



Ministère du travail de l'emploi et de la santé
Ministère du budget, des comptes publics, de la fonction publique, et de la réforme de l'Etat
Ministère des solidarités et de la cohésion sociale

Direction de la sécurité sociale
Sous-direction du financement du système de
soins n°11251-D
Bureau des produits de santé
Personne chargée du dossier : Frédéric Simantov
tél. : 01 40 56 44 23

Direction générale de l'offre de soins
Sous-direction du pilotage de la performance des
offreurs de soins
Bureau qualité et sécurité des soins
Personne chargée du dossier : Paule Kujas
tél. : 01 40 56 77 43

Le ministre du travail de l'emploi et de la santé

A

Mesdames et Messieurs les préfets de région

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des
agences régionales de santé (pour mise en œuvre)

Mesdames et Messieurs les coordonateurs des
observatoires des médicaments, des dispositifs
médicaux et de l'innovation thérapeutique,
OMEDIT (pour mise en œuvre)

Monsieur le directeur général de la caisse
nationale d'assurance maladie des travailleurs
salariés (CNAMTS) (pour mise en œuvre)

Monsieur le directeur général du régime social
des indépendants (pour information)

Monsieur le directeur général de la caisse
centrale de la mutualité sociale agricole (pour
information)

Validée par le CNP le 28 janvier 2011 - Visa CNP 2011-27

Objet : Instruction DSS/DGOS du 8 février 2011 relative à la diffusion, pour application, du guide méthodologique relatif à la contractualisation en application du dispositif de régulation (maîtrise des produits de santé des listes en sus/actions locales à conduire en 2011).

Références :

- Circulaire N° DSS/1C/DGOS/PF2/2010/389 du 12 novembre 2010 relative à la mise en œuvre des dispositions relatives à la maîtrise des dépenses de produits de santé des listes en sus/actions locales à conduire en 2010 et 2011 (application du dispositif de régulation)
- Directive du 19 juillet 2010 aux agences régionales de santé relative aux priorités sur la gestion du risque en 2010

Pièces-jointes :

- Annexe 1 : Plan d'actions destiné à maîtriser les dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus par l'amélioration des pratiques de prescription de ces produits (modèle type) ;
- Annexe 2 : Fiche A : ciblage des établissements de santé ;
- Annexe 3 : Fiche B : contrôle des établissements de santé et contractualisation ;
- Annexe 4 : Grille de contrôle d'un dossier patient – plan d'action liste en sus ;
- Annexe 5 : Copies d'écran.

I- Le cadre général

La circulaire N° DSS/1C/DGOS/PF2/2010/389 du 12 novembre 2010 relative à la mise en œuvre des dispositions relatives à la maîtrise des dépenses de produits de santé des listes en sus/actions locales à conduire en 2010 et 2011 (application du dispositif de régulation) a prévu l'élaboration d'un guide méthodologique destiné à aider l'ensemble des acteurs locaux concernés par ce dispositif de régulation dans leurs actions respectives de ciblage, de contrôle, et de contractualisation.

II La démarche

Au vu du contexte général de ralentissement de la croissance des dépenses des listes en sus, il est essentiel de cibler l'action locale de régulation (et de contractualisation *via* un plan d'actions) sur les établissements à forte croissance et fort prescripteurs de produits de la liste en sus.

Aussi, un groupe de travail pluridisciplinaire réunissant des agences régionales de santé (ARS), des observatoires du médicaments des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT), l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) et les services du ministère (direction de la sécurité sociale et direction générale de l'offre de soins) a été créé pour définir le contenu de ce guide à partir des retours d'expériences. L'objectif étant de proposer aux acteurs locaux concernés un outil d'aide méthodologique opérationnel susceptible de répondre à leurs différentes interrogations sur les modalités pratiques de la régulation tant pour le ciblage des établissements de santé que pour le contrôle.

L'avis des OMEDIT, réunis le 9 décembre 2010, a été recueilli.

III Application du guide méthodologique

Ce guide méthodologique décrit la totalité du processus de régulation.

Il comporte : deux fiches synthétiques l'une sur le ciblage des établissements (fiche A) accompagnée de nombreuses illustrations annexées (copies d'écran des logiciels de suivi de consommation et d'activité) et l'autre sur le contrôle et la contractualisation avec les établissements de santé (fiche B), une grille de contrôle de dossier patient et un plan d'actions type (à co-signer en cas de constat de mésusage par l'ARS).

Ces documents sont à l'usage des régions pour faciliter leurs actions, cadrer et formaliser le mode opératoire en tant que de besoin.

En revanche, pour les régions qui disposent d'ores et déjà de procédures et de documentations formalisées, ce guide peut néanmoins apporter des compléments ou précisions utiles en vue d'éclairer la réflexion et les futures actions locales à conduire.

Ce guide est à caractère évolutif : à l'occasion du bilan des actions locales (date de remontée à la DSS/DGOS le 30 juin 2011) les ARS pourront opportunément formuler des souhaits d'évolution de ce guide.

La Directrice Générale
de l'Offre de Soins

Annie PODEUR


Le Directeur de la Sécurité Sociale
Dominique LIBAULT

ANNEXE 1 :

Plan d'actions destiné à maîtriser les dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus par l'amélioration des pratiques de prescription de ces produits (modèle type)

PLAN D' ACTIONS DESTINÉ À MAITRISER LES DÉPENSES DE MÉDICAMENTS ET DE DISPOSITIFS MÉDICAUX INSCRITS SUR LA LISTE EN SUS PAR L'AMÉLIORATION DES PRATIQUES DE PRESCRIPTION DE CES PRODUITS

élaboré selon les modalités définies à l'article L.162-22-7-2 du code de la sécurité sociale et précisé par l'instruction DSS/DGOS 2010/389 du 12 novembre 2010 relative à la mise en œuvre des dispositions relatives à la maîtrise des produits de santé des listes en sus/actions locales à conduire en 2010 et 2011 (application du dispositif de régulation).

Entre les soussignés :

- **L'Agence Régionale de Santé (ARS) :**

.....
..... (Nom de l'organisme),
.....
..... (Adresse)
représentée par

- **Le médecin conseil régional du régime général de l'assurance maladie :**

.....
..... (Nom de l'organisme),
.....
..... (Adresse)
représenté par

Et

L'établissement de santé :

.....
..... (Raison sociale)
.....
..... (Adresse)
.....
..... (no)
représenté par

Il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article L. 162-22-7-2 ;

Vu l'arrêté du 8 mars 2010 pris pour l'application de l'article L.162-22-7-2 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'instruction DSS/DGOS 2010/389 du 12 novembre 2010 ;

Article 1^{er} : Objet

Les soussignés conviennent des dispositions suivantes, destinées à fixer les modalités d'élaboration et de réalisation des engagements ayant pour objet la maîtrise de l'évolution des dépenses par l'amélioration de la qualité des prescriptions des produits de santé inscrits sur les listes de produits financés en sus des prestations d'hospitalisation.

Article 2 : État des lieux

Les produits de santé financés en sus des prestations d'hospitalisation, objets du contrat, constituent une dépense importante de l'Assurance Maladie qui rembourse l'établissement de santé sur facture.

En année N, € ont été accordés par l'assurance maladie à l'établissement de santé au titre des dépenses de produits de santé des listes en sus, soit une évolution de X% par rapport à N-1. Les contrôles menés dans cet établissement ont mis en évidence des prescriptions hors référentiels de bon usage, avec insuffisance ou absence d'argumentaire, en particulier pour les produits XXXX ou dans les services XXXXX.

Se reporter à l'**annexe 1** pour l'établissement de l'état des lieux.

Pour les établissements anciennement sous dotation globale, un profil de leur activité est produit sur leurs dépenses au titre des produits de la liste en sus.

Article 3 : Objectifs du contrat

Le présent contrat comporte les objectifs suivants :

1. Un objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de l'établissement compatible avec le taux d'évolution des dépenses fixé nationalement ;

L'objectif général poursuivi par ce contrat est de converger vers un taux inférieur ou égal au taux national d'évolution arrêté pour l'année en cours.

2. Un objectif d'amélioration des pratiques hospitalières en termes de prescription des produits des listes en sus.

L'utilisation des produits doit être conforme aux dispositions de l'article 7 du contrat type de bon usage des médicaments et des produits et prestations annexé au décret n° 2008-1121 du 31 octobre 2008.

Conformément à cet article, l'établissement s'engage à utiliser les spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, dès la date de signature du présent plan, en conformité :

- *soit à l'autorisation de mise sur le marché pour les spécialités pharmaceutiques,*
- *soit aux conditions de prise en charge prévues par la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale pour les produits et prestations,*
- *soit aux protocoles thérapeutiques temporaires définis par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, la Haute Autorité de santé ou l'Institut National du Cancer.*

A défaut, et par exception, en l'absence d'alternative pour le patient, lorsque le prescripteur ne se conforme pas aux dispositions précédentes, il porte au dossier médical l'argumentation qui l'a conduit à prescrire, en faisant référence aux travaux des sociétés savantes ou aux publications des revues internationales à comité de lecture.

3. [autre objectif le cas échéant]

L'atteinte de ces objectifs passe par :

- des actions de sensibilisation des prescripteurs ;
- le développement et la diffusion d'outils d'informations et de suivi ;
- l'implication de l'ensemble des structures hospitalières chargées de la politique des produits de santé ;
- l'amélioration de l'organisation interne et du circuit du médicament et des produits et prestations ; la prévention des reports de prescriptions vers des produits de la liste en sus.

A travers l'engagement de ces actions, détaillées en **annexe 2**, l'établissement contribue à l'amélioration de la qualité des prescriptions médicales hospitalières dans la région XXX.

Article 4 : Champ et domaines de coopérations

L'atteinte des objectifs décrits à l'article 3 du présent contrat nécessite une coopération entre l'Etat (ARS) et l'Assurance Maladie (DRSM) et l'établissement de santé (directeur, CME, professionnels de santé intervenant au sein de l'établissement), pour mettre en œuvre des actions, qui, tout en s'inscrivant dans les objectifs d'activité des CPOM, favorisent des prescriptions de produits de santé en adéquation avec les référentiels de bon usage en respectant l'état de santé du patient et en privilégiant autant que faire se peut, le recours aux stratégies thérapeutiques les plus efficaces.

Pour atteindre les objectifs envisagés, les signataires s'engagent à faciliter la mise en œuvre des actions prévues par cet accord et listées en annexe 2 et à mobiliser, chacun dans leur champ de compétence, les différents acteurs concernés, notamment les prescripteurs, les personnels administratifs et les moyens techniques nécessaires.

Cette coopération vise à :

- mieux faire connaître auprès des médecins hospitaliers les référentiels de bon usage en vue de leur pleine appropriation ainsi que le coût des stratégies thérapeutiques prescrites ;
 - rappeler auprès des médecins hospitaliers la nécessité de communiquer régulièrement aux ARS, l'état des prescriptions des produits de la liste en sus, spécifiant leur position au regard des référentiels de bon usage : dans le cas des prescriptions hors référentiel, ces prescriptions seront justifiées en faisant référence aux travaux des sociétés savantes ou aux publications des revues internationales à comité de lecture ;
 - améliorer l'organisation du circuit du médicament : amélioration de la traçabilité de la prescription et de l'administration portée par le CBU depuis 2006 et en lien avec ses propres objectifs, conduite de réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).
- ① Préciser les actions des intervenants institutionnels à l'accord : ARS, Organisme local d'Assurance Maladie, Direction régionale du service médical (DRSM).
- ② Préciser les actions que l'établissement s'engage à mettre en œuvre pour relayer l'action auprès des prescripteurs et des services et établir des liens entre l'évolution de son activité et l'évolution de ses dépenses de produits de santé des listes en sus.

Article 5 : Évaluation et suivi du plan d'actions

Une évaluation menée conjointement par le directeur général de l'ARS et le médecin conseil régional du régime général de l'assurance maladie sera effectuée à l'issue du plan d'actions.

Elle portera sur la mise en œuvre des actions de ce contrat notamment le taux d'évolution des dépenses de produits de santé, sur les économies réalisées, sur l'organisation mise en place au sein de l'établissement afin de parvenir aux objectifs du contrat.

L'établissement devra transmettre, aux cosignataires du plan d'actions, au plus tard dans un délai de 30 jours après l'échéance du plan d'actions (échéance intervenant au plus tard le 15 juin de l'année N+2), les éléments nécessaires à son évaluation, c'est-à-dire avant le 15 juillet N+2 ;

L'ARS après concertation avec l'assurance maladie disposera d'un laps de temps raisonnable (45 jours) – c'est-à-dire jusqu'au 31 août – pour faire connaître à l'établissement, par lettre recommandée, si elle constate ou non le respect du plan d'actions et pour l'avertir de son intention de le sanctionner; dans ce deuxième cas, l'établissement disposera de 30 jours – jusqu'au 30 septembre – pour faire connaître ses observations à l'ARS et au médecin-conseil régional du régime général de l'assurance maladie ;

Si l'ARS, après concertation avec l'assurance maladie, estime alors que le plan d'actions n'a pas été respecté par l'établissement de santé, le taux de remboursement des dépenses de la liste en sus pourra être diminué à concurrence de 10%.

