées EXB
mnt_exinf	Valorisation BR EXB
mnt_exinf_am	Valorisation AM EXB
ghs50	Nb séjours avec réhospitalisation dans le même GHM
mnt_ghs50	Valorisation BR des séjours avec réhospitalisation dans le même GHM
mnt_ghs50_am	Valorisation AM des séjours avec réhospitalisation dans le même GHM
nbexh	Nombre de journées EXH
mnt_exh	Valorisation BR EXH
mnt_exh_am	Valorisation AM EXH
mnt_supphd	Valorisation BR suppléments pour hémodialyse hors séance
mnt_supphd_am	Valorisation AM suppléments pour hémodialyse hors séance
mnt_suppent1	Valorisation BR suppléments pour entraînements à la dialyse péritonéale automatisée hors séance
mnt_suppent1_am	Valorisation AM suppléments pour entraînements à la dialyse péritonéale automatisée hors séance
mnt_suppent2	Valorisation BR suppléments pour entraînements à la dialyse péritonéale continue ambulatoire hors séance
mnt_suppent2_am	Valorisation AM suppléments pour entraînements à la dialyse péritonéale continue ambulatoire hors séance
mnt_suppent3	Valorisation BR suppléments pour entraînements à l'hémodialyse hors séance
mnt_suppent3_am	Valorisation AM suppléments pour entraînements à l'hémodialyse hors séance
mnt_dip	Valorisation BR suppléments de dialyse DIP

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	Valorisation BR PO1
mnt_po1_am	Valorisation AM PO1
mnt_po2	Valorisation BR PO2
mnt_po2_am	Valorisation AM PO2
mnt_po3	Valorisation BR PO3
mnt_po3_am	Valorisation AM PO3
mnt_po4	Valorisation BR PO4
mnt_po4_am	Valorisation AM PO4
mnt_po5	Valorisation BR PO5
mnt_po5_am	Valorisation AM PO5
mnt_po6	Valorisation BR PO6
mnt_po6_am	Valorisation AM PO6
mnt_po7	Valorisation BR PO7
mnt_po7_am	Valorisation AM PO7
mnt_po8	Valorisation BR PO8
mnt_po8_am	Valorisation AM PO8
mnt_po9	Valorisation BR PO9
mnt_po9_am	Valorisation AM PO9
mnt_poa	Valorisation BR POA
mnt_poa_am	Valorisation AM POA
nb_9610	Nombre d'actes menant dans le GHS 9610
mnt_9610	Valorisation BR 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	Valorisation BR 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	Valorisation BR 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	Valorisation BR 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	Valorisation BR 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	Valorisation BR 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	Valorisation BR 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	Valorisation BR 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	Valorisation BR 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	Valorisation BR 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	Valorisation BR actes menant dans le GHS 9615
mnt_9615_am	Valorisation AM actes menant dans le GHS 9615
nbjrea	Nb suppléments de réanimation
mnt_rea	Valorisation BR suppléments de réanimation
mnt_rea_am	Valorisation AM suppléments de réanimation
nbrep	Nb suppléments de réanimation pédiatrique
mnt_rep	Valorisation BR suppléments de réanimation pédiatrique
mnt_rep_am	Valorisation AM suppléments de réanimation pédiatrique
nb_stf2	Nb suppléments de soins intensifs
mnt_si	Valorisation BR suppléments soins intensifs
mnt_si_am	Valorisation AM suppléments soins intensifs
nb_src2	Nb suppléments de surveillance continue
mnt_sc	Valorisation BR suppléments de surveillance continue
mnt_sc_am	Valorisation AM suppléments de surveillance continue
nb_nn1	Nb suppléments de néonate sans SI
mnt_nn1	Valorisation BR 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	Valorisation BR suppléments de néonate avec SI
mnt_nn2_am	Valorisation AM suppléments de néonate avec SI
nb_nn3	Nb suppléments de réanimation néonate
mnt_nn3	Valorisation BR suppléments de réanimation néonate
mnt_nn3_am	Valorisation AM suppléments de réanimation néonate
nbcaisson	Nb suppléments caisson hyperbare
mnt_caisson	Valorisation BR suppléments caisson hyperbare

