



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 2013 v1.3.x

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

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

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

VisualValoSej [campagne 2013] 1.3.0.0

Fichier ?

Identification établissement

FINESS :

Emplacement des archives GENRSA

Utiliser l'emplacement par défaut (recommandé)

Période :

2013 - M0

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 :

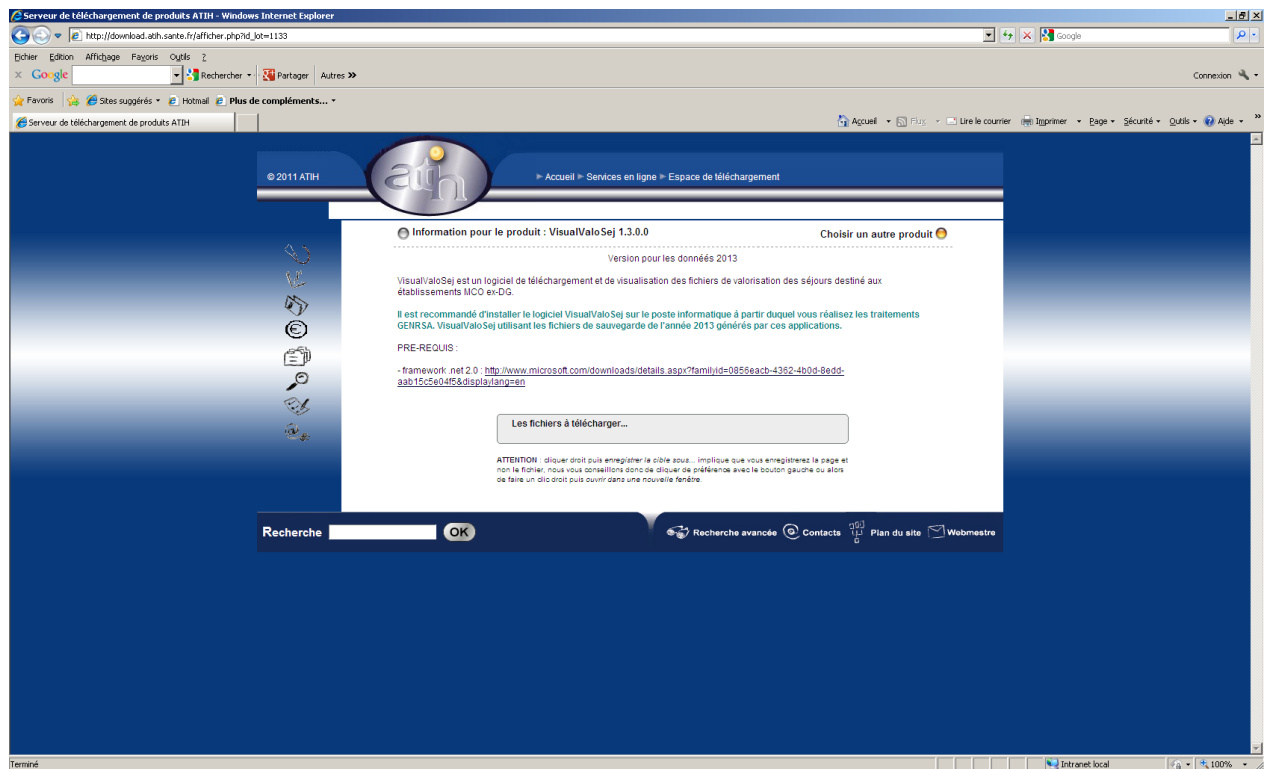
1. Renseigner le champ FINESS
2. Sélectionner la période
3. Renseigner l'emplacement des fichiers en sortie qui correspond à l'emplacement prévu pour le stockage des fichiers de valorisation téléchargés.

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

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.