Article 6 : Dispositions financières :

Éventuelle sanction financière : application des baisses de taux

La baisse éventuelle de taux (suite au refus de l'établissement de conclure le plan d'actions ou au non respect des engagements de ce plan) s'applique pour une durée d'un an, avec effet à compter du premier jour du mois suivant celui de la notification de cette baisse par l'ARS à l'établissement.

Toute décision conduisant à une baisse du taux de prise en charge par l'assurance maladie (refus du plan d'actions ou constat du non respect du plan) doit être communiquée immédiatement par l'ARS à l'organisme local d'assurance maladie dont relève l'établissement de santé ainsi qu'à la direction régionale du service médical (DRSM).

La baisse éventuelle du taux de prise en charge par l'assurance maladie au titre du plan d'action, exprimée en % dans la limite de 10%, vient en diminution en point du taux de prise en charge au titre du contrat de bon usage et ne pouvant conduire à un taux de prise en charge inférieur à 70%. Sont concernés le taux de prise en charge général s'appliquant à tous les produits des listes en sus, ainsi que le taux ciblé sur certains produits, suite à l'inobservation des seuls engagements du chapitre 3 du contrat de bon usage.

Article 7 : Durée et entrée en vigueur de l'accord

Le présent contrat est conclu pour une durée d'un an à compter de sa date de signature par les trois parties.

L'accord est renouvelable à échéance sur décision expresse des parties signataires.

En foi de quoi, les soussignés autorisés apposent leur signature au bas du présent accord cadre en X copies originales,

Fait à

En date du --/--/--

Pour l'Agence Régionale de Santé

Pour le médecin conseil régional du régime général de l'assurance maladie

Pour L'établissement de santé

ANNEXE 1

ÉTAT DES LIEUX : INDICATEURS

L'état des lieux est réalisé sur les indicateurs ci-dessous cités pour identifier les raisons du taux d'évolution des dépenses de produits de santé inscrits sur les listes en sus de l'établissement.

Cet état des lieux doit permettre de situer l'établissement dans son environnement régional et de définir des objectifs de progrès.

Compte tenu des différences d'activités et de positionnement géographique, il est important d'établir, en lien avec les représentants de l'établissement, un point de situation détaillé et personnalisé à la structure.

Il permet de déterminer si l'établissement a déjà eu une politique de bonne pratique sur le sujet, dans l'affirmative si elle a effectivement été mise en place, pour quelle efficacité et si l'évolution des dépenses est due ou non à des modifications de l'offre de soins.

Les indicateurs doivent au minimum porter, en évolution, montant et nombre sur les points suivants :

- montant financier au titre des produits de santé inscrits en sus, en distinguant les médicaments des dispositifs médicaux ;
- un palmarès des 20 produits (médicaments et DMI) de la liste en sus les plus utilisés, en valeur et en volume ;
- le nombre de prescriptions hors référentiels insuffisamment argumentées et les produits concernés ;
- l'évolution de la typologie des services dans l'établissement ;
- le volume d'activité en lien avec les produits de santé de la liste en sus.

ANNEXE 2

ACTIONS DU PLAN D' ACTIONS QUE L'ÉTABLISSEMENT S'ENGAGE A MENER

Une coordination avec les objectifs du CBU semble nécessaire pour toutes ces actions.

- Actions de sensibilisation des prescripteurs :
 - Contenu :
 - information et appropriation des référentiels de bon usage des agences sanitaires par les médecins prescripteurs de l'établissement,
 - sensibilisation sur le cout des stratégies thérapeutiques ;
 - Objectifs/réalisation :
 - Nombre de réunions conduites, comptes rendus de réunion,
 - Implication des professionnels de santé à la démarche,
 - Disponibilité des RBU à l'hôpital ;

- Développement et diffusion d'outils d'informations et de suivi :
 - Contenu :
 - Identification du médecin prescripteur, du service concerné,
 - Caractéristique des prescriptions : AMM, PTT, hors référentiels argumenté scientifiquement, étape de validation pharmaceutique,
 - Amélioration du codage,
 - Équipements en logiciels d'aide à la prescription (LAP) ;
 - Objectifs/réalisation :
 - Qualité de l'identification,
 - Suivi du codage,
 - Utilisation des LAP au sein de l'établissement (nombre de services équipés),
 - Mise en place d'un suivi des prescriptions avec communication mensuelle à l'ARS et à l'assurance maladie des volumes de prescriptions et des montants associés ;

- Implication des structures hospitalières chargées de la politique des produits de santé :
 - Contenu : implication de la commission médicale d'établissement et de la conférence d'établissement dans une démarche de sensibilisation afin d'éviter les prescriptions hors référentiels non argumentées scientifiquement ;

- Objectifs/réalisation :
 - Nombre de réunions tenues,
 - Thématiques abordées /restitution ;
- Amélioration de l'organisation interne et du circuit du médicament et des produits et prestations :
 - Contenu :
 - Passage systématique des dossiers de cancérologie en réunion de concertation pluridisciplinaire,
 - Généralisation des tests moléculaires pour les chimiothérapies ciblées,
 - Traçabilité du circuit des produits de santé : dispensation nominative, informatisation des prescriptions et des administrations ;
 - Objectifs/réalisation :
 - Taux de dispensation nominative, taux d'informatisation des prescriptions,
 - Fréquence des tests moléculaires,
 - Taux de passage des dossiers de cancérologie en RCP ;
- Prévention des reports de prescriptions vers des produits de la liste en sus :
 - Contenu : suivi des prescriptions des médicaments et des DMI compris dans les tarifs des GHS dès lors qu'il existe des stratégies thérapeutiques alternatives à celles fondées sur les médicaments inscrits sur la liste en sus ;
 - Objectifs/réalisation :
 - Ciblage des familles de produits concernés,
 - Information régulière à l'ARS et à l'assurance maladie sur l'évolution des consommations des produits des listes en sus ;
- Convergence vers un taux inférieur au taux prévisionnel d'évolution des dépenses arrêté pour l'année en cours :
 - Contenu : maîtrise des dépenses de l'établissement des produits de la liste en sus en vue d'atteindre le taux cible ;
 - Objectifs/réalisation :
 - Suivi infra annuel des indicateurs,
 - Échanges réguliers ;

ANNEXE 2 :
Fiche A - ciblage des
établissements de santé

FICHE A : CIBLAGE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

ACTION CONCERNÉE →	RÉGULATION DES DÉPENSES
Objectifs	Sélectionner les établissements avec un taux de croissance des dépenses d'assurance maladie afférentes aux produits de la liste en sus supérieur au taux national qui feront l'objet de contrôles dans le cadre de la régulation des dépenses des produits de la liste en sus.
Acteurs	<p>L'OMÉDIT propose le ciblage des établissements à contrôler en coordination avec l'ARS et l'Assurance maladie à partir des données PMSI.</p> <p>Les actions sont conduites en mode projet, coordonnées par l'OMÉDIT.</p> <p>L'OMÉDIT a une expertise sur les critères de choix des produits prescrits par les établissements et la connaissance scientifique des éléments de l'indication et du bon usage des produits en vue de la constitution des éléments de suivi et de contrôle.</p>
Établissements ciblés	<p>Établissements avec une évolution des dépenses supérieure au taux accordé sur l'année (> 8 % pour 2010). Il convient de s'intéresser particulièrement aux établissements à forte prescription de produits de la liste en sus, en particulier de produits traceurs, et/ou ayant eu des précédents de croissance supérieurs au taux national, l'année N-1, pour lesquels on peut s'attendre à un risque de dépassement du taux national.</p> <p>L'analyse du taux d'évolution s'appréciera de période à période et également sur l'année entière par extrapolation sur la base d'un dialogue avec l'établissement de santé.</p> <p>Pour caractériser le dépassement du taux, un éventuel retraitement du champ pourra être réalisé.</p> <p>Au moins 10% des ES de la région (2 à 22 établissements selon les régions) répondant au moins à ces critères devront faire l'objet d'un ciblage. De plus, l'action de régulation portera au moins sur 20% de la dépense de médicaments et de DMI en sus.</p> <p>Ce ciblage des établissements pourra prendre appui sur la typologie établie par activité médicale des établissements préconisée par l'INCa (voir à l'annexe 4 de la circulaire n°2010/389 le rapport INCa intitulé « Situation de la chimiothérapie des cancers en 2009 » particulièrement le point VII 2: la mise en œuvre de contrôles du respect des référentiels de bon usage. Dans le rapport « situation de la chimiothérapie des cancers en 2010 » voir le point 9.1).</p> <p>D'autres établissements, en particulier des établissements qui ne seraient pas nécessairement les prescripteurs les plus importants en volume et en montant des produits traceurs pourront, selon les spécificités régionales, faire l'objet de ciblage.</p>
Produits de santé	Produits traceurs (médicaments et DMI) listés dans la circulaire n°2010/389 du 12 novembre 2010 + autres produits selon enjeux régionaux (spécifiques à un ou plusieurs établissements)

Outils de ciblage	<p>SNATIH, ePMSI (MAT2A)</p> <p>Ces outils permettent à l'OMÉDIT <u>de conduire un suivi infra-annuel</u> des évolutions des dépenses de médicaments et de DMI et <u>d'analyser des pratiques de prescription</u> en lien avec les séjours hospitaliers.</p> <p>Suivi infra-annuel des dépenses accordées pour 2010 entre régions (en comparant N et N-1 en réel et en extrapolé) en distinguant les médicaments des DMI.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicateur d'évolution « réel » de période à période : <i>ex comparaison dépenses accordées M6 2010 à M6 2009</i> • Indicateur d'évolution « projeté » sur l'année entière : <i>ex comparaison dépenses accordées (M6 2010 x 2) à M12 2009</i> • Analyse des consommations mois par mois (N versus N-1)
	<p>Dans e-PMSI MAT2A permet un suivi à M-3 (M-2 n'étant pas toujours disponible) de l'année N</p> <p>Les tableaux suivants sont utilisés pour suivre à la fois l'évolution en nombre d'UCD transmis et valorisé, en valeur et le repérage de certaines prescriptions hors référentiels et/ou en situations non acceptable.</p> <p>Cf en pièces jointes les captures d'écran correspondantes de l'outil MAT2A.</p> <p><u>Pour 2009</u></p> <p>Etablissements ex-DG : tableau 31 a et 31 b pour le suivi des médicaments tableau 32 a et 32 b pour le suivi des DMI</p> <p>Etablissements ex-OQN : tableau 42bV11 pour le suivi des médicaments tableau 40bV11 pour le suivi des DMI</p> <p><u>Pour 2010</u></p> <p>Etablissements ex-DG : tableau 35 a et 35 b pour le suivi des médicaments tableau 36 a et 36 b pour le suivi des DMI tableau 37 pour le suivi des endoprothèses coronaires enrobés ou non de produits avec ou sans action pharmacologique tableau 38 pour le suivi des prothèses de hanche tableau 39 pour le suivi des stimulateurs cardiaques et des défibrillateurs cardiaques implantables</p> <p>Etablissements ex-OQN : tableau 35 a et 35 b pour le suivi des médicaments tableau 34a pour le suivi des DMI tableau 34b pour le suivi des endoprothèses coronaires enrobés ou non de produits avec ou sans action pharmacologique tableau 34c pour le suivi des prothèses de hanche tableau 34d pour le suivi des stimulateurs cardiaques et des défibrillateurs cardiaques implantables</p>

<p>Outils de ciblage (suite)</p>	<p>Rapport d'étape du Contrat de bon usage (CBU) des médicaments et des produits et prestations (remis au 15 octobre année N par l'établissement à l'ARS et à l'assurance maladie)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vérification des engagements souscrits par l'établissement figurant dans l'annexe du CBU au chapitre III art 7 et 9. - Critères nationaux : C1 (suivi et analyse des pratiques de prescription) et C2 (analyse des consommations de médicaments et DMI hors GHS) - Indicateurs communs à tous les rapports d'étape avec éléments de preuves homogènes portant sur : <ul style="list-style-type: none"> * la prescription et la dispensation à délivrance nominative ; * la traçabilité de la prescription et de l'administration ; * les résultats de l'autoévaluation portant sur la présence et de la pertinence des justifications des prescriptions hors référentiels.
<p>Mode opératoire</p>	<p>Suivi préventif infra annuel afin d'anticiper et prévenir.</p> <p>Échanges avec les établissements en dépassement : demande de justification de la croissance et analyse des argumentaires qu'ils devront fournir avant le 31 octobre.</p>
<p>Retours ARS au ministère (DSS et DGOS)</p>	<p>1^{er} décembre année N</p> <p>Remontée du nombre d'établissements ciblés (par catégorie) par les ARS (cf annexe 5 de la circulaire 2010/389 du 12 novembre 2010- feuilles I et II à compléter).</p>

