



**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 :

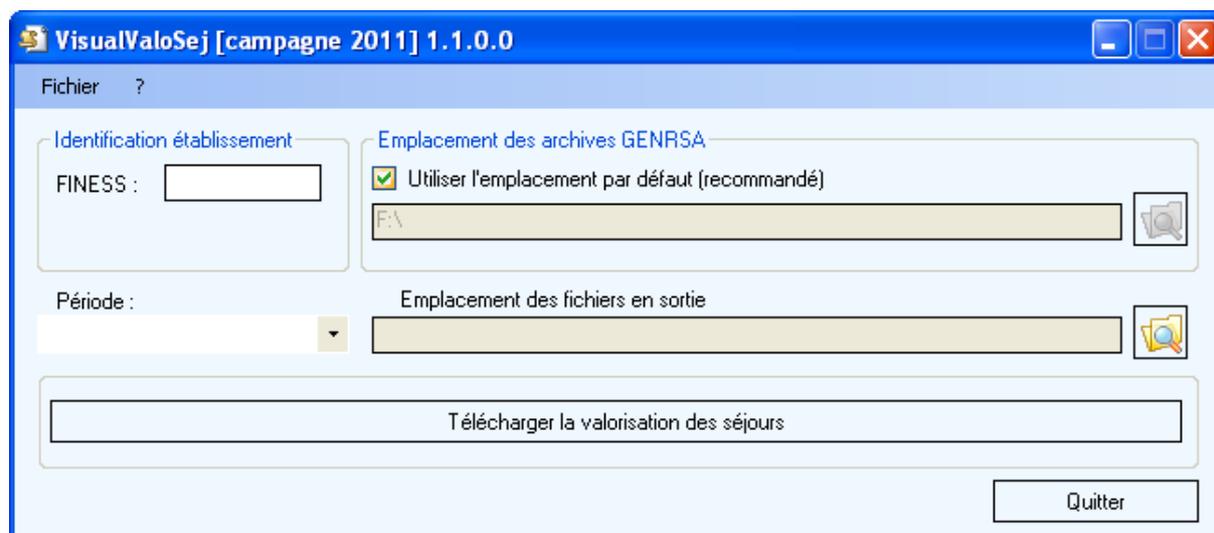
- **Agora**      <https://applis.atih.sante.fr/agora>

## ***Manuel d'utilisation de VisualValoSej 2011 v1.1.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 :

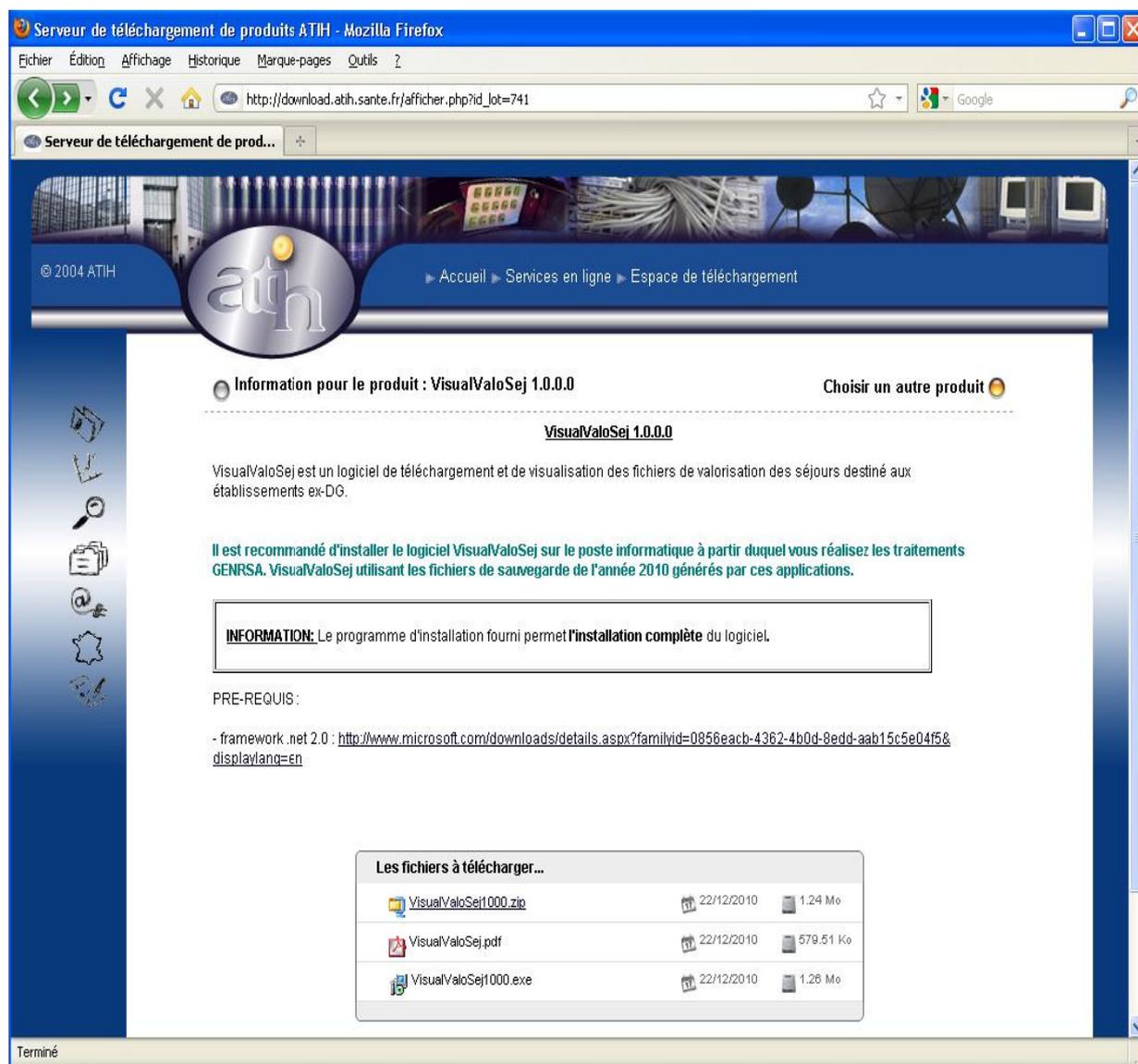
1. Renseigner le champ **FINESS**
2. Sélectionner la période
3. Renseigner l'emplacement des fichiers en sortie qui correspond à l'emplacement prévu pour le stockage des fichiers de valorisation téléchargés.

