



Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

SIRET n° 180 092 298 00017 – code APE : 8411Z

117, boulevard Marius Vivier Merle
69329 LYON CEDEX 03

Joindre le support technique :

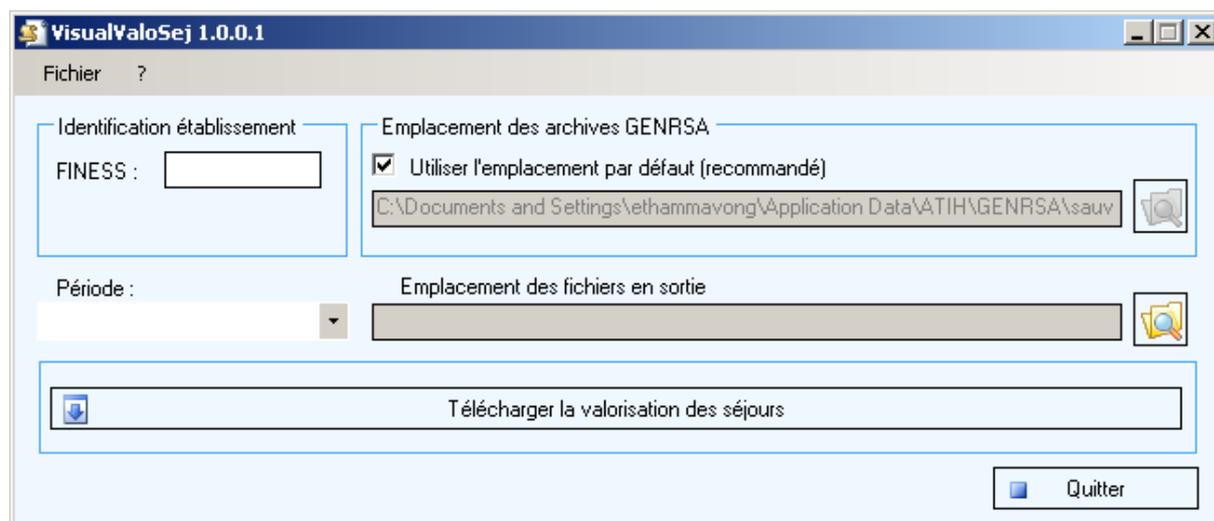
- **Agora** <https://applis.atih.sante.fr/agora>

Manuel d'utilisation de VisualValoSej 2010 v1.x

Les questions concernant ValoSej pourront être adressées sur la plateforme AGORA <https://applis.atih.sante.fr/agora>

Dans le dossier Agora > Logiciels > MCO > ValoSej

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. Renseigner la période (format : année + M + mois)
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

Installation du logiciel VisualValoSej

1. Accédez à la plateforme de téléchargement en tapant l'adresse suivante : <http://download.atih.sante.fr/>
2. Cliquez sur la lettre « V ».
3. Cliquez sur le lien hypertexte « VisualValoSej xxx » correspondant.

© 2004 ATIH

Accueil Services en ligne Espace de téléchargement

Information pour le produit : VisualValoSej 1.0.0.0 Choisir un autre produit

VisualValoSej 1.0.0.0

VisualValoSej est un logiciel de téléchargement et de visualisation des fichiers de valorisation des séjours destiné aux établissements ex-DG.

Il est recommandé d'installer le logiciel VisualValoSej sur le poste informatique à partir duquel vous réalisez les traitements GENRSA. VisualValoSej utilisant les fichiers de sauvegarde de l'année 2010 générés par ces applications.

INFORMATION: Le programme d'installation fourni permet l'installation complète du logiciel.

PRE-REQUIS:

- framework .net 2.0 : <http://www.microsoft.com/downloads/details.aspx?familyid=0856each-4362-4b0d-8edd-aab15c5e04f5&displaylang=en>

Les fichiers à télécharger...		
VisualValoSej1000.zip	22/12/2010	1,24 Mo
VisualValoSej.pdf	22/12/2010	579,51 Ko
VisualValoSej1000.exe	22/12/2010	1,26 Mo