ANNEXE 3 :
Fiche B - contrôle des
établissements de santé et
contractualisation

FICHE B : CONTRÔLE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTE ET CONTRACTUALISATION

ACTION CONCERNÉE →	Régulation des dépenses d'assurance maladie des listes en sus
Objectifs	<p>Contrôle des établissements de santé ciblés (ciblage selon méthodologie définie dans la fiche A) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - vérification de la conformité des prescriptions médicales de produits facturables en sus des prestations d'hospitalisation au regard des référentiels de bon usage ; - mise en place d'un plan d'action et sanctions éventuelles.
Acteurs	<p style="text-align: center;">ARS et ASSURANCE MALADIE Médecins et pharmaciens</p> <p>Pour les contrôles : médecins de l'ARS avec le soutien de ceux de l'assurance maladie si elle n'a pas les ressources nécessaires.</p>
Produits de santé	<p style="text-align: center;">Produits traceurs listés dans la circulaire n°2010/389 du 12 novembre 2010 + Autres produits selon enjeux régionaux ou spécifiques aux établissements locaux</p>
Procédures / Modes opératoires de contrôle	<p><u>Préparation du contrôle</u> :</p> <p>Plan de contrôle (calendrier, ordre des établissements à contrôler et coordination avec les contrôles CBU pour éviter de retourner dans des établissements ciblés déjà contrôlés si cela s'avère inutile). Formation des médecins désignés pour le contrôle (formation à assurer si nécessaire en lien avec l'OMÉDIT). Équipe à constituer : prévoir le nombre de jours ETP nécessaire par agent et par site à contrôler. Grille de contrôle à établir (ex : cf modèle de grille).</p> <p><u>Contrôle sur site</u> :</p> <p>Pièces : dossier du patient</p> <ul style="list-style-type: none"> - tirage au sort : soit par le médecin DIM en présence du contrôleur soit sur la base de la liste des patients recevant les produits ciblés établie par la PUI sur demande, pour assurer le caractère aléatoire du tirage au sort : base à adapter par produit et par établissement (par exemple : 5 patients / produit et 35 dossiers patients/ établissement) <p>Outils nécessaires au contrôle : référentiels en vigueur sur la période de contrôle concernée ou dernière version</p> <ul style="list-style-type: none"> - Référentiels de bon usage ; - LPP ou recommandations de la HAS le cas échéant en l'absence d'indications à la LPP.

<p style="text-align: center;">Procédures / Modes opératoires de contrôle (suite)</p>	<p>Éléments de preuve : dans le cas d'une utilisation des produits de santé hors référentiels</p> <ul style="list-style-type: none"> - argumentaires cliniques et scientifiques vérifier que l'argumentaire a été publié dans une revue à comité de lecture et à une date postérieure à la décision d'AMM et /ou au PTT en vigueur. - réalisation et résultat du test moléculaire selon molécules traceurs - attestation de réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) (<i>Attention, ces réunions ont pour finalité de discuter d'une stratégie thérapeutique. La réglementation précise un minimum de 3 disciplines mais ne prévoit pas une discussion sur la thérapeutique médicamenteuse proprement dite</i>) - le cas échéant, traçabilité des échanges avec un réseau d'experts de l'OMÉDIT <p>Pour les produits de santé dont les référentiels ont fait l'objet d'une modification en cours d'année N, tenir compte de ces nouvelles données pour le contrôle.</p> <p><u>Bilan du contrôle :</u></p> <p>Rédaction du rapport de contrôle selon modèle type Restitution personnalisée du contrôle à chaque établissement : phase contradictoire Synthèse des conclusions</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p style="text-align: center;">Sanctions</p> <p style="text-align: center;">Plan d'actions</p>	<p>Au titre des contrats de bon usage :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Récupérations d'indus • Baisse du taux de remboursement global (médicaments et DMI) en tenant compte des manquements constatés. <p>Au titre de la régulation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conclusion d'un plan d'actions dès lors qu'il est avéré que : d'une part la croissance des dépenses de la liste en sus dépasse le taux national et, d'autre part, que ce dépassement n'est pas justifié compte tenu des mésusages révélés par les contrôles. • Baisse du taux de remboursement global (médicament et DMI) en tenant compte des manquements constatés : <ul style="list-style-type: none"> - à concurrence de 10% si non respect des engagements du plan d'action signé/ cette baisse peut se cumuler avec la réduction précédente - dans la limite de 30% si les stipulations du contrat de bon usage n'ont pas été respectées (art L162-22-7) <p>Ex : si baisse de 5% au titre du plan d'action soit un taux de remboursement fixé à 95% si parallèlement baisse de 6% au titre du CBU, la baisse cumulée est de 11% (qui reste dans la limite maximale de 30%) soit un taux de remboursement global de 89%.</p> <p>En cas de trois signalements de facturation en sus non conformes aux limitations du produit, enregistrés pour un établissement, le taux de remboursement de la part prise en charge du ou des produits concerné est fixé à un taux inférieur à 95% pour l'année suivante.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Calendrier	<p>Calendrier de conclusion du plan d'actions au titre des dépenses de l'année N (art L. 162-22-7-2 du CSS, circulaire du 16 juin 2009).</p> <p><u>Année N+1</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 31 mars N+1 : notification par l'Agence régionale de santé (ARS) à l'établissement de santé de sa décision de conclure un plan d'actions ; - 15 avril N+1 : date limite pour l'établissement pour faire connaître ses observations à l'ARS et au médecin conseil régional du régime général de l'assurance maladie quant à l'existence du dépassement et sur la décision de conclure un plan d'actions ; - 30 avril N+1 : date limite pour l'ARS de notification à l'établissement de sa décision de poursuivre la démarche de conclusion du plan d'actions ; - 15 mai N+1 : date limite pour l'envoi par l'établissement d'un projet de plan d'actions à l'ARS et au médecin conseil régional du régime général ; - 15 juin N+1 : date limite pour la conclusion plan d'actions <p><u>Année N+2</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 15 juillet N+2 : date limite de l'envoi des éléments d'évaluation du plan d'actions par l'établissement - 31 août N+2 : date limite de l'envoi par lettre avec accusé de réception de l'ARS indiquant son intention de sanctionner l'établissement - 30 septembre N+2 : date limite pour l'établissement pour faire connaître ses observations à l'ARS et au médecin conseil régional du régime général de l'assurance maladie - Octobre N+2 : notification par l'ARS à l'établissement de la diminution du taux de remboursement des dépenses de la liste en sus - 1^{er} jour du mois suivant la notification de baisse de taux : date effective de diminution du taux de remboursement des dépenses de la liste en sus
Retours ARS au ministère (DSS et DGOS)	Bilan définitif au 30 juin N+1

ANNEXE 4 :
Grille de contrôle d'un dossier
patient - plan d'action liste en sus

Grille de contrôle d'un dossier patient – plan d'action liste en sus

Date du contrôle :/...../.....

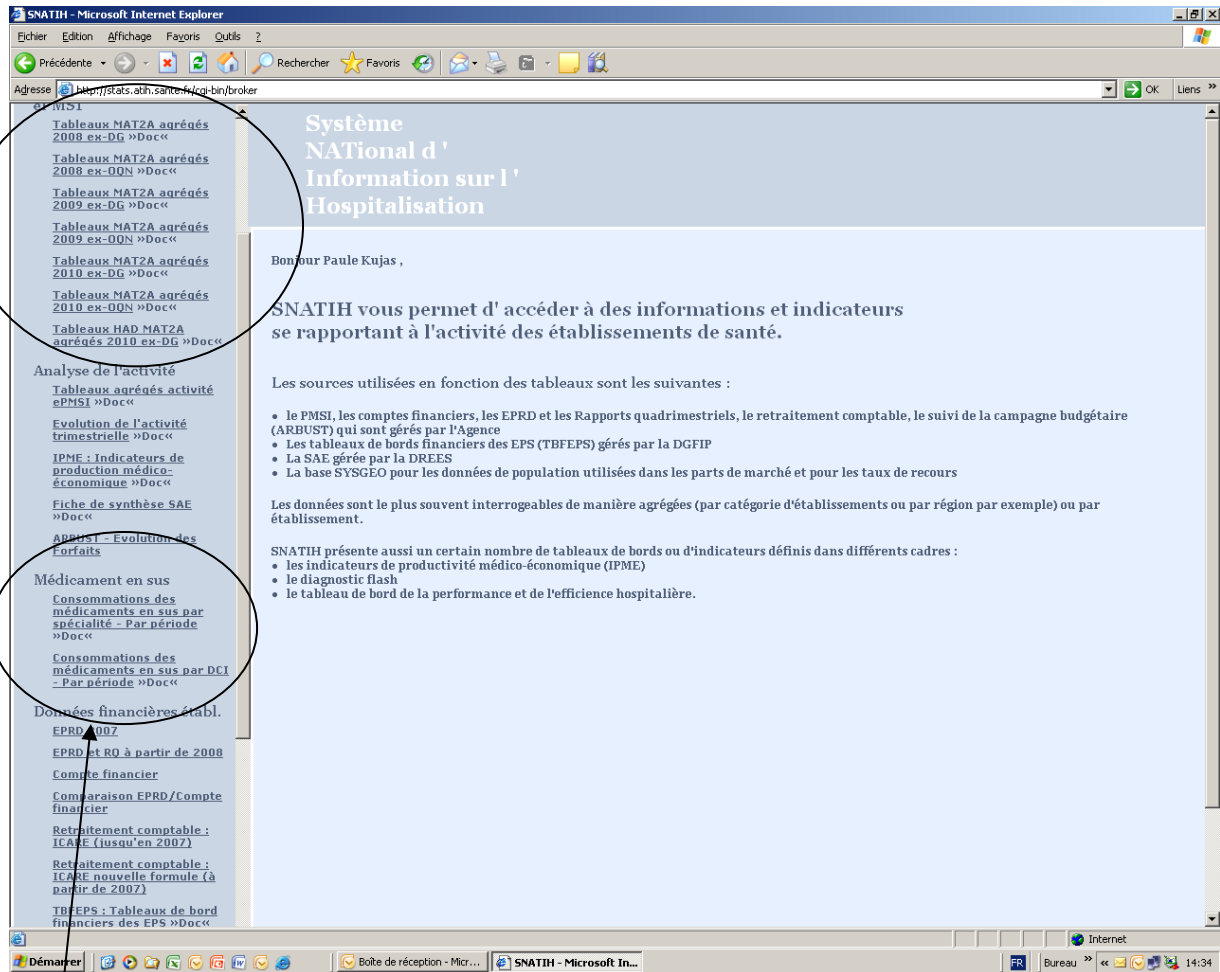
Réalisé par :

<p>Établissement contrôlé :</p>	<p>Stratégie du traitement prescrit :</p> <p>Préciser pour anticancéreux si :</p> <p><input type="checkbox"/> Néo adjuvant <input type="checkbox"/> Adjuvant <input type="checkbox"/> Palliatif</p> <p>Numéro de ligne :</p>
<p>Patient / dossier n° :</p> <p>Âge/ date de naissance :</p> <p>Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme</p>	<p>Traitement(s) associé(s) (molécules, radiothérapie, DMI, etc...) :</p>
<p>Produit contrôlé :</p> <p><input type="checkbox"/> Mabthéra (indications de cancérologie)</p> <p><input type="checkbox"/> Herceptin</p> <p><input type="checkbox"/> Taxotère</p> <p><input type="checkbox"/> Erbitux (test moléculaire préalable réalisé : oui / non)</p> <p><input type="checkbox"/> Vectibix (test moléculaire préalable : oui / non)</p> <p><input type="checkbox"/> Avastin</p> <p><input type="checkbox"/> Tysabri</p> <p><input type="checkbox"/> Cancidas</p> <p><input type="checkbox"/> STENT coronaires</p> <p>Autres produits contrôlés:</p> <p>Date de première prescription :/...../.....</p>	<p>Conformité de la prescription par rapport à :</p> <p>Référentiel OUI NON</p> <p>AMM</p> <p>PTT – RBU</p> <p>Argumentation (à défaut et par exception)</p> <p>(A compléter par références de travaux et publications et revues utilisées)</p> <p>Fiche RCP (pour anticancéreux)</p> <p>Date de la réunion :/...../.....</p> <p>Traitement validé : oui / non</p> <p>Autres :</p>
<p>Situation clinique à la date de la 1^{ère} prescription :</p> <p>(indication médicale justifiant la prescription du produit à contrôler et description éventuelle des antécédents et de la stratégie diagnostique et/ou thérapeutique suivie)</p>	<p>Conclusions :</p>

ANNEXE 5 :

Copies d'écran

Page d'accueil du site SNATIH (Système National d'information sur l'Hospitalisation)



Cet onglet permet d'accéder aux consommations des médicaments facturés en sus des groupes homogènes de séjour (GHS) par spécialités / par période ou par dénomination commune internationale (DCI) / par période.