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 :



Evolution par rapport à 2012 : suppression des colonnes nb_9624 et mnt_9624_am

FORMAT DES DONNEES VISUALISEES	
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
ghs	Numéro du GHS
ponder	Nombre de séjours ou nombre de séances
coeftrans	Coefficient de transition
coefgeo	Coefficient géographique
taux2	Taux de remboursement
mnt_majo	Montant majoration du parcours de soin
mnt_18	Montant participation forfaitaire du 18 euros
mnt_fj2	Montant du forfait journalier
mnt_ghs_am	Valorisation AM GHS
sejxinf	Type de séjour inférieur à la borne extrême basse
nbexb	Nb journées EXB
mnt_exinf_am	Valorisation AM EXB
ghs50	Nb séjours avec réhospitalisation dans le même GHM
mnt_ghs50_am	Valorisation AM des séjours avec réhospitalisation dans le même GHM
nbexh	Nombre de journées EXH
mnt_exh_am	Valorisation AM EXH
mnt_supphd_am	Valorisation AM suppléments pour hémodialyse hors séance
mnt_suppent1_am	Valorisation AM suppléments pour entraînements à la dialyse péritonéale automatisée hors séance
mnt_suppent2_am	Valorisation AM suppléments pour entraînements à la dialyse péritonéale continue ambulatoire hors séance
mnt_suppent3_am	Valorisation AM suppléments pour entraînements à l'hémodialyse hors séance
mnt_dip_am	Valorisation AM suppléments de dialyse DIP
supphd	Nb suppléments pour hémodialyse hors séance
suppent1	Nb suppléments pour entraînements à la dialyse péritonéale automatisée hors séance
suppent2	Nb suppléments pour entraînements à la dialyse péritonéale continue ambulatoire hors séance
suppent3	Nb suppléments pour entraînements à l'hémodialyse hors séance
nb_dip	Nb suppléments dialyse DIP
typorg	Type de prestation de prélèvement d'organe (type 1, 2, 3 ou 4)
typorg5	Prélèvement d'organe de type 5

typorg6	Prélèvement d'organe de type 6
typorg7	Prélèvement d'organe de type 7
typorg8	Prélèvement d'organe de type 8
typorg9	Prélèvement d'organe de type 9
typorga	Prélèvement d'organe de type A
mnt_po1_am	Valorisation AM PO1
mnt_po2_am	Valorisation AM PO2
mnt_po3_am	Valorisation AM PO3
mnt_po4_am	Valorisation AM PO4
mnt_po5_am	Valorisation AM PO5
mnt_po6_am	Valorisation AM PO6
mnt_po7_am	Valorisation AM PO7
mnt_po8_am	Valorisation AM PO8
mnt_po9_am	Valorisation AM PO9
mnt_poa_am	Valorisation AM POA
nb_9610	Nombre d'actes menant dans le GHS 9610
mnt_9610_am	Valorisation AM actes menant dans le GHS 9610
nb_9619	Nombre d'actes menant dans le GHS 9619
mnt_9619_am	Valorisation AM actes menant dans le GHS 9619
nb_9620	Nombre d'actes menant dans le GHS 9620
mnt_9620_am	Valorisation AM actes menant dans le GHS 9620
nb_9621	Nombre d'actes menant dans le GHS 9621
mnt_9621_am	Valorisation AM actes menant dans le GHS 9621
nb_9622	Nombre d'actes menant dans le GHS 9622
mnt_9622_am	Valorisation AM actes menant dans le GHS 9622
nb_9623	Nombre d'actes menant dans le GHS 9623
mnt_9623_am	Valorisation AM actes menant dans le GHS 9623
nb_9625	Nombre d'actes menant dans le GHS 9625
mnt_9625_am	Valorisation AM actes menant dans le GHS 9625
nb_9631	Nombre d'actes menant dans le GHS 9631
mnt_9631_am	Valorisation AM actes menant dans le GHS 9631
nb_9632	Nombre d'actes menant dans le GHS 9632
mnt_9632_am	Valorisation AM actes menant dans le GHS 9632
nb_9633	Nombre d'actes menant dans le GHS 9633
mnt_9633_am	Valorisation AM actes menant dans le GHS 9633
nb_9615	Nombre d'actes menant dans le GHS 9615
mnt_9615_am	Valorisation AM actes menant dans le GHS 9615
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
nb_rap	Nb suppléments de radiothérapie pédiatrique
mnt_rap_am	Valorisation AM suppléments de radiothérapie pédiatrique
nb_ant	Nb suppléments antepartum
mnt_ant_am	Valorisation AM suppléments antepartum
mnt_mon	Valorisation accordée molécules onéreuses
mnt_dmi	Valorisation accordée DMI
mnt_ivg_am	Valorisation AM IVG (hors FJS)
mnt_ivgfjs_am	Valorisation AM FJS
mnt_tot_am	<p>Valorisation totale AM du séjour.</p> <p>C'est la somme de :</p> <p>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_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_ivgfjs_am</p> <p>Pour les séjours AME, c'est la somme de:</p> <p>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_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</p>