mnt_caisson_am	Valorisation AM suppléments caisson hyperbare
nb_rap	Nb suppléments de radiothérapie pédiatrique
mnt_rap	Valorisation BR suppléments de radiothérapie pédiatrique
mnt_rap_am	Valorisation AM suppléments de radiothérapie pédiatrique
nb_ant	Nb suppléments antepartum
mnt_ant	Valorisation BR suppléments antepartum
mnt_ant_am	Valorisation AM suppléments antepartum
nb_inno	Nb suppléments Forfait Innovation
mnt_inno	Valorisation BR suppléments Forfait Innovation
mnt_inno_am	Valorisation AM suppléments Forfait Innovation
nb_sdc	Nb suppléments défibrillateur cardiaque
mnt_sdc	Valorisation BR suppléments défibrillateur cardiaque
mnt_sdc_am	Valorisation AM suppléments défibrillateur cardiaque
mnt_mon	Valorisation accordée molécules onéreuses
mnt_dmi	Valorisation accordée DMI
mnt_med_atu	Valorisation accordée médicaments ATU/POST ATU
mnt_ivg	Valorisation BR IVG
mnt_ivg_am	Valorisation AM IVG (hors FJS)
mnt_tot	<p>Valorisation totale BR du séjour.</p> <p>C'est la somme de :</p> <p><i>mnt_mon, mnt_dmi, mnt_med_atu, mnt_ghs, mnt_exinf, mnt_ghs50, mnt_exh, mnt_supphd, mnt_suppent1, mnt_suppent2, mnt_suppent3, mnt_dip, mnt_po1, mnt_po2, mnt_po3, mnt_po4, mnt_po5, mnt_po6, mnt_po7, mnt_po8, mnt_po9, mnt_poa, mnt_9610, mnt_9619, mnt_9620, mnt_9621, mnt_9622, mnt_9623, mnt_9625, mnt_9631, mnt_9632, mnt_9633, mnt_9615, mnt_rap, mnt_ant, mnt_rea, mnt_rep, mnt_si, mnt_sc, mnt_nn1, mnt_nn2, mnt_nn3, mnt_caisson, mnt_ivg, mnt_sdc</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, mnt_exinf, mnt_ghs50, mnt_exh, mnt_supphd, mnt_suppent1, mnt_suppent2, mnt_suppent3, mnt_dip, mnt_9610, mnt_9619, mnt_9620, mnt_9621, mnt_9622, mnt_9623, mnt_9625, mnt_9631, mnt_9632, mnt_9633, mnt_9615, mnt_rap, mnt_ant, mnt_rea, mnt_rep, mnt_si, mnt_sc, mnt_nn1, mnt_nn2, mnt_nn3, mnt_caisson, mnt_tjp20e, mnt_fjse, mnt_sdc</i></p>
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
coefrep	Coefficient relatif aux allègements de charges