Il n'existe pas de données 2009 pour les ex-OQN, donc pour tous les calculs d'évolutions faisant intervenir les données 2010 des ex-OQN, nous considérerons que l'année N-1 sera aussi 2010 (et les évolutions seront donc nulles).

Cet onglet permet d'accéder aux données des tableaux MAT2A

Page de requête – Médicament liste en sus

The screenshot shows the SNATH web application interface in Microsoft Internet Explorer. The page title is "Système NATIONAL d'Information sur l'Hospitalisation". The main content area is divided into four sections, each with a "Visualiser les tableaux" button:

- Analyse de la prescription des médicaments en sus par Spécialités**
Palmarès des spécialités par région
Choix de l'année: 2009
Choix du type d'établissement: ex-DGF
- Analyse du Case-mix de prescription des médicaments en sus**
Choix de l'année: 2009
Choix du type d'établissement: ex-DGF
Choix du médicament: ABELCET
- Analyse des évolutions de consommations par médicaments par région**
Choix de l'année: 2010
Choix du type d'établissement: ex-DGF
Choix de la période: Mois 12
Choix de la région: Alsace
Choix du type de présentation: Par médicament
- Analyse des DP/DR des prescriptions des médicaments en sus par région**
Choix du pourcentage: 80

The left sidebar contains a navigation menu with categories like "Liens SNATH", "ePMSI", "Analyse de l'activité", "Médicament en sus", and "Données financières établ.". The browser's address bar shows a URL with session and debug parameters.

La page de requête est divisée en quatre parties qui permettent de visualiser différents tableaux.

Pour chaque partie, il faut sélectionner l'année (à partir de 2007 pour la 1^{ère} partie, 2008 pour les autres) et le type d'établissements (ex-DGF ou ex-OQN). A noter que les établissements ex-OQN n'ont des données qu'à partir de 2010.

Analyse de la prescription des médicaments en sus par spécialités :

- Palmarès des spécialités par région (tableau I) ;
- Analyse du Case-mix de prescription des médicaments en sus (tableau II) ;
- Analyse des évolutions de consommations par médicaments par région (tableau III) ;
- Analyse des DP/DR des prescriptions des médicaments en sus par région (tableau IV).

Palmarès des spécialités par région

Présente par ordre décroissant (de 1 à n) les médicaments les plus prescrits au niveau national et par région (par rapport au montant valorisé). Pour plus de lisibilité, les tableaux sont séparés en deux selon la localisation géographique (Nord de la France et Sud de la France).

SAS Output - Microsoft Internet Explorer

Adresse http://stats.ath.sante.fr/cgi-bin/broker?_debug=%0D%0A%26SAVE_DEBMODE%0D%0A&_program=slnat.snat_aiguil001.sas&_service=defaut&_sessionid=Q43Pvq8U.52&snatnav=8snatdoc=8mbout=volet0&tab=1&tre

Ordre de consommation des molécules par région (France Nord)
Données 2009

Obs	libel	Base Nationale	Ile-de-France	Alsace	Lorraine	Haute-Normandie	Basse-Normandie	Bourgogne	Franche-Comté	Bretagne	Pays-de-la-Loire	Centre	Nord-Pas-de-Calais	Picardie
1	AVASTIN	1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	4	2
2	REMICADE	2	3	2	1	1	1	4	2	4	5	1	1	1
3	MABTHERA	3	2	3	3	5	4	3	4	1	1	3	2	3
4	HERCEPTIN	4	4	4	4	3	3	2	6	3	6	5	7	5
5	TAXOTERE	5	5	5	7	7	6	5	5	6	3	4	5	6
6	TEGELINE	6	6	12	6	4	17	8	10	5	4	8	6	7
7	ALIMTA	7	7	9	5	6	5	7	9	7	7	7	9	8
8	ERBITUX	8	8	7	9	11	10	6	8	8	8	6	12	10
9	TYSABRI	9	15	6	8	13	9	11	3	21	13	11	3	4
10	VELCADE	10	10	13	11	9	13	9	17	9	12	10	10	9
11	CAMPTO	11	13	8	12	12	14	10	11	11	11	9	13	15
12	CANCIDAS	12	11	15	10	8	21	20	13	27	10	19	8	16
13	SOLIRIS	13	12	22	36	30	.	19	16	10	18	16	16	11
14	GEMZAR	14	16	16	14	14	15	12	15	18	15	13	21	17
15	ELOXATINE	15	14	14	13	16	12	21	39	17	14	17	17	18
16	NOVOSEVEN	16	9	10	55	10	19	28	14	13	19	61	11	40
17	ELAPRASE	17	18	18	97	29	40	77	.	12	9	25	15	12
18	ARANESP	18	21	20	15	17	28	15	25	14	16	28	14	14
19	CEREZYME	19	17	19	20	19	36	14	26	15	33	15	25	.
20	CAELYX	20	20	21	27	24	31	17	29	20	24	20	28	23
21	OCTAGAM	21	19	90	16	67	16	43	.	103	103	12	29	31
22	AMBISOME	22	22	29	19	15	35	27	18	35	17	35	30	35
23	ORENCIA	23	28	26	32	22	20	25	28	36	31	23	19	20
24	PACLITAXEL	24	24	28	22	31	23	32	24	25	27	21	34	29

Terminé

Démarrer Boîte de réception - Mic... I:\SDPF\SDPF2\POLE_PR... Copie d'écran.docx - Mic... SAS Output - Microsof... Bureau 14:13

Tableau I

Analyse du Case-mix de prescription des médicaments en sus

Présente le case-mix GHS du médicament choisi.

Analyse du nombre de séjour avec prescription du médicament choisi.

Rappel : Evolution des consommations 2008/2009 pour AVASTIN

Obs	libel	Nb année n-1	Nb année n	Evolution en nombre	Montant année n-1	Montant année n	Evolution en dépenses
1	AVASTIN	167 141,2	198 847,0	19,0 %	154 893 065 €	199 763 110 €	29,0 %
		167 141,2	198 847,0		154 893 065 €	199 763 110 €	

Case-Mix par pour : AVASTIN

Obs	GHS	libelle	Nb de séjours	Nb de séjours avec AVASTIN	Nb de séjours avec au moins une autre DCI	Montant	Montant moyen séjour hors médicaments	Montant moyen séjour avec méd (au moins 1 euros de f)	Montant moyen
1	9606		1193146	130873	96232	177 804 902 €	395 €	393 €	1 359 €
2	6491		103174	6802	6003	8 999 464 €	935 €	918 €	1 323 €
3	6487		38643	1149	974	1 488 068 €	2 549 €	2 644 €	1 295 €
4	6488		11840	380	312	535 249 €	3 057 €	3 176 €	1 409 €
5	9611		1115605	1650	756	521 635 €	163 €	160 €	316 €
6	9616		257195	316	139	487 337 €	295 €	294 €	1 542 €
7	299		2654	208	159	354 361 €	758 €	739 €	1 704 €
8	7993		39658	170	121	329 585 €	8 288 €	10 333 €	1 939 €
9	9612		456948	749	245	236 981 €	133 €	131 €	316 €
10	9607		65273	116	49	206 494 €	854 €	845 €	1 780 €
11	2142		6005	204	181	203 922 €	785 €	778 €	1 000 €
12	6469		6159	119	77	197 181 €	5 131 €	5 544 €	1 657 €
13	324		24031	216	184	192 379 €	801 €	782 €	891 €
14	296		3424	71	61	176 612 €	5 769 €	5 724 €	2 487 €
15	1721		37924	117	100	170 762 €	719 €	715 €	1 460 €
16	7992		18865	89	70	170 675 €	6 122 €	8 187 €	1 918 €
17	1794		21932	140	135	167 805 €	607 €	579 €	1 199 €
18	7990		79255	90	62	158 685 €	2 674 €	3 837 €	1 763 €

Tableau II

Analyse des évolutions de consommations par médicaments par région

Présente au niveau national ou pour une région donnée la consommation de l'ensemble des médicaments (en effectif et montant) par médicament ou par établissement (Finess).

Evolution des consommations 2008/2009 des médicaments de la liste en sus
Région : Alsace
Période : M12

Obs	libel2	Nb UCD année n-1	Nb UCD année n	Evolution nb d'UCD	Montant UCD année n-1	Montant UCD année n	Evolution dépenses
1	AVASTIN	8 459,8	8 839,7	4,5 %	7 233 619 €	10 153 871 €	40,4 %
2	VELCADE	11 926,0	13 140,0	10,2 %	6 827 074 €	7 403 577 €	8,4 %
3	MABTHERA	7 446,5	8 443,5	13,4 %	6 073 077 €	7 207 509 €	18,7 %
4	HERCEPTIN	9 988,8	10 359,3	3,7 %	6 309 319 €	6 303 366 €	-0,1 %
5	TAXOTERE	7 911,1	7 241,3	-8,5 %	4 292 055 €	4 484 685 €	4,5 %
6	TYSABRI	1 310,0	2 033,0	55,2 %	2 407 518 €	3 736 247 €	55,2 %
7	ERBITUX	4 119,5	3 867,4	-6,1 %	2 392 104 €	3 107 795 €	29,9 %
8	CAMPTO	15 017,9	10 479,9	-30,2 %	2 915 353 €	2 578 509 €	-11,6 %
9	ALMTA	1 727,7	2 289,1	31,3 %	2 054 849 €	2 539 475 €	23,6 %
10	NOVOSEVEN	142,0	1 258,0	785,9 %	318 169 €	2 422 661 €	661,4 %
11	SANDOGLOBULINE	5 526,0	6 031,0	9,1 %	2 247 240 €	2 340 003 €	4,1 %
12	TEGELINE	4 077,0	5 707,0	40,0 %	1 500 686 €	2 150 726 €	43,3 %
13	VELCADE	1 488,2	1 801,5	21,0 %	1 734 133 €	2 074 829 €	19,6 %
14	ELOXATINE	8 139,1	7 709,4	-5,3 %	2 840 318 €	1 989 370 €	-30,0 %
15	CANODAS	2 882,0	3 924,0	36,2 %	1 440 372 €	1 964 389 €	36,4 %
16	GEMZAR	15 841,6	13 621,3	-14,0 %	2 066 390 €	1 656 011 €	-19,9 %
17	FABRAZYME	403,0	389,0	-3,5 %	1 559 856 €	1 505 667 €	-3,5 %
18	ELAPRASE	452,0	496,0	9,7 %	1 334 280 €	1 481 267 €	11,0 %
19	CEREZYME	982,0	765,0	-22,1 %	1 737 286 €	1 350 348 €	-22,3 %
20	ARANESP	8 291,0	10 052,0	21,2 %	998 408 €	1 158 438 €	16,0 %
21	SOLIRIS	104,0	219,0	110,6 %	488 446 €	997 949 €	104,3 %
22	CAELYX	1 576,7	1 547,9	-2,0 %	935 383 €	994 306 €	6,3 %
23	KASKADIL	2 740,0	3 897,0	42,2 %	647 461 €	912 212 €	40,9 %

Tableau III

En cliquant sur un nom de spécialité, le lien s'ouvre vers un tableau présentant l'évolution de consommation du médicament choisi par établissement :

SAS Output - Microsoft Internet Explorer

Précédente Recherche Favoris

Adresse http://stats.ath.sante.fr/cgi-bin/broker?_service=default&_server=stats.ath.sante.fr&_port=5010&_sessionId=oAq7AQsL52&_program=medct.evolo_finess_med.sas&_debug=0&req=spec®ion=42&annee=2009&per= OK Liens

Evolution des consommations 2008/2009 pour AVASTIN par établissement
Région : Alsace
Période : M12

Obs	finess	rs	Nb UCD année n	Nb UCD année n-1	Evolution nb d'UCD	Montant UCD année n	Montant UCD année n-1	Evolution dépenses
1	670780188	GROUPE HOSPITALIER SAINT-VINCENT DE STRASBOURG	2 543,0	1 281,0	98,5 %	3 325 862 €	1 548 681 €	114,8 %
2	670780063	C.R.L.C.C. PAUL STRAUSS DE STRASBOURG	2 355,9	3 174,8	-25,8 %	3 081 164 €	2 276 998 €	35,3 %
3	680000486	CENTRE HOSPITALIER DE MULHOUSE	1 139,0	1 189,0	-4,2 %	1 117 237 €	1 043 573 €	7,1 %
4	670000025	HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG	1 181,6	1 509,0	-21,7 %	1 011 594 €	1 102 063 €	-8,2 %
5	680000973	CENTRE HOSPITALIER DE COLMAR	991,0	641,0	54,6 %	905 580 €	552 071 €	64,0 %
6	670780337	CENTRE HOSPITALIER DE HAGUENAU	274,9	329,2	-16,5 %	359 572 €	430 600 €	-16,5 %
7	670780691	CENTRE HOSPITALIER DE SELESTAT	122,3	29,9	308,7 %	159 922 €	36 280 €	340,8 %
8	670780345	CENTRE HOSPITALIER DE SAVERNE	139,0	261,8	-46,9 %	119 883 €	203 903 €	-41,2 %
9	680000395	CTRE HOSPIT. ST-MORAND ALTKIRCH	93,0	44,0	111,4 %	73 056 €	39 449 €	85,2 %
			8 839,7	8 459,8		10 153 871 €	7 233 619 €	

Terminé

Démarrer Boîte de réception - Mic... SAS Output - Microsof... Document1 - Microsoft... Internet Bureau 14:40

Tableau III bis

Analyse des diagnostics principaux et des diagnostics reliés (DP/DR) des prescriptions des médicaments en sus par région

Présente selon le pourcentage choisi, pour une période, une région et un médicament donnés, les diagnostics principaux les plus représentés (par rapport au montant valorisé). Par exemple pour un pourcentage de 80%, le 1^{er} tableau donnera le ou les DP représentant 80% de la base en montant.