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**

## 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.



The screenshot shows a Mozilla Firefox browser window displaying the download page for VisualValoSej 1.0.0.0. The browser's address bar shows the URL [http://download.atih.sante.fr/afficher.php?id\\_lot=741](http://download.atih.sante.fr/afficher.php?id_lot=741). The page features the ATIH logo and navigation links for 'Accueil', 'Services en ligne', and 'Espace de téléchargement'. The main content area is titled 'Information pour le produit : VisualValoSej 1.0.0.0' and includes a link to 'Choisir un autre produit'. Below this, the product name 'VisualValoSej 1.0.0.0' is displayed, followed by a description: 'VisualValoSej est un logiciel de téléchargement et de visualisation des fichiers de valorisation des séjours destiné aux établissements ex-DG.' A recommendation states: '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.' An information box contains the text: 'INFORMATION: Le programme d'installation fourni permet l'installation complète du logiciel.' Below this, the 'PRE-REQUIS:' section lists the requirement for .NET 2.0 with a link to the Microsoft download page. At the bottom, a table titled 'Les fichiers à télécharger...' lists three files: 'VisualValoSej1000.zip' (1.24 Mo), 'VisualValoSej.pdf' (579.51 Ko), and 'VisualValoSej1000.exe' (1.26 Mo). The browser's status bar at the bottom indicates '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 :