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 2020

1. TRAITEMENT DES FICHIERS.....	11
A. FICHIER RSA.....	11
B. FICHIER ANO.....	11
C. FICHIER PORG.....	11
D. FICHIER PIE.....	11
E. FICHIER DIALP.....	11
F. FICHIER DMI, MED ET MEDATU.....	11
2. DEFINITION DU CAS DES SEJOURS/SEANCES.....	12
A. SEJOURS/SEANCES VALORISES	12
B. IVG.....	13
C. SEJOURS/SEANCES AME.....	13
D. SEJOURS/SEANCES SU.....	13
E. FORFAIT INNOVATION	13
G. REHOSPITALISATION DANS UN MEME GHM.....	14
3. CALCUL DU TAUX DE REMBOURSEMENT UTILISE ET DU FORFAIT JOURNALIER (APPLICABLE / NON APPLICABLE).....	14
A. SEJOURS VALORISES ET LES IVG	14
B. CAS PARTICULIERS.....	15
C. SEJOURS AME/SU.....	16
4. VALORISATION GHS + SUPPLEMENTS + FORFAIT	16
A. CALCUL DU MONTANT BR.....	16
B. CALCUL DU MONTANT AM.....	17
5. MONTANT REMBOURSABLE POUR L'ORGANISME COMPLEMENTAIRE.....	18
A. CAS GENERAL.....	18
B. POUR LES SEJOURS DES PATIENTS DETENUS	18
6. VALORISATION MOLECULES ONEREUSES	19
A. CALCUL DU NOMBRE D'UCD VALORISES.....	19
B. CALCUL DE LA DEPENSE ETABLISSEMENT	19
C. CALCUL DE LA DEPENSE AU TARIF DE RESPONSABILITE.....	19
D. CALCUL DU MONTANT VALORISE.....	19
7. VALORISATION DMI.....	20
A. CALCUL DU NOMBRE DE LPP VALORISES.....	20
B. CALCUL DE LA DEPENSE ETABLISSEMENT	20
C. CALCUL DE LA DEPENSE AU TARIF DE RESPONSABILITE.....	20
D. CALCUL DU MONTANT VALORISE.....	21
8. VALORISATION ATU/POST-ATU	21
A. CALCUL DU NOMBRE D'UCD VALORISES.....	21
B. CALCUL DU MONTANT VALORISE.....	21

Les règles de valorisation de l'année N s'appliquent à compter du 1er mars. Pour les mois de janvier et février, il faut se référer aux règles de valorisation de l'année N-1. La valorisation du traitement RSA sous OVALIDE permet de calculer les montants pour l'arrêté de versement pour les cas suivants :

- Les séjours/séances valorisés hors AME et SU (GHS MED DMI MEDATU)
- Les séjours/séances des patients AME (GHS MED DMI MEDATU)
- Les séjours/séances des patients SU (GHS MED DMI MEDATU)
- Les IVG
- Les PO
- Le reste à charge des patients détenus.

1. Traitement des Fichiers

Dans ce paragraphe, vous retrouverez la liste des fichiers et les traitements qui sont réalisés pour effectuer la valorisation des séjours.

a. Fichier RSA

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

b. 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.

c. 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) : un seul est gardé.

d. Fichier PIE

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

e. Fichier DIALP

Il sert à la valorisation du code de dialyse DIP.

f. Fichier DMI, MED et MEDATU

Ces fichiers servent à la valorisation des DMI de la liste en sus, des molécules onéreuses de la liste en sus et des médicaments ATU et Post-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.

2. Définition du cas des séjours/séances

a. Séjours/séances valorisés

Les critères de non valorisation des séjours sont les suivants :

- Les séjours en CMD 90
- Les séjours/séances en prestation inter-établissement (variable type de séjour du RSA égale à 'B'), sauf en cas de séances de Radiothérapie, dialyse ou chimiothérapie, où les séjours en PIE sont valorisés.
- Les séjours/séances en GHS 9999
- Les séjours/séances non pris en charge par l'assurance maladie (variable séjour facturable à l'AM du fichier ANO égale à 0)
- Les séjours/séances 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/séances en attente de décision sur les droits du patient (variable séjour facturable à l'AM du fichier ANO égale à 3)
- Les séjours/séances 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/séances 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 séances 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/séances en attente de taux de prise en charge du patient sont valorisés.

b. IVG

La sélection des IVG et la détermination du forfait se fait selon l'algorithme suivant :

- Forfait AMD : GHM 14Z08Z et durée de séjour=0 avec au moins un acte d'anesthésie générale
- Forfait IMD : GHM 14Z08Z et durée de séjour=0 sans acte d'anesthésie générale
- Forfait APD : GHM 14Z08Z et durée de séjour=1 ou 2 avec au moins un acte d'anesthésie générale
- Forfait IPD : GHM 14Z08Z et durée de séjour=1 ou 2 sans acte d'anesthésie générale
- Forfait AMF : GHM 14Z08Z et acte JNJP001 (évacuation d'un utérus gravide par moyen médicamenteux au 1er trimestre de grossesse)

Les critères de non valorisation des IVG sont identiques à celle des séjours/séances ci-dessus (sauf les critères sur le GHS 9999 et les PIE).

c. Séjours/séances AME

Les séjours/séances en AME sont repérés à partir des variables du fichier ANO : [séjours facturables 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.