Le 2nd tableau présentera les 20% restant. Les diagnostics principaux sont présentés sur trois caractères. Le diagnostic relié, lorsqu'il est renseigné, est utilisé à la place du diagnostic principal si ce dernier commence par Z.

SAS Output - Microsoft Internet Explorer

Adresse http://stats.ath.sante.fr/cgi-bin/broker?_debug=%0D%0A%26SAVE_DEBMODE%0D%0A%26program=slnat.snat_aiguil001.sas%26service=defaut%26sessionid=oAzg7AQsl52%26snatnav=%26snatdoc=%26mbout=volet3%26tab=1%26tre

Fréquence des diagnostics principaux/reliés fréquents dans la base nationale
Sélection des diagnostics représentant 80 pourcent de la base (en montant)
 Région : Alsace - Période : M12
 Molécule : AVASTIN

Obs	Diagnostic	Nb de séjours Base Nat.	Nb d'UCD Base Nat.	Montant 2009 Base Nat. €	% Base Nat.	Rang Base Nat.	Nb de séjours Région	Nb d'UCD Région	Montant 2009 Région €	% Région.
1	C50 T.M. DU SEIN	37305	56679.96	58 797 555 €	29,5 %	1	2030	2340.31	2 799 669 €	27,6 %
2	C18 T.M. DU COLON	41330	45952.93	41 999 635 €	21,1 %	2	2374	1977.41	2 261 209 €	22,3 %
3	C71 T.M. DE L'ENCEPHALE	13214	20461.38	22 748 343 €	11,4 %	3	519	1051.00	1 058 638 €	10,4 %
4	C78 T.M. IIRE. DES ORG. RESP. ET DIG.	11240	14102.53	15 086 239 €	7,6 %	5	1066	762.50	814 676 €	8,0 %
5	C20 T.M. DU RECTUM	14168	16354.45	14 754 200 €	7,4 %	4	780	856.55	1 027 616 €	10,1 %
		117257	153551.25	153 385 972 €	77,0 %		6769	6987.76	7 961 808 €	78,4 %

Fréquence des diagnostics principaux/reliés peu fréquent dans la base nationale
Sélection des diagnostics représentant 20 pourcent de la base (en montant)
 Région : Alsace - Période : M12
 Molécule : AVASTIN

Obs	Diagnostic	Rang Base Nat.	Nb de séjours Base Nat.	Nb d'UCD Base Nat.	Montant 2009 Base Nat. €	% Base Nat.	Rang Région	Nb de séjours Région	Nb d'UCD Région	Montant 2009 Région €	% Région.
1	C34 T.M. DES BRONCHES ET DU POUMON	6	8206	12334.04	12 810 717 €	6,4 %	6	297	601.94	752 629 €	7,4 %
2	C79 T.M. IIRE. D. AUTRES SIEGES	7	3008	4529.37	5 378 605 €	2,7 %	7	313	400.00	498 377 €	4,9 %
3	C19 T.M. DE LA JONCTION RECTO-SIGMOIDIENNE	8	4099	5341.05	4 378 590 €	2,2 %	8	124	136.90	173 049 €	1,8 %
4	C59 T.M. DEL OVAIRE	10	3112	4435.61	4 331 646 €	2,2 %	9	189	165.42	177 526 €	1,7 %
5	C21 T.M. DEL ANUS ET DU CANAL ANAL	15	335	405.94	447 185 €	0,2 %	10	28	86.00	112 475 €	1,1 %
6	C61 T.M. DE LA PROSTATE	13	616	663.84	693 347 €	0,3 %	11	27	69.00	90 242 €	0,9 %
7	C64 T.M. DU REN. A L. EXCEPTION DU BASSINET	9	2636	4063.30	4 349 397 €	2,2 %	12	72	68.50	82 921 €	0,8 %
8	C80 T.M. DE SIEGE SAI	16	257	447.74	433 376 €	0,2 %	13	21	43.40	56 761 €	0,6 %
9	C77 T.M. DES Ggl. LYMPH. IIRE. ET SAI	12	1200	1591.83	1 776 521 €	0,9 %	14	114	43.25	47 754 €	0,5 %
10	C54 T.M. DU CORPS DEL LITERJUS	29	109	105.68	116 545 €	0,1 %	15	51	38.07	30 975 €	0,3 %

Tableau IV

Toutes ces analyses sont également possibles en choisissant la requête par DCI.

Page de requête – Tableau MAT2A établissements ex DG 2009

SNATIH - Microsoft Internet Explorer

Fichier Edition Affichage Favoris Outils ?

Précédente Rechercher Favoris

Adresse http://stats.ath.sante.fr/cgi-bin/broker?_debug=%0D%0A%26SAVE_DEBMODE%0D%0A&_program=slnmat_snat_agul001.sas&_service=default&_sessionid=DstTbCDU1.528snatnav=epmat2009&snatdoc=non&mbout=6tz OK Liens »

Système NATIONAL d'Information sur l'Hospitalisation

déconnexion

Liens SNATIH

ePMSI

- Tableaux MAT2A agréés 2008 ex-DG »Doc«
- Tableaux MAT2A agréés 2008 ex-00N »Doc«
- Tableaux MAT2A agréés 2009 ex-DG »Doc«
- Tableaux MAT2A agréés 2009 ex-00N »Doc«
- Tableaux MAT2A agréés 2010 ex-DG »Doc«
- Tableaux MAT2A agréés 2010 ex-00N »Doc«
- Tableaux HAD MAT2A agréés 2010 ex-DG »Doc«

Analyse de l'activité

- Tableaux agréés activité ePMSI »Doc«

Evolution de l'activité trimestrielle »Doc«

IPME : Indicateurs de production médico-économique »Doc«

Fiche de synthèse SAE »Doc«

ARBUST - Evolution des Forfaits

Médicament en sus

- Consommations des médicaments en sus par spécialité - Par période »Doc«
- Consommations des médicaments en sus par DCI - Par période »Doc«

Données financières étab.

Ex DG

Attention : suite à des problèmes de volume de données en ligne nous ne présenterons désormais MAT2A National que les 3 derniers mois pour l'année en cours.

TABLEAUX MAT2A NATIONAUX ET REGIONAUX Ex-DG 2009

SELECTIONNEZ LA REGION

FRANCE ENTIERE PERIODE M10

SELECTIONNEZ LES CATEGORIES D'ETABLISSEMENTS

CHU CH HL CLCC EBNL / PSPH Autres établissements Publics

SELECTION DU TABLEAU MAT2A

Tableau 01 V10 : RSA transmis sur la période

Visualiser les tableaux

Tableau 65 : Traitement Lamda - Synthèse des séjours envoyés

NB : Les traitements Lamda correspondent aux traitements des données 2008 transmises en 2009, qui sont les données de la dernière période transmises, par conséquent le choix de la période n'intervient pas.

Visualiser les tableaux

Terminé

Démarrer Boîte de récepti... I:\SDPF\SDPF2\... Copie d'écran d... SNATIH - Micr... http://stats.ath... http://stats.ath... Bureau 10:28

Les tableaux réalisés par MAT2A présentent des variables calculées sur les données télétransmises. Ces données sont comparées :

- aux données de l'année 2008 de l'établissement sur la même période. Dans la présentation des tableaux on notera « année N-1 » par soucis de lisibilité. Pour permettre les comparaisons, les données 2008 sont regroupées en V11 à partir de mars. Lors des comparaisons avec l'année N-1, les données N-1 utilisées sont celles de M12 2008 ;
- aux données de la Base Nationale présentant les durées de séjour de référence publiées avec les tarifs.

→ Ce menu déroulant permet de choisir le tableau :

- Le tableau 31 représente la valorisation des molécules onéreuses. Il se décompose en tableau 31A, et tableau 31B ;
- Le tableau 32 représente la valorisation des dispositifs médicaux implantables Il se décompose en tableau 32A, et tableau 32B. La valorisation des DMI se fait uniquement à partir des données FICHCOMP.

Tableau 31A : Molécules onéreuses valorisées par région et par période

SAS Output - Microsoft Internet Explorer

Adresse http://stats.ath.sante.fr/cgi-bin/broker?_debug=%0D%0A%26SAVE_DEBMODE%0D%0A&_program=slnmat.snat_aiguil001.sas&_service=defaut&_sessionid=0M011PDUl.52&snatdoc=snatdoc&mbout=mat2&TYPT51=02

Tableau 31 A
Molécules onéreuses valorisées
FRANCE ENTIERE - états des remboursements validés
2009 M11

UCD	Nb UCD transmis FICHCOMP	Nb UCD non valorisées (séjours supprimés tab 02_4A)	Nb UCD essais thérapeutiques (*)	Nb UCD valorisées
1182	1,43	1,43	0,00	0,00
9010750 BICNUJ INJ FL+AMP	8 672,06	207,28	0,00	8 464,78
9025711	9,00	9,00	0,00	0,00
9055511 LYMPHOGLLOBULINE INJ FL5ML	178,00	35,00	0,00	143,00
9137172 NAVELBINE 10MG INJ FV1ML	14 477,80	125,40	100,00	14 252,40
9137189 NAVELBINE 50MG INJ FV5ML	32 550,03	474,96	49,00	32 026,07
9137580 MUPHORAN 208MG INJ FL+AMP	4 327,73	88,89	0,00	4 237,84
9143540 THEPRUBICINE 20MG INJ FL+A.	18,05	0,00	0,00	18,05
9143557 THEPRUBICINE 50MG INJ FL+FL	78,22	1,54	0,00	76,68
9145332 FARMORUBICINE 10MG LYOT DR FL	3 243,07	39,00	1,00	3 203,07
9145349 FARMORUBICINE 10MG SOL FV5ML	51,60	0,00	0,00	51,60
9145361 FARMORUBICINE 50MG LYOT DR FL	6 795,57	87,73	0,00	6 707,84
9145378 FARMORUBICINE 50MG SOL FV25ML	93,32	4,00	0,00	89,32
9147934 EPREX 10000UI INJ FL1ML	87,00	0,00	0,00	87,00
9147940 EPREX 20000UI INJ FL1ML	707,00	1,00	0,00	706,00
9147957 EPREX 40000UI INJ FL1ML	52,00	0,00	0,00	52,00
9153395 ZAVEDOS 10MG LYOT INJ FL	7 130,88	251,12	0,00	6 879,76
9153403 ZAVEDOS 5MG LYOT INJ FL	2 612,82	46,20	0,00	2 566,62
9153857 FARMORUBICINE 150MG LYOT FL	1 221,20	17,56	0,00	1 203,65
9160490 METASTRON INJ FL4ML	70,00	0,00	2,00	68,00
9160509 NIPENT 10MG INJ FL	930,43	9,40	0,00	921,03
9163577 TAXOL 8MG/ML INJ FL5ML	7 726,72	137,67	6,00	7 583,06

Terminé

Démarrer

Boîte de réception - ...

I:\SDPF\SDPF2\POLE...

Copie d'écran.docx - ...

SAS Output - Micro...

<http://stats.ath.sant...>

Bureau >>

11:03

Ce tableau présente pour chaque UCD :

- Le nombre d'UCD transmis ;
- Le nombre d'UCD non valorisées : correspond aux UCD des séjours supprimés ;
- Le nombre d'UCD en essai thérapeutique : correspond aux UCD dont le montant FICHCOMP est à 0 ;
- Le nombre d'UCD valorisées.