<b>FORMAT DES DONNEES VISUALISEES</b>	
<b>no_rss</b>	Numéro de séjour RSS
<b>no_admin</b>	Numéro administratif de séjour
<b>date_ent</b>	Date d'entrée du séjour (date d'entrée du premier RUM du séjour)
<b>date_sor</b>	Date de sortie du séjour (date de sortie du dernier RUM du séjour)
<b>finess</b>	Numéro FINESS de l'établissement
<b>valo</b>	=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.
<b>ghs</b>	Numéro du GHS
<b>ponder</b>	Nombre de séjours ou nombre de séances
<b>coeftrans</b>	Coefficient de transition
<b>coefgeo</b>	Coefficient géographique
<b>taux2</b>	Taux de remboursement
<b>mnt_majo</b>	Montant majoration du parcours de soin
<b>mnt_18</b>	Montant participation forfaitaire du 18 euros
<b>mnt_fj2</b>	Montant du forfait journalier
<b>mnt_ghs_am</b>	Valorisation AM GHS
<b>sejxinf</b>	Type de séjour inférieur à la borne extrême basse
<b>nbexb</b>	Nb journées EXB
<b>mnt_exinf_am</b>	Valorisation AM EXB
<b>ghs50</b>	Nb séjours avec réhospitalisation dans le même GHM
<b>mnt_ghs50_am</b>	Valorisation AM des séjours avec réhospitalisation dans le même GHM
<b>nbexh</b>	Nombre de journées EXH
<b>mnt_exh_am</b>	Valorisation AM EXH
<b>mnt_supphd_am</b>	Valorisation AM suppléments pour hémodialyse hors séance
<b>mnt_suppent1_am</b>	Valorisation AM suppléments pour entraînements à la dialyse péritonéale automatisée hors séance
<b>mnt_suppent2_am</b>	Valorisation AM suppléments pour entraînements à la dialyse péritonéale continue ambulatoire hors séance
<b>mnt_suppent3_am</b>	Valorisation AM suppléments pour entraînements à l'hémodialyse hors séance
<b>mnt_dip_am</b>	Valorisation AM suppléments de dialyse DIP

<b>supphd</b>	Nb suppléments pour hémodialyse hors séance
<b>suppent1</b>	Nb suppléments pour entraînements à la dialyse péritonéale automatisée hors séance
<b>suppent2</b>	Nb suppléments pour entraînements à la dialyse péritonéale continue ambulatoire hors séance
<b>suppent3</b>	Nb suppléments pour entraînements à l'hémodialyse hors séance
<b>nb_dip</b>	Nb suppléments dialyse DIP
<b>typorg</b>	Type de prestation de prélèvement d'organe (type 1, 2, 3 ou 4)
<b>typorg5</b>	Prélèvement d'organe de type 5
<b>typorg6</b>	Prélèvement d'organe de type 6
<b>typorg7</b>	Prélèvement d'organe de type 7
<b>typorg8</b>	Prélèvement d'organe de type 8
<b>typorg9</b>	Prélèvement d'organe de type 9
<b>mnt_po1_am</b>	Valorisation AM PO1
<b>mnt_po2_am</b>	Valorisation AM PO2
<b>mnt_po3_am</b>	Valorisation AM PO3
<b>mnt_po4_am</b>	Valorisation AM PO4
<b>mnt_po5_am</b>	Valorisation AM PO5
<b>mnt_po6_am</b>	Valorisation AM PO6
<b>mnt_po7_am</b>	Valorisation AM PO7
<b>mnt_po8_am</b>	Valorisation AM PO8
<b>mnt_po9_am</b>	Valorisation AM PO8
<b>nb_9610</b>	Nombre d'actes menant dans le GHS 9610
<b>mnt_9610</b>	Valorisation AM actes menant dans le GHS 9610
<b>nb_9611</b>	Nombre d'actes menant dans le GHS 9611
<b>mnt_9611</b>	Valorisation AM actes menant dans le GHS 9611
<b>nb_9612</b>	Nombre d'actes menant dans le GHS 9612
<b>mnt_9612</b>	Valorisation AM actes menant dans le GHS 9612
<b>nb_9619</b>	Nombre d'actes menant dans le GHS 9619
<b>mnt_9619</b>	Valorisation AM actes menant dans le GHS 9619
<b>nb_9620</b>	Nombre d'actes menant dans le GHS 9620
<b>mnt_9620</b>	Valorisation AM actes menant dans le GHS 9620
<b>nb_9621</b>	Nombre d'actes menant dans le GHS 9621
<b>mnt_9621_am</b>	Valorisation AM actes menant dans le GHS 9621
<b>nb_9622</b>	Nombre d'actes menant dans le GHS 9622
<b>mnt_9622_am</b>	Valorisation AM actes menant dans le GHS 9622
<b>nb_9624</b>	Nombre d'actes menant dans le GHS 9624
<b>mnt_9624_am</b>	Valorisation AM actes menant dans le GHS 9624
<b>nb_9625</b>	Nombre d'actes menant dans le GHS 9625
<b>mnt_9625_am</b>	Valorisation AM actes menant dans le GHS 9625
<b>nb_9631</b>	Nombre d'actes menant dans le GHS 9631
<b>mnt_9631_am</b>	Valorisation AM actes menant dans le GHS 9631
<b>nb_9632</b>	Nombre d'actes menant dans le GHS 9632
<b>mnt_9632_am</b>	Valorisation AM actes menant dans le GHS 9632
<b>nb_9633</b>	Nombre d'actes menant dans le GHS 9633
<b>mnt_9633_am</b>	Valorisation AM actes menant dans le GHS 9633
<b>nb_9615</b>	Nombre d'actes menant dans le GHS 9615