Les séjours/séances en CMD 90, les séjours/séances en prestation inter-établissement (variable type de séjour du RSA égale à 'B'), sauf en cas de séances de radiothérapie, dialyse ou chimiothérapie et les séjours/séances en GHS 9999 ne sont pas sélectionnés.

d. Séjours/séances SU

Les séjours en SU sont repérés à partir des variables du fichier ANO : [séjours facturables 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.

Les séjours/séances en CMD 90, les séjours/séances en prestation inter-établissement (variable type de séjour du RSA égale à 'B'), sauf en cas de séances de radiothérapie, dialyse ou chimiothérapie et les séjours/séances en GHS 9999 ne sont pas sélectionnés.

e. Forfait Innovation

Le groupage des séjours dans un forfait innovation est effectué par GENRSA. Afin de percevoir ce forfait, les établissements doivent coder les séjours des patients traités dans le cadre de cette prise en charge innovante avec un code spécifique, propre à chaque innovation, au niveau de la variable « n° innovation » du RSA.

Les contrôles suivants sont effectués sur les séjours groupés dans un forfait innovation pour la valorisation :

- Vérification du numéro finess afin de voir s'il appartient à la liste des établissements participant à l'étude.
- Pour le forfait innovation I05, l'âge du patient doit être entre 18 ans et 78 ans (exclus).

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

Les séjours non valorisés 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.

Les forfaits innovation sont exclusifs de toute autre source de financement (hors forfait I04):

- Pas de valorisation des suppléments journaliers, des actes en sus ou des médicaments et DMI de la liste en sus ;
- Pas d'application du taux de remboursement ;
- Pas de facturation du forfait journalier ;
- Pas d'application des coefficients (géographiques ou prudentiels).

Le forfait innovation I04 est valorisé en tant que un supplément en sus de la valorisation du séjour réalisée sur la base du GHS.

g. Réhospitalisation dans un même GHM

La sélection des séjours avec réhospitalisation dans le même GHM répond aux critères suivants :

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

Ces critères sont testés uniquement sur les séjours valorisés (hors séances) 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)

3. Calcul du taux de remboursement utilisé et du forfait journalier (applicable / non applicable)

a. Séjours valorisés et les IVG

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	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

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

Pour les séjours valorisés avec un forfait innovation, 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.

c. Séjours AME/SU

Pour ces séjours, le taux de remboursement utilisé est 80%.

4. Valorisation GHS + Suppléments + Forfait

Voici la liste des éléments entrants dans la valorisation :

- GHS (y compris forfaits dialyse D11, D20, D21, D24 et forfaits innovation)
- Journées EXH (« Extrême haut »)
- Journées EXB (« Extrême bas ») (à déduire)
- Réhospitalisations dans le même GHM (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
- Les suppléments de dialyse (dont DIP)
- Les suppléments de soins intensifs
- Les suppléments de surveillance continue
- Les suppléments pour pose de défibrillateur cardiaque
- Les suppléments pour forfait innovation I04

a. Calcul du montant BR

Pour les GHS, suppléments, journées EXB, journées EXH, le montant est calculé de la manière suivante:

$$\text{Tarif BO} * \text{quantité} * \text{coefficient géographique} * \text{coefficient relatif aux allègements de charges}$$

Pour les réhospitalisations dans le même GHM, le montant est calculé de la manière suivante :

$$\frac{((\text{Tarif BO} * \text{coefficient géographique} * \text{coefficient relatif aux allègements de charges}) + \text{mnt EXB})/2}{\text{quantité}}$$

Pour les forfaits innovation, le montant est calculé de la manière suivante :

$$\text{Montant du forfait Innovation}$$

Pour les forfaits IVG, le montant est calculé de la manière suivante :