Terminé

4. Enregistrez ou exécutez le fichier d'installation.

Pré-requis

Le poste informatique doit obligatoirement avoir un accès à Internet afin de récupérer les signatures et de pouvoir transférer ses fichiers à 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 DONNEES VISUALISEES	
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)
finess	Numéro FINESS de l'établissement
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.
ghs	Numéro du GHS
ponder	Nombre de séjours ou nombre de séances
coeftrans	Coefficient de transition
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
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_d15_am	Valorisation AM suppléments de dialyse D15
mnt_d16_am	Valorisation AM suppléments de dialyse D16
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_d15	Nb suppléments dialyse D15
nb_d16	Nb suppléments dialyse D16
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
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 PO8
nb687	Nombre d'actes menant dans le GHS 9610
mnt_687_am	Valorisation AM actes menant dans le GHS 9610
nb688	Nombre d'actes menant dans le GHS 9611
mnt_688_am	Valorisation AM actes menant dans le GHS 9611
nb689	Nombre d'actes menant dans le GHS 9612
mnt_689_am	Valorisation AM actes menant dans le GHS 9612
nb_9515	Nombre d'actes menant dans le GHS 9619
mnt_9515_am	Valorisation AM actes menant dans le GHS 9619
nb_9524	Nombre d'actes menant dans le GHS 9620
mnt_9524_am	Valorisation AM actes menant dans le GHS 9620
nb_6523	Nombre d'actes menant dans le GHS 6523
mnt_6523_am	Valorisation AM actes menant dans le GHS 6523
nb_9621	Nombre d'actes menant dans le GHS 9621
mnt_9621_am	Valorisation AM actes menant dans le GHS 9621
nb_9615	Nombre d'actes menant dans le GHS 9615
mnt_9615_am	Valorisation AM actes menant dans le GHS 9615
nb_9622	Nombre d'actes menant dans le GHS 9622
mnt_9622_am	Valorisation AM actes menant dans le GHS 9622
nbjrea	Nb suppléments de réanimation
mnt_rea_am	Valorisation AM suppléments de réanimation
nbrep	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
mnt_mon	Valorisation accordée molécules onéreuses
mnt_dmi	Valorisation accordée DMI

mnt_ivg_am	Valorisation AM IVG (hors FJS)
mnt_ivgfs_am	Valorisation AM FJS
mnt_tot_am	Valorisation totale AM du séjour. C'est la somme de : mnt_mon, mnt_dmi, 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_d15_am, mnt_d16_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_687_am, mnt_688_am, mnt_689_am, mnt_9515_am, mnt_9524_am, mnt_6523_am, mnt_9621_am, mnt_9615_am, mnt_9622_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_ivgfs_am.

Règles de valorisation 2009

VALORISATION RSA 2009

Avant le 1^{er} mars 2009, la valorisation se fait de la même façon qu'en 2008.

1 - Recodage des variables

Dans le fichier de RSA :

- Si l'année de sortie n'est pas égale à 2009, 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, majoration du parcours de soins) sont divisées par le nombre de venues

2 - Fichiers PORG, PIE et DIAP

2.1 - Fichier PORG

- Le forfait PO4 n'est pas cumulable avec les forfaits PO1, PO2, PO3 ; si cumul, c'est le forfait PO4 qui l'emporte. On ne valorise qu'un seul PO4 par séjour.
- Les forfaits PO5 à PO9 ne sont pas cumulables avec eux-mêmes.

2.2 - Fichier PIE

Il sert à la valorisation des suppléments réalisés en prestation inter-établissement.

2.3 - Fichier DIAP

Il sert à la valorisation des codes de dialyse D15 et D16 :

Soit : $nb = (durée\ de\ séjour / 7)$ et

nb_sem le nombre de codes D15 ou D16 remplis dans le fichier (position 31-40).

Le nombre de codes D15 ou D16 valorisés par séjour sera la valeur minimum entre nb et nb_sem.

3 - Séjours supprimés de la valorisation

- Les séjours en CMD 90 (hors GHM 90H02Z et 90H03Z)
- Les séjours en prestation inter-établissement (variable type de séjour du RSA égale à 'B')
- Les séjours en GHS 9999
- Les séjours non pris en charge par l'assurance maladie et en attente de décision sur les droits du patient (variable séjour facturable à l'AM du fichier ANO égale à 0 ou 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 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)

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 28Z08Z, 28Z09Z, 28Z11Z, 28Z12Z, 28Z13Z), les séjours de nouveau-nés (CMD 15) et les séjours avec prélèvements

d'organes, le taux de remboursement est de 100% et l'assuré est exonéré du forfait journalier.