Tableau 31B : Valorisation des dépenses de molécules onéreuses

SAS Output - Microsoft Internet Explorer

Précédente Recherche Favoris

Adresse http://stats.ath.sante.fr/cgi-bin/broker?_debug=%0D%0A%26SAVE_DEBMODE%0D%0A&_program=slnmat.snat_agull001.sas&_service=default&_sessionid=0N011PDUL52&snatnav=8snatdoc=8mbout=mat2&TYPT51=0C OK Liens

Tableau 31 B
Valorisation des dépenses de molécules onéreuses
FRANCE ENTIERE - établissements validés
2009 M11

UCD	Nb valorisé 2009	Dépenses	Dépenses au tarif de responsabilité	Dépense T2A accordée	Ecart
9010750 BICNU INJ FL+AMP	8 464,78	247 174,47	246 752,34	246 633,62	-540,85
9055511 LYMPHOGLORULINE INJ FL5ML	143,00	29 293,44	13 219,06	13 219,06	-16 074,38
9137172 NAVELBINE 10MG INJ FV1ML	14 252,40	109 952,57	432 393,61	270 782,31	160 829,74
9137189 NAVELBINE 50MG INJ FV5ML	32 026,07	1 109 630,64	4 626 055,78	2 865 523,43	1 755 892,80
9137590 MUPHORAN 208MG INJ FL+AMP	4 237,84	2 139 656,72	2 172 310,41	2 155 551,86	15 895,14
9143540 THEPRUBICINE 20MG INJ FL+A	18,05	763,62	763,70	763,66	0,04
9143557 THEPRUBICINE 50MG INJ FL+FL	76,68	7 478,43	7 479,06	7 478,74	0,32
9145332 FARMORUBICINE 10MG LYOT DR FL	3 203,07	57 987,36	59 456,68	58 456,21	468,85
9145349 FARMORUBICINE 10MG SOL FV5ML	51,60	515,37	1 255,63	883,74	368,37
9145361 FARMORUBICINE 50MG LYOT DR FL	6 707,84	572 423,38	605 754,91	588 868,46	16 445,08
9145378 FARMORUBICINE 50MG SOL FV25ML	89,32	4 991,20	11 181,30	8 048,59	3 057,39
9147934 EPREX 10000UI INJ FL1ML	87,00	6 719,47	7 274,94	6 681,17	-36,30
9147940 EPREX 2000UI INJ FL1ML	706,00	11 191,38	13 474,19	12 005,06	813,68
9147957 EPREX 4000UI INJ FL1ML	52,00	1 792,91	1 739,30	1 627,64	-165,27
9153395 ZAVEDOS 10MG LYOT INJ FL	6 879,76	1 661 476,27	1 706 702,42	1 683 579,86	22 103,59
9153403 ZAVEDOS 5MG LYOT INJ FL	2 666,62	320 776,58	324 302,49	322 530,52	1 753,93
9153857 FARMORUBICINE 150MG LYOT FL	1 203,65	292 212,12	329 286,16	310 712,19	18 500,08
9160490 METASTRON INJ FL4ML	68,00	86 978,04	90 048,12	88 513,04	1 535,00
9160509 NIFENT 10MG INJ FL	921,03	816 000,80	813 716,97	813 174,26	-2 826,54
9163577 TAXOL 6MG/ML INJ FL5ML	7 583,06	90 130,74	399 540,29	242 907,05	152 776,31
9167440 EPREX 10000UIML INJ SRG1ML	26 955,20	1 441 064,41	2 272 264,90	1 845 991,44	404 927,03
9168014 LEUSTATINE 10MG INJ FV10ML	445,18	105 057,45	104 917,35	104 895,37	-162,08
9169344 MONOCLATE 500UI INJ FL+FL+NEC	1,00	322,97	398,19	360,58	37,61

Terminé

Démarrer Boîte de réception - ... I:\SDPFI\SDPFI2\POLE... Copie d'écran.docx - ... SAS Output - Micro... http://stats.ath.sant... Bureau >> 11:08

Ce tableau présente par molécule :

- Le nombre valorisé : il correspond au nombre d'UCD pris en compte pour la valorisation (cf. tableau 31 A) ;
- Les dépenses déclarées : elles correspondent aux montants indiqués dans FICHCOMP ;
- Les dépenses au tarif de responsabilité pour la molécule : elles correspondent au nombre valorisé multiplié par le tarif de responsabilité de la molécule pour la période donnée ;
- Les dépenses T2A accordées. Elles sont égales :
 - aux dépenses au TR si les dépenses déclarées sont supérieures ou égales aux dépenses au TR ;
 - aux dépenses déclarées + 50% de l'écart entre les dépenses déclarées et les dépenses au TR si les dépenses déclarées sont inférieures aux dépenses au TR.
- L'écart entre les dépenses T2A accordées et les dépenses déclarées.

Tableau 32A : valorisation des dispositifs médicaux implantables

SAS Output - Microsoft Internet Explorer

Adresse http://stats.ath.sante.fr/cgi-bin/broker?_debug=%0D%0A%26SAVE_DEBMODE%0D%0A&_program=slhmat.snat_aiguil001.sas&_service=default&_sessionId=0M011PDUL52&snatnav=8snatdoc=8mbout=mat2&TYPTST=0C

Tableau 32 A
DMI valorisés
FRANCE ENTIERE - établissements validés
2009 M11

DMI	Nb DMI transmis FICHCOMP	Nb DMI non valorisés (séjours supprimés tab 02_4A)	Nb DMI valorisés
3100156	72,00	3,00	69,00
3100185 IMPLANT CORONARIEN, STENT A LIB. DE SIROLIMUS, CORDIS, CYPHER SELECT, DIAM3MM	73,00	6,00	67,00
3100334 HANCHE, CUPULE BIPOLAIRE MOBILE OU CUPULE FEMORALE UNIPOLAIRE	16 049,00	148,00	15 901,00
3100392 ENDOPROTHESE AORTIQUE, MF SAS, TALENT LPS X, CORPS BIFURQUE + JAMBAGE	162,00	2,00	160,00
3100469 EPAULE, TETE OU CALOTTE SEULE, CERAMIQUE, BIPOLAIRE OU CUPULE INTERMEDIAIRE	296,00	6,00	290,00
3100564 Substituts osseux	4,00	0,00	4,00
3100624 POIGNET, IMPLANT TRAPEZO-METACARPIEN, NON METALLIQUE	6,00	0,00	6,00
3100920 GENOU, EMBASE TIBIALE UNICOMPARTIMENTALE, METALLIQUE, NON CIMENTEE	680,00	8,00	672,00
3101318 STENT INTRACRANEN AUTO-EXPANSIBLE, BALT, LEO+ STENT	84,00	3,00	81,00
3101405 GENOU, QUILLE D'ANCRAGE	4 466,00	96,00	4 370,00
3101606 GENOU, IMPLANT UNICOMPARTIMENTAL OU INSERT TIBIAL EN POLYETHYLENE SEUL	2 017,00	31,00	1 986,00
3102008 GENOU, IMPLANT MENISCAL, ANCRE RESORBABLE OU NON, SMITH & NEPHEW, FAST FIX	1 850,00	70,00	1 780,00
3102037 ENDOPROTHESE AORTIQUE, EDWARDS, POWERLINK, DISPOSITIF D'OCCLUSION	16,00	0,00	16,00
3102385 IMPLANT POUR PLASTIE ENDOCANALAIRE, NON EXPANSIBLE, NON ELASTIQUE, NON DEPLOYABLE	3 954,00	62,00	3 872,00
3102422 COUDE, IMPLANT INTERMEDIAIRE FAISANT CHARNIERE	475,00	15,00	460,00
3102793 IMPLANT DIGESTIF ANNULAIRE AJUSTABLE POUR GASTROPLASTIE, ETHICON, SAGB	287,00	1,00	286,00
3103077 IMPLANT ORL, OREILLE, PISTON POUR ANKYLOSE DE LETRIER, PLUS D'1 MATERIAU	400,00	4,00	396,00
3103769 VALVE CARDIAQUE A DISQUE	61,00	5,00	56,00
3103835 HANCHE, COTYLE, MONOBLOC MIXTE, ALLIAGE METALLIQUE, MATHYS, METAMYS	13,00	1,00	12,00
3104042 IMPLANT VASCULAIRE DE LIGATURE INTERNE POUR ANEURYSMES CEREBRAUX, DIT CLIP	1 992,00	60,00	1 932,00
3104160 ENDOPROTHESE CORONAIRE, STENT LIB. ZOTAROLIMUS, MEDTRONIC, ENDEAVOR, DIAM 3,0 MM	260,00	6,00	254,00
3104190 IMPLANT ENDOVASCULAIRE DIT STENT, CORONARIEN, BIOTRONIK FRANCE, LEKTON MOTION	298,00	1,00	297,00
3104496 ENDOPROTHESE CORONAIRE DITE STENT, INACTIF, SORIN, CARBOSTENT CHRONO	1 590,00	40,00	1 510,00

Terminé

Démarrer

Boîte de réception - ...

I:\SDPF\SDPF2\POLE...

Copie d'écran.docx - ...

SAS Output - Micro...

<http://stats.ath.sant...>

Bureau >>

11:14

Ce tableau présente pour chaque DMI :

- Le nombre de DMI transmis ;
- Le nombre de DMI non valorisés : correspond aux DMI des séjours supprimés ;
- Le nombre de DMI valorisés.

Tableau 32B : Valorisation des dépenses de dispositifs médicaux implantables

SAS Output - Microsoft Internet Explorer

Tableau 32 B
Valorisation des dépenses de dispositifs médicaux implantables
FRANCE ENTIERE - établissements validés
2009 M11

DMI	Nb valorisé 2009	Dépenses	Dépenses au tarif de la LPP	Dépense T2A accordée	Ecart
3100156	69,00	239 652,52	246 813,00	243 232,72	3 580,21
3100185 IMPLANT CORONARIEN, STENT A LIB. DE SIROLIMUS, CORDIS, CYPHER SELECT, DIAM3MM	67,00	102 474,96	110 546,00	105 781,94	3 286,98
3100334 HANCHE, CUPULE BIPOLAIRE MOBILE OU CUPULE FEMORALE UNIPOLAIRE	15 901,00	4 331 755,98	5 827 282,95	5 077 809,37	746 053,40
3100392 ENDOPROTHESE AORTIQUE, MF SAS, TALENT LPS X, CORPS BIFURQUE + JAMBAGE	160,00	871 934,96	932 960,00	897 184,61	25 249,64
3100469 EPAULE, TETE OU CALOTTE SEULE, CERAMIQUE, BIPOLAIRE OU CUPULE INTERMEDIAIRE	290,00	122 988,96	148 546,70	135 767,80	12 778,84
3100564 Substituts osseux	4,00	570,12	609,80	589,96	19,84
3100624 POIGNET, IMPLANT TRAPEZO-METACARPIEN, NON METALLIQUE	6,00	3 623,55	3 750,24	3 686,89	63,35
3100920 GENOU, EMBASE TIBIALE UNICOMPARTIMENTALE, METALLIQUE, NON CIMENTEE	672,00	353 900,62	396 225,32	374 961,21	21 060,59
3101316 STENT INTRACRANIEEN AUTO-EXPANSIBLE, BALT, LEO+ STENT	81,00	244 869,57	234 900,00	234 612,07	-10 257,50
3101405 GENOU, QUILLE D'ANCRAGE	4 370,00	1 133 051,68	1 227 983,02	1 168 664,18	35 812,49
3101606 GENOU, IMPLANT UNICOMPARTIMENTAL OU INSERT TIBIAL EN POLYETHYLENE SEUL	1 986,00	392 939,34	416 083,97	402 975,87	10 036,53
3102008 GENOU, IMPLANT MENISCAL, ANCRE RESORBABLE OU NON, SMITH & NEPHEW, FAST FIX	1 780,00	493 766,96	542 722,00	513 018,09	19 251,13
3102037 ENDOPROTHESE AORTIQUE, EDWARDS, POWERLINK, DISPOSITIF D'OCCCLUSION	16,00	18 032,00	18 032,00	18 032,00	0,00
3102385 IMPLANT POUR PLASTIE ENDOCANALAIRES, NON EXPANSIBLE, NON ELASTIQUE, NON DEPLOYABLE	3 872,00	395 197,70	404 072,49	398 163,94	2 966,25
3102422 COUDE, IMPLANT INTERMEDIAIRE FAISANT CHARNIERE	460,00	140 961,39	126 579,84	123 339,76	-17 621,63
3102793 IMPLANT DIGESTIF ANNULAIRE AJUSTABLE POUR GASTROPLASTIE, ETHICON, SAGB	266,00	307 550,60	329 560,00	316 555,30	11 004,70
3103077 IMPLANT ORL, OREILLE, PISTON POUR ANKYLOSE DE L'ETRIER, PLUS D'1 MATERIAU	396,00	26 899,18	28 674,36	27 729,73	830,55
3103769 VALVE CARDIAQUE A DISQUE	56,00	141 352,51	155 418,50	148 385,50	7 033,00
3103835 HANCHE, COTYLE, MONOBLOC MIXTE, ALLIAGE METALLIQUE, MATHYS, METAMYS	12,00	12 153,11	12 297,12	12 225,10	71,99
3104042 IMPLANT VASCUAIRE DE LIGATURE INTERNE POUR ANEURYSMES CEREBRAUX, DIT CLIP	1 932,00	245 537,26	254 546,27	249 368,61	3 831,35
3104160 ENDOPROTHESE CORONAIRE, STENT LIB. ZOTAROLIMUS, MEDTRONIC, ENDEAVOR, DIAM 3,0 MM	254,00	312 442,19	323 771,60	317 796,89	5 354,69
3104190 IMPLANT ENDOVASCULAIRE DIT STENT, CORONARIEN, BIOTRONIK FRANCE, LEKTON MOTION	297,00	110 403,61	163 438,00	136 920,80	26 517,20

Ce tableau présente par DMI :

- Le nombre valorisé ;
- les dépenses déclarées : elles correspondent aux montants indiqués dans FICHCOMP
- Les dépenses au tarif de la LPP pour le DMI considéré : elles correspondent au nombre consommé multiplié par le tarif de la LPP du DMI ;
- les dépenses accordées. Elles sont égales :
 - aux dépenses au tarif de la LPP si les dépenses déclarées sont supérieures ou égales aux dépenses au tarif de la LPP ;
 - aux dépenses déclarées + 50% de l'écart entre les dépenses déclarées et les dépenses au tarif de la LPP si les dépenses déclarées sont inférieures aux dépenses au tarif de la LPP.
- l'écart entre les dépenses accordées et les dépenses déclarées.