Montant du forfait IVG

b. Calcul du Montant AM

Pour les GHS, le calcul du montant AM est effectué de la manière suivante

- Séjours valorisés

$$(Montant\ BR\ GHS * Coefficient\ prudentiel * taux\ de\ remboursement) - Montant\ ticket\ modérateur\ forfait\ (1) - montant\ FJ\ (2)$$

- Séjours valorisés avec un taux de remboursement 80% et (durée en 2017 * 18) + (durée en 2018 ou après * 20) > (0,20 * mnt BR du GHS) :

$$(Montant\ BR\ GHS * Coefficient\ prudentiel) - Montant\ ticket\ modérateur\ forfait\ (1) - montant\ FJ\ (2)$$

(1) Si facturation du ticket modérateur forfaitaire, 24 euros à partir du 01/01/2019.

(2) Si FJ applicable : montant FJ = 18 * (durée en 2017 ou avant) + 20 * (durée en 2018 ou après + 1) ;
si décès, transfert ou mutation : montant FJ = 18 * (durée en 2017 ou avant) + 20 (durée en 2018 ou après)

- Pour les séjours des patients détenus

$$(Montant\ BR\ GHS * Coefficient\ prudentiel * Taux\ remboursement) - MFJ * Taux\ forfait\ journalier$$

Moyen – Montant moyen de la participation forfaitaire de 24 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 séjours des patients AME ou SU

$$Montant\ BR\ GHS * Coefficient\ prudentiel * taux\ de\ remboursement$$

Pour les suppléments (hors prélèvement d'organes et suppléments I04), journées EXB, journées EXH, réhospitalisations dans le même GHM, le calcul du montant AM est effectué de la manière suivante :

$$Montant\ BR * Coefficient\ prudentiel * taux\ de\ remboursement$$

Pour les prélèvements d'organe, le calcul du montant AM est effectué de la manière suivante :

$$Montant\ BR * coefficient\ prudentiel$$

Pour les forfaits innovation, le calcul du montant AM est effectué de la manière suivante :

$$Montant\ du\ forfait\ Innovation$$

Pour les forfaits IVG, le calcul du montant AM est effectué de la manière suivante :

*Montant du forfait IVG * taux de remboursement*

Cas particuliers

- Journées EXH

Si la variable exonération du ticket modérateur (fichier ANO) est égale à 2, alors les journées EXH sont valorisés avec un taux de remboursement de 100% au-delà du 30ème 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. Cette limitation n'est plus effective en 2020.

5. Montant remboursable pour l'organisme complémentaire

a. Cas général

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

b. 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.

6. Valorisation molécules onéreuses

Les critères de non valorisation des codes UCD de la liste en SUS sont les suivants :

- UCD sur des séjours non valorisés (hors séjours IVG, AME ou SU où la valorisation des UCD est similaire à celle des séjours valorisés)
- UCD administrés hors période
- UCD appartenant à des séjours valorisés en forfait innovation
- UCD appartenant pas à la liste de référence
- UCD d'Avastin® (9261104, 9261110) et de ses biosimilaires (9000024, 9000025, 9000099 et 9000100) soumis à la radiation partielle depuis M9 2016
- UCD avec problème d'indication :
 - Pour les séjours postérieurs au 1er septembre 2018 : indication vide ou inexistante
 - Pour les séjours postérieurs au 1er mars 2019 : indication non inscrite sur la liste en SUS

a. Calcul du nombre d'UCD valorisés

$$Nb_val = \text{nombre FICHCOMP} - \text{nombre d'UCD en essai thérapeutique (1)}$$

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

b. Calcul de la dépense établissement

$$Dep_etab = \text{montant rempli dans FICHCOMP}$$

c. Calcul de la dépense au tarif de responsabilité

Cas général :

$$Dep_resp = nb_val * \text{tarif de responsabilité}$$

Pour les établissements DOM:

$$Dep_resp = nb_val * \text{tarif de responsabilité} * 1,16$$

Pour les établissements participant à l'expérimentation MO :

$$Dep_resp = nb_val * \text{tarif de responsabilité} * 50\%$$

Si le tarif de responsabilité n'existe pas encore pour une molécule alors qu'elle est inscrite sur la liste, on le remplace par la dépense établissement.