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 7 du fichier ANO égaux à 0 (position 22 à 28 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
- séjours avec GHM de niveau J ou T
- séjours en GHM : 01M36E, 01M37E, 04M24E, 05K14Z, 05M21E, 05M22E, 06K02Z, 11K03Z, 11K04Z, 11K05Z, 11K06Z, 11K07Z, 12K02Z, 12K03Z, 13K02Z, 13K03Z, 13K04Z, 13K05Z, 18M13E, 22Z03Z, 23K02Z

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 - Valorisation

6.1 - Eléments entrant dans la valorisation

GHS

Extrême haut

Extrême bas (à déduire)

Réhospitalisations dans le même GHM (à déduire)

Les suppléments de radiothérapie

Les suppléments REA

Les suppléments REP

Les suppléments NN1

Les suppléments NN2

Les suppléments NN3

Les suppléments prélèvements organes

Les suppléments caissons hyperbares

Les suppléments d'aphérèses sanguines

Les suppléments de dialyse (dont D15 et D16)

Les suppléments de soins intensifs
Les suppléments de surveillance continue

6.2 - Calcul des montants

6.2.1 - Calcul du montant BR

- Pour les GHS, suppléments et EXH : Tarif BO * quantité * coefficient géographique
- 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:
 - (Montant BR * coefficient de transition * taux de remboursement)-18₍₁₎-mnt majoration parcours de soin-mnt FJ₍₂₎
(1) : si facturation des 18 euros (variable du fichier ANO)
(2) : mnt FJ= 16*(durée séjour+1) ou, si décès, mnt FJ=16*durée séjour → appliqué seulement dans les cas où forfait journalier applicable (variable calculé dans la section 4.1) et taux de remboursement = 100%
- Pour les suppléments (hors prélèvement d'organes), EXB, EXH, réhospitalisations dans le même GHM :
 - Montant BR * coefficient de transition * taux de remboursement
- Pour les prélèvements d'organe :
 - Montant BR

6.2.3 - Cas particuliers

- 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 ARH sous Epmsi.

VALORISATION RAFAEL 2009

1 - Factures supprimées

On ne valorise pas :

- les factures hors période (année du RAFAEL B ou C différente de 2009)
- Les factures ATU, FFM, SE, D12, D13, D14, D15, D16, D20, D21 avec un prix unitaire différent du tarif BO
- Les factures ayant des codes n'appartenant pas à la liste autorisée
- Les factures codées comme non facturables à l'AM ou en attente de droits

2 – Valorisation

Les codes issus des RAFAEL B et C sont valorisés.

Les montants BR et remboursable sont recalculés par MAT2A.

Création d'un code PAE (s'il n'existe pas) qui repère les factures auxquelles on doit enlever la participation assuré de 18 euros (une seule fois par facture). Le montant correspondant est déduit au niveau de la valorisation des codes NGAP

2.1 - Calcul du Montant base de remboursement

- Pour les ATU, FFM, SE
Prix unitaire* quantité * coefficient * coefficient géographique * coefficient de transition
- Pour les alternatives à la dialyse
Prix unitaire * quantité * coefficient * coefficient géographique * coefficient de transition
- Pour les majorations de nuit et férié (N ou F) et les actes CCAM (si le coefficient de transition n'est pas intégré dans le RAFAEL)
Mnt BR₍₁₎ * coefficient de transition
(1) Montant BR du fichier de RAFAEL
- Pour les forfaits techniques et codes NGAP
Prix unitaire * quantité * coefficient * coefficient de transition

2.2 - Calcul du Montant AM

- Pour les ATU, FFM, SE
Mnt BR * 0,94
- Pour les alternatives à la dialyse
Avant le 1^{er} mars : Mnt BR
Après le 1^{er} mars : Mnt BR * taux
- Pour les majorations de nuit et férié (N ou F) et les actes CCAM
Mnt BR * taux
- Pour les forfaits techniques et codes NGAP
Mnt BR * taux

VALORISATION MOLECULES ONEREUSES 2009

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

- On supprime les mêmes séjours qu'au niveau de la valorisation des RSA (cf. plus haut)
- Les codes UCD qui n'apparaissent pas dans la liste de référence à une période donnée sont supprimés

2 – Valorisation

Soit :

nb09 : le nombre d'UCD valorisé

dep09 : le montant établissement

dep09_aut : le montant autorisé

dep09_val : le montant valorisé

2.1 - Nombre valorisé

nb09 = 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

Dep09 = 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

Dep09_aut = nb09 * tarif de responsabilité * coefficient géographique

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 $0 \leq \text{dep09_aut} \leq \text{dep09}$ alors $\text{dep09_val} = \text{dep09_aut}$