Pour les séjours en AME (valo=3), les montants AM correspondent à : (80% * Mnt BR * coef de transition * 1.32)

Règles de valorisation 2012

VALORISATION RSA 2012

1 - Recodage des variables

Dans le fichier de RSA :

- Si l'année de sortie n'est pas égale à 2012, alors on met le séjour en erreur (GHM 90H01Z).

Dans le fichier ANO :

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

2 - Fichiers PORG, PIE et DIAP

2.1 - Fichier PORG

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

Erreurs bloquantes (données non transmises) :

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

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

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

2.2 - Fichier PIE

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

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

Exceptions :

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

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

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

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

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, 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.

5 – Calcul des Ré-hospitalisations 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

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 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

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

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

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 AME 2012

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

Calcul du TJP en M1 et M2 2012

En M1/ M2, la nouvelle variable « montant AMC » n'est pas transmise dans le fichier ANO et la variable « montant BR » n'est pas renseignée pour les séjours AME dans la majorité des cas. Ainsi, afin de pouvoir valoriser les séjours des patients AME, on calcule un TJP moyen (par établissement et par GHS / GHM) sur la base des données transmises en M12 2011, pour les séjours valorisés, selon la méthode suivante :

1. Un TJP pour chaque séjour valorisé de la base M12 2011 est calculé :
 - ➔ $TJP = \text{Montant BR du fichier VIDHOSP} / \text{Durée de séjour (1)}$
(1) La durée de séjour est initialisée à 1 si elle vaut 0Pour les séances :
 - ➔ $TJP = \text{Montant BR du fichier VIDHOSP} / \text{Nombre de séances}$
2. Les séjours avec un TJP non compris entre 200 et 2500€ sont supprimés.
3. A partir de cette base, on calcule, par établissement :
 - Le TJP moyen par GHS /GHM (hors UHCD) qui sera utilisé pour la valorisation si l'effectif par GHS / GHM est supérieur à 10 ; Dans les autres cas, c'est le TJP moyen de l'établissement qui sera utilisé pour la valorisation de ce GHS / GHM.En cas de séjour AME en UHCD, on se basera uniquement sur le GHM pour affecter le TJP moyen au séjour d'AME. Dans ce cas, s'il y a plusieurs GHS pour un GHM, on affecte au séjour AME le TJP moyen correspondant au GHS de tarif le moins élevé.
4. En l'absence de TJP moyen pour le GHS / GHM du séjour AME (parce que le GHS / GHM n'existait pas sur l'année 2011, par exemple), on affecte au séjour la valeur moyenne du TJP de l'établissement (calculé sur la base 2011).
5. Si l'établissement n'existait pas en 2011, le TJP moyen sera calculé sur la base des données valorisées transmises en 2012 sur la période en cours. Pour cela on regroupe les séjours valorisés, non pas par GHS / GHM car l'effectif risquerait d'être trop faible, mais en se basant sur les catégories d'activité de soins (CAS) basées sur la 3^{ème} lettre du GHM : M et Z / C / O (=CMD 14 et 15) / K / Séances.
Comme précédemment, on supprime les séjours avec des TJP non compris entre 200 et 2500€. A partir de cette base, on calcule, par établissement : Le TJP moyen par CAS, qui sera utilisé pour la valorisation si l'effectif par CAS est supérieur à 10 ; Dans les autres cas, c'est le TJP moyen de l'établissement qui sera utilisé pour la valorisation de cette CAS.