d. Calcul du montant valorisé

Si la dépense établissement est supérieur ou égal à la dépense au tarif de responsabilité alors le montant valorisé est égal à la dépense au tarif de responsabilité

Si $0 \leq \text{dep_resp} \leq \text{dep_etab}$ alors $\text{mnt_val} = \text{dep_resp}$

Si la dépense établissement est inférieur à la dépense au tarif de responsabilité alors le montant valorisé est égal à la dépense établissement + 50% de l'écart entre la dépense établissement et la dépense au tarif de responsabilité

Si $\text{dep_resp} > \text{dep_etab}$ alors $\text{mnt_val} = \text{dep_etab} + (\text{dep_resp} - \text{dep_etab})/2$

7. Valorisation DMI

Les critères de non valorisation des codes LPP de la liste en SUS sont les suivants :

- LPP sur des séjours non valorisés (hors séjours IVG, AME ou SU où la valorisation des UCD est similaire à celle des séjours valorisés)
- LPP administrés hors période
- LPP appartenant à des séjours valorisés en forfait innovation
- LPP appartenant pas à la liste de référence
- LPP de valves aortiques (3239144, 3205292, 3269300) si la variable "Top valves aortiques percutanées" est différente de 1 dans le RSA. Elle 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

a. Calcul du nombre de LPP valorisés

$\text{Nb_val} = \text{nombre FICHCOMP}$

b. Calcul de la dépense établissement

$\text{Dep_etab} = \text{montant rempli dans FICHCOMP}$

c. Calcul de la dépense au tarif de responsabilité

Cas général :

*$\text{Dep_resp} = \text{nb_val} * \text{tarif de responsabilité}$*

Pour les établissements DOM:

*$\text{Dep_resp} = \text{nb_val} * \text{tarif de responsabilité} * 1,16$*

Pour les établissements participant à l'expérimentation MO :

*$\text{Dep_resp} = \text{nb_val} * \text{tarif de responsabilité} * 50\%$*

Si le tarif de responsabilité n'existe pas encore pour un DMI alors qu'elle est inscrite sur la liste, on le remplace par la dépense établissement.

d. Calcul du montant valorisé

Si la dépense établissement est supérieur ou égal à la dépense au tarif de responsabilité alors le montant valorisé est égal à la dépense au tarif de responsabilité

$$\text{Si } 0 \leq \text{dep_resp} \leq \text{dep_etab} \text{ alors } \text{mnt_val} = \text{dep_resp}$$

Si la dépense établissement est inférieur à la dépense au tarif de responsabilité alors le montant valorisé est égal à la dépense établissement + 50% de l'écart entre la dépense établissement et la dépense au tarif de responsabilité

$$\text{Si } \text{dep_resp} > \text{dep_etab} \text{ alors } \text{mnt_val} = \text{dep_etab} + (\text{dep_resp} - \text{dep_etab})/2$$

8. Valorisation ATU/POST-ATU

Les critères de non valorisation des codes UCD de la liste ATU/POST-ATU sont les suivants :

- UCD sur des séjours non valorisés (hors séjours IVG, AME ou SU où la valorisation des UCD est similaire à celle des séjours valorisés)
- UCD administrés hors période
- UCD appartenant à des séjours valorisés en forfait innovation
- UCD appartenant pas à la liste de référence
- UCD avec problème d'indication :
 - Pour les séjours postérieurs au 1er septembre 2019 : indication vide ou inexistante
 - Pour les séjours postérieurs au 1er janvier 2020 : indication non inscrite en lien avec le code UCD

a. Calcul du nombre d'UCD valorisés

$$\text{Nb_val} = \text{nombre FICHCOMP}$$

b. Calcul du montant valorisé

$$\text{mnt_val} = \text{montant FICHCOMP}$$