- 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 $dep09_aut > dep09$ alors $dep09_val = dep09 + (dep09_aut - dep09) / 2$

VALORISATION DMI 2009

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

- On supprime les mêmes séjours qu'au niveau de la valorisation des RSA (cf. plus haut)
- Les codes LPP qui n'apparaissent pas dans la liste de référence à une période donnée sont supprimés

2 – Valorisation

Soit :

nb09 : le nombre de LPP valorisé

dep09 : le montant établissement

dep09_aut : le montant autorisé

dep09_val : le montant valorisé

2.1 - Nombre valorisé

nb09= nombre FICHCOMP

2.2 – Montant établissement

Dep09 = montant rempli dans FICHCOMP

2.3 – Montant autorisé

Dep09_aut = nb09 * tarif de responsabilité * coefficient géographique

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 $0 \leq \text{dep09_aut} \leq \text{dep09}$ alors $\text{dep09_val} = \text{dep09_aut}$

- 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 $\text{dep09_aut} > \text{dep09}$ alors $\text{dep09_val} = \text{dep09} + (\text{dep09_aut} - \text{dep09}) / 2$

Règles de valorisation 2010

VALORISATION RSA 2010

Avant le 1^{er} mars 2010, la valorisation se fait de la même façon qu'en 2009.

1 - Recodage des variables

Dans le fichier de RSA :

- Si l'année de sortie n'est pas égale à 2010, 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, majoration du parcours de soins) sont divisées par le nombre de venues

2 - Fichiers PORG, PIE et DIAP

2.1 - Fichier PORG

- Le forfait PO4 n'est pas cumulable avec les forfaits PO1, PO2, PO3 ; si cumul, c'est le forfait PO4 qui l'emporte. On ne valorise qu'un seul PO4 par séjour.

- Les forfaits PO5 à PO9 ne sont pas cumulables avec eux-mêmes sur un même séjour.

2.2 - Fichier PIE

Il sert à la valorisation des suppléments réalisés en prestation inter-établissement.

2.3 - Fichier DIAP

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 et en attente de décision sur les droits du patient (variable séjour facturable à l'AM du fichier ANO égale à 0 ou 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 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 28Z08Z, 28Z09Z, 28Z11Z, 28Z12Z, 28Z13Z, 28Z18Z), les séjours de nouveau-nés (CMD 15) et les séjours avec prélèvements d'organes, le taux de remboursement est de 100% et l'assuré est exonéré du forfait journalier.

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 7 du fichier ANO égaux à 0 (position 22 à 28 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
- séjours avec GHM de niveau J ou T
- séjours en GHM : 01M36E, 01M37E, 04M24E, 05K14Z, 05M21E, 05M22E, 06K02Z, 07K02Z, 11K03Z, 11K04Z, 11K05Z, 11K06Z, 11K07Z, 12K02Z, 12K03Z, 13K02Z, 13K03Z, 13K04Z, 13K05Z, 18M13E, 22Z03Z, 23K02Z

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 - Valorisation

6.1 - Eléments entrant dans la valorisation

GHS

Extrême haut

Extrême bas (à déduire)

Réhospitalisations dans le même GHM (à déduire)

Les suppléments de radiothérapie

Les suppléments REA

Les suppléments REP

Les suppléments NN1

Les suppléments NN2

Les suppléments NN3

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

6.2 - Calcul des montants

6.2.1 - Calcul du montant BR

- Pour les GHS, suppléments et EXH : Tarif BO * quantité * coefficient géographique
- 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:
 - (Montant BR * coefficient de transition * taux de remboursement)-18₍₁₎-mnt majoration parcours de soin-mnt FJ₍₂₎
(1) : si facturation des 18 euros (variable du fichier ANO)
(2) : mnt FJ= 18*(durée séjour+1) ou, si décès, mnt FJ=18*durée séjour → appliqué seulement dans les cas où forfait journalier applicable (variable calculé dans la section 4.1) et taux de remboursement = 100%
- Pour les suppléments (hors prélèvement d'organes), EXB, EXH, réhospitalisations dans le même GHM :
 - Montant BR * coefficient de transition * taux de remboursement
- Pour les prélèvements d'organe :
 - Montant BR

6.2.3 - Cas particuliers

- 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 ARH sous Epmsi.