<b>mnt_9615_am</b>	Valorisation AM actes menant dans le GHS 9615
<b>nbjrea</b>	Nb suppléments de réanimation
<b>mnt_rea_am</b>	Valorisation AM suppléments de réanimation
<b>nbrep</b>	Nb suppléments de réanimation pédiatrique
<b>mnt_rep_am</b>	Valorisation AM suppléments de réanimation pédiatrique
<b>nb_stf2</b>	Nb suppléments de soins intensifs
<b>mnt_si_am</b>	Valorisation AM suppléments soins intensifs
<b>nb_src2</b>	Nb suppléments de surveillance continue
<b>mnt_sc_am</b>	Valorisation AM suppléments de surveillance continue
<b>nb_nn1</b>	Nb suppléments de néonate sans SI
<b>mnt_nn1_am</b>	Valorisation AM suppléments de néonate sans SI
<b>nb_nn2</b>	Nb suppléments de néonate avec SI
<b>mnt_nn2_am</b>	Valorisation AM suppléments de néonate avec SI
<b>nb_nn3</b>	Nb suppléments de réanimation néonate
<b>mnt_nn3_am</b>	Valorisation AM suppléments de réanimation néonate
<b>nbcaisson</b>	Nb suppléments caisson hyperbare
<b>mnt_caisson_am</b>	Valorisation AM suppléments caisson hyperbare
<b>mnt_mon</b>	Valorisation accordée molécules onéreuses
<b>mnt_dmi</b>	Valorisation accordée DMI
<b>mnt_ivg_am</b>	Valorisation AM IVG (hors FJS)
<b>mnt_ivgfjs_am</b>	Valorisation AM FJS
<b>mnt_tot_am</b>	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_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_9610_am, mnt_9611_am, mnt_9612_am, mnt_9619_am, mnt_9620_am, mnt_9621_am, mnt_9622_am, mnt_9624_am, mnt_9625_am, mnt_9631_am, mnt_9632_am, mnt_9633_am, mnt_9615_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_ivgfjs_am.

## **Règles de valorisation 2010**

## VALORISATION RSA 2010

**Avant le 1<sup>er</sup> 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<sup>ème</sup> séjour dans le même GHS que le 1<sup>er</sup>
- Mode de sortie du 1<sup>er</sup> séjour '71'
- Mode d'entrée du 2<sup>ème</sup> 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<sub>(1)</sub>-mnt majoration parcours de soin-mnt FJ<sub>(2)</sub>  
(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<sup>ème</sup> 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<sub>(1)</sub> \* 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 <sup>(1)</sup> – nombre d'UCD en essai thérapeutique <sup>(2)</sup>

(1) Ce nombre correspond à nombre<sub>(position 43/52)</sub> / (nbsej<sub>(position 28-33)</sub> \* 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 <sup>(1)</sup>

(1) Ce montant correspond à montant<sub>(position 53/62)</sub> / (nbsej<sub>(position 28-33)</sub> \* 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  $\text{dep10\_val} = \text{dep10} + (\text{dep10\_aut} - \text{dep10}) / 2$

## **Règles de valorisation 2011**

## VALORISATION RSA 2011

**Avant le 1<sup>er</sup> mars 2011, la valorisation se fait de la même façon qu'en 2010.**

### 1 - Recodage des variables

Dans le fichier de RSA :

- Si l'année de sortie n'est pas égale à 2011, 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

- Si la fonction groupage calcule un prélèvement d'organe (de type 1, 2 ou 3) et qu'il n'y en a pas dans le fichier PORG, le prélèvement d'organe calculé sera quand même valorisé.  
- 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 (variable séjour facturable à l'AM du fichier ANO égale à 0)

- Les séjours avec prélèvements d'organe sur patient arrivé décédé : nouvelle variable du VIDHOSP, prise en compte à partir de mars, 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 d'une durée <=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	Taux de remboursement	Forfait Journalie
--	------------------	----------------------------	-----------------------	-------------------

		<b>FJ</b>	<b>calculé</b>	<b>r</b>
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 :