Page de requête – Tableau MAT2A établissements ex OQN 2009

SNATIH - Microsoft Internet Explorer

Précédente Recherche Favoris

Adresse http://stats.ath.sante.fr/cgi-bin/broker?_debug=0&_program=sinat._snat._aiguil001.sas&_service=default&_sessionid=6.FEIDUL528snatnav=epmat2009&snatdoc=non

Système NATIONAL d'Information sur l'Hospitalisation

déconnexion

Liens SNATIH

ePMSI

- Tableaux MAT2A agrégés 2008 ex-DG »Doc«
- Tableaux MAT2A agrégés 2008 ex-OQN »Doc«
- Tableaux MAT2A agrégés 2009 ex-DG »Doc«
- Tableaux MAT2A agrégés 2009 ex-OQN »Doc«
- Tableaux MAT2A agrégés 2010 ex-DG »Doc«
- Tableaux MAT2A agrégés 2010 ex-OQN »Doc«
- Tableaux HAD MAT2A agrégés 2010 ex-DG »Doc«

Analyse de l'activité

- Tableaux agrégés activité ePMSI »Doc«
- Evolution de l'activité trimestrielle »Doc«
- IPME : Indicateurs de production médico-économique »Doc«
- Fiche de synthèse SAE »Doc«
- ARBUST - Evolution des Forfaits

Médicament en sus

- Consommations des médicaments en sus par spécialité - Par période »Doc«
- Consommations des médicaments en sus par DCI - Par période »Doc«

Données financières établ.

Tableaux agrégés activité ePMSI »Doc«

Evolution de l'activité trimestrielle »Doc«

IPME : Indicateurs de production médico-économique »Doc«

Fiche de synthèse SAE »Doc«

ARBUST - Evolution des Forfaits

Consommations des médicaments en sus par spécialité - Par période »Doc«

Consommations des médicaments en sus par DCI - Par période »Doc«

Données financières établ.

Tableaux MAT2A NATIONAUX ET REGIONAUX Ex-OQN 2009

SELECTIONNEZ LA REGION

FRANCE ENTIERE PERIODE M10

SELECTION DU TABLEAU MAT2A

Tableau 42 V11: Analyse RSFH

Visualiser les tableaux

CONTACT

Les tableaux réalisés par MAT2A présentent des variables calculées sur les données télétransmises. Pour les établissements privés, les données sont disponibles depuis avril 2009 pour les médicaments hors GHS. Pour les dispositifs médicaux hors GHS, les données détaillées par code LPP sont disponibles pour l'année entière 2009.

→ Ce menu déroulant permet de choisir le tableau :

- Les tableaux 40B v10 (jusqu'au 1^{er} mars) et v11 représentent l'analyse des RSFP : la valorisation des codes LPP (DMI) ;
- Le tableau 42B v11 représente l'analyse des RSFH : la valorisation des codes UCD (médicament).

Tableau 40 Bv11 : valorisation des codes LPP : DMI

SAS Output - Microsoft Internet Explorer

Adresse http://stats.ath.sante.fr/cgi-bin/broker?_debug=%0D%0A%26SAVE_DEBMODE%0D%0A&_program=slnat_snat_agul001.sas&_service=default&_sessionid=6.fEIDUL52bsnatnav=6snet.doc=&mbout=dummy&TYPST=02&

Différence supérieure à 1 euro

Tableau 40 B v11
Valorisation des codes LPP (RSFP)
FRANCE ENTIERE - établissements validés/ pour les établissements Privés
2009 M10

Code LPP	Quantité	Montant total facturé	Montant total de l'écart indemnisable
.	16	4 639,07	0,00
1109928	2	28,00	0,00
1116584	832	34 601,60	64,84
1154099	1	243,92	0,00
1156684	7	113,55	42,88
1186805	15	640,50	82,23
1217374	1	11,00	0,00
1227332	1	17,68	0,00
2404210	13	758,03	0,00
2415946	11	781,66	0,00
2426683	39	4 690,53	1 035,24
2426766	3	29,31	0,00
2432880	61	2 000,80	1 818,18
2434636	1	218,67	0,00
2494897	319	3 501,05	1 171,02
2498620	4	362,92	242,91
2499156	784	5 385,42	3 868,77
3100156	21	75 117,00	13,81
3100185	6	9 300,00	54,02
3100334	4 344	1 584 096,95	21 718,84
3100392	90	524 790,00	323,58
3100469	99	50 659,55	376,48
3100624	118	73 201,49	622,62

Terminé

Démarrer

Boîte de réception - ...

I:\SDPF\SDPF2\POLE...

Copie d'écran.docx - ...

SAS Output - Micro...

<http://stats.ath.sant...>

Bureau >>

12:29

Ce tableau valorise :

- Le nombre de code LPP ;
- Le montant total facturé ;
- Le montant total de l'écart indemnisable.

Tableau 42 Bv11 : valorisation des codes UCD : médicament

SAS Output - Microsoft Internet Explorer

Adresse http://stats.ath.sante.fr/cgi-bin/broker?_debug=%0D%0A%26SAVE_DEBMODE%0D%0A&program=slnat_snat_agul001.sas&service=default&sessionid=6.fEIDUL52bsnatnav=6snet.doc=&mbout=dummy&TYPTST=026

() Différence supérieure à 1 euro

Tableau 42 B V11
Valorisation des codes UCD (RSFH)
FRANCE ENTIERE - établissements validés/ pour les établissements Privés
2009 M10

Code UCD	Quantité	Montant total facturé	Montant total de l'écart indemnisable
.	4,00	771,88	0,00
0	3,01	187,32	0,00
10000	11,00	14 279,71	0,00
3318702	12,00	6 145,08	0,00
3319038	21,00	615,24	0,00
3694977	2,00	616,80	0,00
3830802	129,00	33 954,30	0,00
3866579	277,00	83 999,81	0,00
5582142	251,00	6 328,02	0,00
5588222	493,00	34 668,55	0,00
5588245	37,00	7 432,19	0,00
5590839	296,00	29 609,33	0,00
5595179	279,00	45 722,05	0,00
5595185	410,00	285 740,42	0,00
5596486	22,00	1 701,44	0,00
5596492	29,00	5 068,42	0,00
5596747	14,00	510,04	0,00
5596753	18,00	3 430,64	0,00
5601804	141,00	12 061,63	0,00
5603619	45,00	19 816,02	0,00
5605452	53,00	14 978,07	0,00
5606003	292,00	75 038,78	0,00
.....

Terminé

Démarrer | Boîte de réception - ... | I:\SDPF\SDPF2\POLE... | Copie d'écran.docx - ... | SAS Output - Micro... | http://stats.ath.sant... | Bureau >> | 12:35

Ce tableau valorise :

- Le nombre de code UCD ;
- Le montant total facturé ;
- Le montant total de l'écart indemnisable.

Page de requête – Tableau MAT2A établissements ex DG 2010

Les tableaux réalisés par MAT2A présentent des variables calculées sur les données télétransmises. Ces données sont comparées :

- aux données de l'année 2009 de l'établissement sur la même période. Dans la présentation des tableaux on notera « année N-1 » par soucis de lisibilité. Pour permettre les comparaisons, les données 2009 sont regroupées en V11 de janvier à février, puis en V11B à partir de mars. Lors des comparaisons avec l'année N-1, les données n-1 utilisées sont celles de M12 2009.
- aux données de la Base Nationale présentant les durées de séjour de référence publiées avec les tarifs

→ Ce menu déroulant permet de choisir le tableau :

- Le tableau 35 représente la valorisation des molécules onéreuses. Il se décompose en tableau 35A, et tableau 35B ;
- Le tableau 36 représente la valorisation des dispositifs médicaux implantables Il se décompose en tableau 36A, et tableau 36B. La valorisation des DMI se fait uniquement à partir des données FICHCOMP.

Trois nouveaux tableaux sur les DMI sont créés à partir de 2010 (tableaux 37, 38 et 39).

- Le tableau 37 : analyse des DMI : Stents ;
- Le tableau 38 : analyse des DMI : prothèse de hanche ;
- Le tableau 39 : analyse des DMI : stimulateurs et défibrillateurs cardiaques.

Ils présentent par racine pour les DMI concernés (DM de stents ou DM de prothèses de hanche ou DM de stimulateurs et défibrillateurs cardiaque) :

- Le nombre de séjours total dans la racine ;
- Le nombre de séjours avec DMI ;
- Le % séjours avec DMI ;
- Le montant FICHCOMP.

Chacun de ces tableaux est divisé en quatre sous tableaux selon la racine :

- Racines avec DM attendu (1) : dans ces racines, les DMI devraient être posés systématiquement. Leur absence signifie que le DM n'a pas été saisi dans FICHCOMP mais que le RSA a bien été codé ;
- Racines avec DM possible sous réserve de la présence de l'acte de pose (non vérifiable sur la racine) (2) : ces racines pourraient comporter l'acte de pose. Les séjours concernés ont pu être groupés dans ces racines car elles interviennent avant dans la hiérarchie de groupage à cause de la présence d'un acte plus lourd ;
- Racines avec DM possible si oubli de l'acte de pose (n'aurait pas dû être groupé dans cette racine) (3) : ici l'acte de pose n'a pas été saisi dans le RSA ;
- Racines avec DM improbable (4) : ces racines ne devraient pas être concernées par un DMI.

Tableau 35 : valorisation des molécules onéreuses

Tableau 35A : Molécules onéreuses valorisées

Ce tableau présente pour chaque UCD :

- Le nombre d'UCD transmis ;
- Le nombre d'UCD non valorisées : correspond aux UCD des séjours supprimés ;
- Le nombre d'UCD en essai thérapeutique : correspond aux UCD dont le montant FICHCOMP est à 0 ;
- Le nombre d'UCD valorisées.

Tableau 35B : Valorisation des dépenses de molécules onéreuses

Le tableau présente par molécule :

- Le nombre valorisé : il correspond au nombre d'UCD pris en compte pour la valorisation ;
- Les dépenses déclarées : elles correspondent aux montants indiqués dans FICHCOMP ;
- Les dépenses au tarif de responsabilité pour la molécule : elles correspondent au nombre valorisé multiplié par le tarif de responsabilité de la molécule pour la période donnée ;
- Les dépenses T2A accordées. Elles sont égales :
 - aux dépenses au TR si les dépenses déclarées sont supérieures ou égales aux dépenses au TR ;
 - aux dépenses déclarées + 50% de l'écart entre les dépenses déclarées et les dépenses au TR si les dépenses déclarées sont inférieures aux dépenses au TR.
- L'écart entre les dépenses T2A accordées et les dépenses déclarées.

Tableau 36 : valorisation des DMI

Tableau 36A : DMI valorisés :

Ce tableau présente pour chaque DMI :

- Le nombre de DMI transmis ;
- Le nombre de DMI non valorisés : correspond aux DMI des séjours supprimés ;
- Le nombre de DMI valorisés.

Tableau 36B : Valorisation des dépenses de dispositifs médicaux implantables :

Ce tableau présente par DMI :

- Le nombre valorisé ;
- Les dépenses déclarées : elles correspondent aux montants indiqués dans FICHCOMP ;
- Les dépenses au tarif de la LPP pour le DMI considéré : elles correspondent au nombre consommé multiplié par le tarif de la LPP du DMI ;
- Les dépenses accordées. Elles sont égales :
 - aux dépenses au tarif de la LPP si les dépenses déclarées sont supérieures ou égales aux dépenses au tarif de la LPP ;
 - aux dépenses déclarées + 50% de l'écart entre les dépenses déclarées et les dépenses au tarif de la LPP si les dépenses déclarées sont inférieures aux dépenses au tarif de la LPP ;
- L'écart entre les dépenses accordées et les dépenses déclarées.