VALORISATION RAFAEL 2010

1 - Factures supprimées

On ne valorise pas :

- les factures hors période (année du RAFAEL B ou C différente de 2010)
- Les factures avec ATU, FFM, SE, D12, D13, D14, D15, D16, D20, D21, D22 et D23 avec un prix unitaire différent du tarif BO ou différent du tarif BO multiplié par le coefficient géographique
- Les factures ayant des codes n'appartenant pas à la liste autorisée
- Les factures codées comme non facturables à l'AM ou en attente de droits

2 – Valorisation

Les codes issus des RAFAEL B et C sont valorisés.

Les montants BR et remboursable sont recalculés par MAT2A.

Création d'un code PAE (s'il n'existe pas) qui repère les factures auxquelles on doit enlever la participation assuré de 18 euros (une seule fois par facture). Le montant correspondant est déduit au niveau de la valorisation des codes NGAP

2.1 - Calcul du Montant base de remboursement

- Pour les ATU, FFM, SE
Prix unitaire * quantité * coefficient * coefficient géographique * coefficient de transition
- Pour les alternatives à la dialyse
Prix unitaire * quantité * coefficient * coefficient géographique * coefficient de transition
- Pour les majorations de nuit et férié (N ou F) et les actes CCAM (si le coefficient de transition n'est pas intégré dans le RAFAEL)
Mnt BR₍₁₎ * coefficient de transition
(1) Montant BR du fichier de RAFAEL
- Pour les forfaits techniques et codes NGAP
Prix unitaire * quantité * coefficient * coefficient de transition

2.2 - Calcul du Montant AM

- Pour les ATU, FFM, SE
Mnt BR * 0,94
- Pour les alternatives à la dialyse
Mnt BR * taux

- Pour les majorations de nuit et férié (N ou F) et les actes CCAM
Mnt BR * taux

- Pour les forfaits techniques et codes NGAP
Mnt BR * taux

VALORISATION MOLECULES ONEREUSES 2010

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

- On supprime les mêmes séjours qu'au niveau de la valorisation des RSA (cf. plus haut)
- Les codes UCD qui n'apparaissent pas dans la liste de référence à une période donnée sont supprimés

2 – Valorisation

Soit :

nb10 : le nombre d'UCD valorisé

dep10 : le montant établissement

dep10_aut : le montant autorisé

dep10_val : le montant valorisé

2.1 - Nombre valorisé

nb10= nombre FICHCOMP ⁽¹⁾ – nombre d'UCD en essai thérapeutique ⁽²⁾

(1) Ce nombre correspond à nombre_(position 43/52)/(nbsej_(position 28-33) * 1000)

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

2.2 – Montant établissement

dep10 = montant rempli dans FICHCOMP ⁽¹⁾

(1) Ce montant correspond à montant_(position 53/62)/(nbsej_(position 28-33) * 1000)

2.3 – Montant autorisé

dep10_aut = nb10 * tarif de responsabilité * coefficient géographique

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

2.4 – Montant valorisé

Le montant valorisé est égal :

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

Si $0 \leq \text{dep10_aut} \leq \text{dep10}$ alors $\text{dep10_val} = \text{dep10_aut}$

- 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 $dep10_aut > dep10$ alors $dep10_val = dep10 + (dep10_aut - dep10) / 2$

VALORISATION DMI 2010

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

- On supprime les mêmes séjours qu'au niveau de la valorisation des RSA (cf. plus haut)
- Les codes LPP qui n'apparaissent pas dans la liste de référence à une période donnée sont supprimés

2 – Valorisation

Soit :

nb10 : le nombre de LPP valorisé

dep10 : le montant établissement

dep10_aut : le montant autorisé

dep10_val : le montant valorisé

2.1 - Nombre valorisé

nb10= nombre FICHCOMP

2.2 – Montant établissement

dep10 = montant rempli dans FICHCOMP

2.3 – Montant autorisé

dep10_aut = nb10 * tarif de responsabilité * coefficient géographique

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 $0 \leq \text{dep10_aut} \leq \text{dep10}$ alors $\text{dep10_val} = \text{dep10_aut}$

- 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 $\text{dep10_aut} > \text{dep10}$ alors $\text{dep10_val} = \text{dep10} + (\text{dep10_aut} - \text{dep10}) / 2$