Calcul du TJP à partir de M3 2012

A compter de M3 2012, une variable supplémentaire est à renseigner dans le fichier ANO, afin de recueillir le montant « AMC » facturé pour chaque patient, qu'il bénéficie d'une prise en charge AME ou non. Pour les bénéficiaires de l'AME, cette variable additionnelle doit correspondre au montant qui était facturé avant la réforme, c'est-à-dire le montant TJP :

$$\rightarrow \text{TJP VIDHOSP} = (\text{Mnt AMC} - \text{mnt FJ (1)}) / \text{DS}$$

(1) Mnt FJ = $18 * (\text{DS} + 1)$ ou $18 * \text{DS}$ en cas de décès

Le Montant FJ n'est pas applicable pour les séjours de 0 jour, les séances, les séjours de nouveau-nés (âge ≤ 30 jours) et les séjours de polysomnographie nocturne.

A partir de M3, un contrôle est fait sur le montant AMC renseigné dans le fichier ANO :

Si $(\text{TJP calculé} / 5) \leq \text{TJP VIDHOSP} \leq (\text{TJP calculé} * 5) \rightarrow$ la valorisation du séjour AME se fait à partir du TJP VIDHOSP ; sinon la valorisation continuera à se faire à partir du TJP calculé (selon la méthode utilisée en M1 et M2). Ce contrôle est fait sur tous les séjours de l'envoi (y compris ceux de janvier / février).

Valorisation

- Pour les GHS et suppléments :
 $(80\% * \text{mnt BR} * \text{coef transition}) * 1,32$
 $+ (20\% * \text{TJP} * \text{DS}) * 1.32$
 $+ \text{FJ du jour de sortie}$

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

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

VALORISATION IVG 2012

1- Calcul des prestations IVG du RSA

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

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

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

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

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

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

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

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 2012

1 - Factures supprimées

Ne sont pas valorisées :

- les factures hors période (année du RAFAEL B ou C différente de 2012)
- Les 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 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 (= PU x quantité x coefficient) supérieur ou égal à 120 euros, 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₍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

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

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 2012

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 :

nb12 : le nombre d'UCD valorisé

dep12 : le montant établissement

dep12_aut : le montant autorisé

dep12_val : le montant valorisé

2.1 - Nombre valorisé

nb12 = 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

dep12 = 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

dep12_aut = nb12 * tarif de responsabilité

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

2.4 – Montant valorisé

Le montant valorisé est égal :

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

Si $0 \leq \text{dep12_aut} \leq \text{dep12}$ alors $\text{dep12_val} = \text{dep12_aut}$

- 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 $dep12_aut > dep12$ alors $dep12_val = dep12 + (dep12_aut - dep12) / 2$

VALORISATION DMI 2012

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 avec un montant à 0
- Les codes LPP qui n'apparaissent pas dans la liste de référence à une période donnée sont supprimés

2 – Valorisation

Soit :

nb12 : le nombre de LPP valorisé

dep12 : le montant établissement

dep12_aut : le montant autorisé

dep12_val : le montant valorisé

2.1 - Nombre valorisé

nb12= nombre FICHCOMP

2.2 – Montant établissement

dep12 = montant rempli dans FICHCOMP

2.3 – Montant autorisé

dep12_aut = nb12 * tarif de responsabilité

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

2.4 – Montant valorisé

Le montant valorisé est égal :

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

Si $0 \leq \text{dep12_aut} \leq \text{dep12}$ alors $\text{dep12_val} = \text{dep12_aut}$

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

Règles de valorisation 2013

VALORISATION RSA 2013

Avant le 1^{er} mars 2013 la valorisation se fait de la même façon qu'en 2012.

1 - Recodage des variables

Dans le fichier de RSA :

- Si l'année de sortie n'est pas égale à 2013, alors on met le séjour en erreur (GHM 90H01Z).

Dans le fichier ANO :

- Si la variable nombre de venues est égale à 0 ou ., on lui attribue la valeur 1 par défaut

- Les variables de montant (AM, TM, FJ, BR, AMC, majoration du parcours de soins) sont divisées par le nombre de venues

2 - Fichiers PORG, PIE et DIALP

2.1 - Fichier PORG

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

Erreurs bloquantes (données non transmises) :

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

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

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

2.2 - Fichier PIE

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

2.3 - Fichier DIALP

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

3 - Séjours supprimés de la valorisation

- Les séjours en CMD 90
- Les séjours en prestation inter-établissement (variable type de séjour du RSA égale à 'B'), sauf en cas de séances de RDTH, dialyse ou chimiothérapie, où les séjours en PIE sont valorisés.