<b>Code justification d'exonération du TM</b>	<b>Nature Assurance</b>	<b>Taux de remboursement calculé</b>
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, 28Z19Z, 28Z20Z, 28Z21Z, 28Z22Z, 28Z23Z, 28Z24Z, 28Z25Z), les séjours de nouveau-nés d'une durée inférieure ou égale à 30 jours (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<sup>ème</sup> séjour dans le même GHS que le 1<sup>er</sup>
- Mode de sortie du 1<sup>er</sup> séjour '71'
- Mode d'entrée du 2<sup>ème</sup> 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:

#### Cas général :

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

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

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

(1) : si facturation des 18 euros

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

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

- 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<sup>ème</sup> 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 IVG 2011

### 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<sup>er</sup> trimestre de grossesse)

**FJS** : GHM 14Z08Z et durée de séjour=2

### 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, page 1)

### 3- Valorisation

Montant BR :  
Tarif BO \* quantité

Montant AM :  
Mnt BR \* taux de remboursement

## VALORISATION RAFAEL 2011

### 1 - Factures supprimées

Ne sont pas valorisées :

- les factures hors période (année du RAFAEL B ou C différente de 2011)
- Les factures avec ATU, FFM, SE, D12, D13, D14, D15, D16, D20, D21, D22, D23 et APE 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
- Pour les DM externes :
  - les codes LPP qui n'apparaissent pas dans la liste de référence à une période donnée sont supprimés
  - Si le montant BR renseigné dans le RSFB pour les codes prothèses (codes PII, PME, ETI) est différent du montant renseigné dans le RSFP (différence supérieure à 1 euro), les factures concernées sont supprimées

### 2 – Valorisation

Les codes issus des RAFAEL B et C sont valorisés.

Les montants BR et remboursable sont recalculés par MAT2A, sauf pour les majorations de nuit et férié (N ou F) et les actes CCAM.

Création d'un code PAE (s'il n'existe pas) qui repère les factures auxquelles on doit enlever la participation assuré de 18 euros. Elle concerne les codes ACO, ADA, ADC, ADE, ATM, K (N/F), KC (N/F/U), SF (N/F), KE (N/F) d'un montant BR supérieur ou égal à 91 euros avant mars, et d'un montant BR supérieur ou égal à 120 euros à partir de mars, hors cas d'exonération (régime local, maternité, accident du travail, prévention maladie, ALD, FSV...). La participation forfaitaire n'est déduite qu'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 APE  
Prix unitaire\* quantité \* coefficient \* coefficient géographique
- 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<sub>(1)</sub> \* 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, APE  
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
- Pour les DM externes (codes PME, PII, ETI)  
Mnt Facturé + Mnt total de l'écart indemnisable (variables du RSFP)

## VALORISATION MOLECULES ONEREUSES 2011

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) ne sont pas valorisés
- Les codes UCD qui n'apparaissent pas dans la liste de référence à une période donnée sont supprimés

### 2 – Valorisation

Soit :

nb11 : le nombre d'UCD valorisé

dep11 : le montant établissement

dep11\_aut : le montant autorisé

dep11\_val : le montant valorisé

#### 2.1 - Nombre valorisé

nb11 = nombre FICHCOMP<sup>(1)</sup> – nombre d'UCD en essai thérapeutique<sup>(2)</sup>

(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

dep11 = montant rempli dans FICHCOMP<sup>(1)</sup>

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

#### 2.3 – Montant autorisé

dep11\_aut = nb11 \* 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  $0 \leq \text{dep11\_aut} \leq \text{dep11}$  alors  $\text{dep11\_val} = \text{dep11\_aut}$

- 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  $dep11\_aut > dep11$  alors  $dep11\_val = dep11 + (dep11\_aut - dep11) / 2$

## VALORISATION DMI 2011

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) ne sont pas valorisés
- Les codes LPP qui n'apparaissent pas dans la liste de référence à une période donnée sont supprimés

### 2 – Valorisation

Soit :

nb11 : le nombre de LPP valorisé

dep11 : le montant établissement

dep11\_aut : le montant autorisé

dep11\_val : le montant valorisé

#### 2.1 - Nombre valorisé

nb11= nombre FICHCOMP

#### 2.2 – Montant établissement

dep11 = montant rempli dans FICHCOMP

#### 2.3 – Montant autorisé

dep11\_aut = nb11 \* 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  $0 \leq \text{dep11\_aut} \leq \text{dep11}$  alors  $\text{dep11\_val} = \text{dep11\_aut}$

- 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  $\text{dep11\_aut} > \text{dep11}$  alors  $\text{dep11\_val} = \text{dep11} + (\text{dep11\_aut} - \text{dep11}) / 2$