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

Exceptions :

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

En cas de séjours non 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, 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.

5 – Calcul des Ré-hospitalisations dans le même GHM

5.1 - Séjours pris en compte dans l'analyse

- Les séjours valorisés :

avec :

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

hors :

- séances

5.2 - Sélection des séjours avec réhospitalisation dans le même GHM

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

6 - 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 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

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 :

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

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

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

(1) : si facturation des 18 euros

(2) : $\text{mnt FJ} = 18 * (\text{durée séjour} + 1)$ (si décès ou transfert $\text{mnt FJ} = 18 * \text{durée séjour}$) → 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 ou transfert $\text{mnt FJ} = 18 * \text{durée séjour}$) → 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 * coefficient prudentiel * taux de remboursement
- Pour les prélèvements d'organe :
 - Montant BR * coefficient prudentiel

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

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 ARS sous Epmsi.

VALORISATION AME 2013

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

Valorisation

- Pour les GHS et suppléments :
(80%*mnt BR*coef transition) * 1,32

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

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

VALORISATION IVG 2013

1- Calcul des prestations IVG du RSA

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

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

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

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

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

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

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

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 2013

1 – Lettres clé et Factures supprimées

Ne sont pas valorisées :

- les factures hors période (année du RAFAEL B ou C différente de 2013)
- Les lettres clé n'appartenant pas à la liste autorisée
- Les ATU, FFM, SE, D12, D13, D14, D15, D16, D20, D21, D22, D23 et APE avec un prix unitaire différent de : tarif BO * coefficient géographique * coefficient prudentiel
- Les factures codées comme non facturables à l'AM ou en attente de droits
- Les majorations MCG (majoration coordination généralise) et MCS (majoration coordination spécialiste) en sus d'une facture avec un ATU
- Les ACE en sus d'une facture avec forfait dialyse
- Les SE, FSD et FFM sans acte CCAM correspondant
- Les SE si plus de 2 SE se trouvent sur la même facture
- Les FSD si plusieurs FSD se trouvent sur la même facture
- 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, 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 (= PU x quantité x coefficient) supérieur ou égal à 120 euros, 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 * coefficient prudentiel
- Pour les APE
Prix unitaire* quantité * coefficient * coefficient géographique *coefficient prudentiel

- Pour les alternatives à la dialyse
Prix unitaire * quantité * coefficient * coefficient géographique * coefficient de transition * coefficient prudentiel
- 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

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

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 2013

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

1 - Séjours et codes UCD supprimés

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

2 – Valorisation

Soit :

nb : le nombre d'UCD valorisé

dep : le montant établissement

dep_aut : le montant autorisé

dep_val : le montant valorisé

2.1 - Nombre valorisé

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

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

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

2.2 – Montant établissement

dep = montant rempli dans FICHCOMP ⁽¹⁾

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

2.3 – Montant autorisé

dep_aut = nb * tarif de responsabilité

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

2.4 – Montant valorisé

Le montant valorisé est égal :

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

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

- au montant établissement + 50% de l'écart entre le montant établissement et le montant autorisé si le montant établissement est inférieur au montant autorisé :
Si $dep_aut > dep$ alors $dep_val = dep + (dep_aut - dep) / 2$

VALORISATION DMI 2013

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

1 - Séjours et codes LPP supprimés

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

2 – Valorisation

Soit :

nb : le nombre de LPP valorisé

dep : le montant établissement

dep_aut : le montant autorisé

dep_val : le montant valorisé

2.1 - Nombre valorisé

nb= nombre FICHCOMP

2.2 – Montant établissement

dep = montant rempli dans FICHCOMP

2.3 – Montant autorisé

dep_aut = nb * tarif de responsabilité

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

2.4 – Montant valorisé

Le montant valorisé est égal :

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

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

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

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