Tableau 37 : Analyse des DMI : Stents

SAS Output - Microsoft Internet Explorer

Précédente Adresse http://stats.ath.sante.fr/cgi-bin/broker?_debug=%0D%0A%26SAVE_DEBMODE%0D%0A&_program=slnmat.snat_aiguil001.sas&_service=default&_sessionid=6.fEIDUL52bsnatnav=6snetdoc=8mbout=mat2a&TYPST=02& OK Liens »

Tableau 37
Analyse des DMI: Stents
FRANCE ENTIERE - établissements validés
2010 M1

=Racines avec DMI attendu

Racine	Nb séjours total	Nb séjours avec DMI	% séjours avec DMI	Montant FICHCOMP	Nb séjours avec DMI et acte de pose	% séjours DMI avec acte de pose
05K05 Endoprothèses vasculaires et infarctus du myocarde	13 072	12 041	0,92	12 844 968,35	12 041	1,00
05K06 Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde	31 005	23 215	0,75	29 638 741,08	23 215	1,00

=Racines avec DMI possible sous réserve de la présence de l'acte de pose

Racine	Nb séjours total	Nb séjours avec DMI	% séjours avec DMI	Montant FICHCOMP	Nb séjours avec DMI et acte de pose	% séjours DMI avec acte de pose
05C02 Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle et avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie	1 202	35	0,03	29 697,36	32	0,91
05C03 Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie	670	3	0,00	2 201,97	0	0,00
05C04 Pontages aortocoronariens avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie	925	59	0,06	89 382,18	56	0,95
05C05 Pontages aortocoronariens sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie	277	4	0,01	4 319,52	0	0,00
05C06 Autres interventions cardi thoraciques, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, avec circulation extracorporelle	1 162	13	0,01	8 904,57	12	0,92
05C08 Autres interventions cardi thoraciques, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, sans circulation extracorporelle	1 139	159	0,14	182 655,39	153	0,96
05C09 Autres interventions cardi thoraciques, âge inférieur à 2 ans, sans circulation extracorporelle	53	1	0,02	633,00	1	1,00
05C10 Chirurgie majeure de revascularisation	3 262	35	0,01	32 941,73	32	0,91
05C11 Autres interventions de chirurgie vasculaire	2 173	148	0,07	215 637,53	144	0,97
05C12 Amputations du membre inférieur, sauf des orteils, pour troubles circulatoires	308	12	0,04	7 823,84	12	1,00
05C13 Amputations pour troubles circulatoires portant sur le membre supérieur ou les orteils	233	9	0,04	4 661,34	9	1,00
05C14 Poses d'un stimulateur cardiaque permanent avec infarctus aigu du myocarde ou insuffisance cardiaque congestive ou état de choc	1 177	78	0,07	69 168,28	72	0,92
05C15 Poses d'un stimulateur cardiaque permanent sans infarctus aigu du myocarde, ni insuffisance cardiaque congestive, ni état de choc	3 813	76	0,02	88 731,28	60	0,79
05C18 Autres interventions sur le système circulatoire	341	13	0,04	12 598,28	12	0,92
05C19 Poses d'un défibrillateur cardiaque	2 534	72	0,03	94 073,48	67	0,93
05C21 Créations et réfections des fistules artérioveineuses de la CMD 05	159	5	0,03	4 419,42	5	1,00
05C22 Remplacements de défibrillateurs ou de stimulateurs cardiaques permanents	335	5	0,01	3 545,62	4	0,80
09K11 Traitements des troubles du rythme par voie vasculaire	4 025	57	0,01	61 691,19	55	0,96

Terminé

Démarrer Boîte de réception - ... I:\SDPF\SDPF2\POLE... Copie d'écran.docx - ... SAS Output - Micro... http://stats.ath.sant... Bureau 12:58

SAS Output - Microsoft Internet Explorer

Adresse http://stats.ath.sante.fr/cgi-bin/broker?_debug=%0D%0A%26SAVE_DEEMODE%0D%0A&_program=slnhnt.snat_siguil001.sas&_service=default&_sessionid=6.fEIDUL52&snatnav=6snat.doc=&mbout=mat2a&TYPYST=02&

05M22 Autres affections de la CMD 05 avec décès : séjours de moins de 2 jours	16	1	0,06	717,40	0	0,00
05M23 Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 05	72	2	0,03	1 578,70	0	0,00

=Racines avec DMI improbable

Racine	Nb séjours total	Nb séjours avec DMI	% séjours avec DMI	Montant FICHCOMP	Nb séjours avec DMI et acte de pose	% séjours DMI avec acte de pose
01C04 Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans	1 726	5	0,00	4 599,06	3	0,60
01C06 Interventions sur le système vasculaire précérébral	1 108	20	0,02	21 383,26	20	1,00
01C12 Craniotomies pour affections non tumorales, âge inférieur à 18 ans	99	2	0,02	2 537,31	1	0,50
01K02 Autres embolisations intracrâniennes et médullaires	147	2	0,01	1 349,99	2	1,00
01K03 Autres actes thérapeutiques par voie vasculaire du système nerveux	230	8	0,03	4 099,98	6	0,75
01M13 Troubles de la conscience et comas d'origine non traumatique	269	8	0,03	6 446,15	7	0,88
01M16 Accidents ischémiques transitoires et occlusions des artères précérébrales, âge inférieur à 80 ans	1 489	7	0,00	8 946,08	7	1,00
01M25 Epilepsie, âge supérieur 17 ans	634	4	0,01	4 436,69	4	1,00
01M29 Anévrismes cérébraux	98	2	0,02	2 489,40	2	1,00
01M30 Accidents vasculaires intracrâniels non transitoires	7 744	22	0,00	16 028,49	21	0,95
01M31 Autres accidents vasculaires cérébraux non transitoires	110	1	0,01	1 220,00	1	1,00
01M34 Anomalies de la démarche d'origine neurologique	15	1	0,07	2 527,05	1	1,00
01M36 Accidents vasculaires cérébraux non transitoires avec décès : séjours de moins de 2 jours	39	1	0,03	443,10	1	1,00
01M37 Autres affections de la CMD 01 avec décès : séjours de moins de 2 jours	16	2	0,13	731,12	2	1,00
02M07 Autres affections oculaires d'origine diabétique, âge supérieur à 17 ans	96	2	0,02	5 406,86	2	1,00
03C07 Interventions sur les sinus et l'apophyse mastoïde, âge supérieur à 17 ans	104	1	0,01	1 134,13	1	1,00
03C11 Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge supérieur à 17 ans	13	1	0,08	550,00	1	1,00
03C25 Interventions majeures sur la tête et le cou	28	1	0,04	999,09	1	1,00
03M05 Troubles de l'équilibre	176	2	0,01	1 121,75	2	1,00
03M07 Tumeurs malignes des oreilles, du nez, de la gorge ou de la bouche	29	1	0,03	801,81	1	1,00
03M11 Affections de la bouche et des dents sans certaines extractions, réparations ou prothèses dentaires, âge supérieur à 17 ans	25	1	0,04	717,40	0	0,00
03M13 Infections aiguës sévères des voies aériennes supérieures, âge supérieur à 17 ans	14	1	0,07	1 251,49	1	1,00
03M15 Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 03	28	1	0,04	733,22	0	0,00
04C02 Interventions majeures sur le thorax	662	3	0,00	2 208,83	2	0,67
04M03 Bronchites et asthme, âge supérieur à 17 ans	1 146	1	0,00	842,95	1	1,00

Liste des racines du (1) : 05K05, 05K06.

Liste des racines du (2) : 05C02, 05C03, 05C04, 05C05, 05C06, 05C07, 05C08, 05C09, 05C10, 05C11, 05C12, 05C13, 05C14, 05C15, 05C17, 05C18, 05C19, 05C20, 05C21, 05C22, 05K11, 05K14.

Liste des racines du (3) : 05K10, 05K12, 05K13, 05K15, 05K17, 05K18, 05M04, 05M05, 05M06, 05M07, 05M08, 05M09, 05M10, 05M11, 05M12, 05M13, 05M14, 05M15, 05M16, 05M17, 05M18, 05M19, 05M20, 05M21, 05M22, 05M23.

Liste des racines du (4) : Toutes les autres racines.

Tableau 38 : Analyse des DMI : Prothèse de hanche

SAS Output - Microsoft Internet Explorer

Adresse http://stats.ath.sante.fr/cgi-bin/broker?_debug=%0D%0A%26SAVE_DEBMODE%0D%0A%_program=slnat.snat_agull001.sas&_service=default&_sessionid=6.fEIDUL52&snatnav=6snatdoc=&mbout=mat2a&TYPTST=02&

Tableau 38
Analyse des DMI: Prothèses de hanches
FRANCE ENTIERE - établissements validés
2010 M7

-Racines avec DMI attendu

Racine	Nb séjours total	Nb séjours avec DMI	% séjours avec DMI	Montant FICHCOMP	Nb séjours avec DMI et acte de pose	% séjours DMI avec acte de pose
08C22 Interventions pour reprise de prothèses articulaires	5 436	4 773	0,88	5 122 512,85	3 808	0,80
08C47 Prothèses de hanche pour traumatismes récents	13 622	12 976	0,95	16 285 273,42	12 976	1,00
08C48 Autres prothèses de hanche	19 210	18 633	0,97	33 537 760,78	18 633	1,00

-Racines avec DMI possible sous réserve de la présence de l'acte de pose

Racine	Nb séjours total	Nb séjours avec DMI	% séjours avec DMI	Montant FICHCOMP	Nb séjours avec DMI et acte de pose	% séjours DMI avec acte de pose
08C02 Interventions majeures multiples sur les genoux et/ou les hanches	383	321	0,84	656 736,84	321	1,00
08C56 Interventions pour infections ostéoarticulaires	3 698	303	0,08	425 459,09	264	0,87

-Racines avec DMI possible si oublié de l'acte de pose

Racine	Nb séjours total	Nb séjours avec DMI	% séjours avec DMI	Montant FICHCOMP	Nb séjours avec DMI et acte de pose	% séjours DMI avec acte de pose
08C13 Résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau de la hanche et du fémur	49	2	0,04	2 024,58	0	0,00
08C14 Résections osseuses localisées et/ou ablation de matériel de fixation interne au niveau d'une localisation autre que la hanche et le fémur	635	2	0,00	2 170,53	0	0,00
08C21 Autres interventions portant sur l'appareil musculo-squelettique et le tissu conjonctif	64	3	0,05	1 650,97	0	0,00
08C24 Prothèses de genou	2 171	28	0,01	29 598,99	0	0,00
08C25 Prothèses d'épaule	49	4	0,08	2 629,16	0	0,00
08C31 Interventions sur la jambe, âge inférieur à 18 ans	55	1	0,02	81,96	0	0,00
08C32 Interventions sur la jambe, âge supérieur à 17 ans	2 186	10	0,00	10 194,01	0	0,00
08C34 Interventions sur les ligaments croisés sous arthroscopie	121	2	0,02	2 352,21	0	0,00
08C35 Interventions sur le bras, coude et épaule	292	4	0,01	3 687,92	0	0,00
08C37 Interventions sur le pied, âge supérieur à 17 ans	1 189	3	0,00	2 721,88	0	0,00
08C39 Interventions sur l'avant-bras	427	4	0,01	5 927,25	0	0,00

Terminé

Démarrer Boîte de réception - ... I:\SDPF\SDPF2\POLE... Copie d'écran.docx - ... SAS Output - Micro... http://stats.ath.sant... Bureau 13:03

SAS Output - Microsoft Internet Explorer

Adresse http://stats.ath.sante.fr/cgi-bin/broker?_debug=%0D%0A%26SAVE_DEEMODE%0D%0A&_program=sihnat.snat_siguil001.sas&_service=default&_sessionId=6.FEIDUL52&snatnav=6snatdoc=&mbout=mat2a&TYPYST=02&

08M37 Fractures du bras et de l'avant-bras, âge supérieur à 17 ans	15	1	0,07	204,89	0	0,00
--------------------------------------------------------------------	----	---	------	--------	---	------

-Racines avec DMI improbable

Racine	Nb séjours total	Nb séjours avec DMI	% séjours avec DMI	Montant FICHCOMP	Nb séjours avec DMI et acte de pose	% séjours DMI avec acte de pose
01C03 Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans	147	1	0,01	1 197,39	0	0,00
01C06 Interventions sur le système vasculaire préencéphalique	67	1	0,01	1 197,39	1	1,00
01M07 Maladies dégénératives du système nerveux, âge supérieur à 79 ans	340	2	0,01	1 726,15	2	1,00
01M20 Commotions cérébrales	272	1	0,00	0,00	0	0,00
01M34 Anomalies de la démarche d'origine neurologique	242	1	0,00	1 929,15	1	1,00
02C02 Interventions sur la rétine	247	1	0,00	1 297,18	1	1,00
02C08 Autres interventions extraoculaires, âge supérieur à 17 ans	110	1	0,01	143,32	0	0,00
02M08 Autres affections oculaires, âge supérieur à 17 ans	222	1	0,00	834,51	0	0,00
03C16 Autres interventions chirurgicales portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou le cou	306	1	0,00	1 197,39	1	1,00
03C25 Interventions majeures sur la tête et le cou	21	1	0,05	101,55	0	0,00
03M05 Troubles de l'équilibre	35	1	0,03	2 093,61	1	1,00
04M03 Bronchites et asthme, âge supérieur à 17 ans	109	1	0,01	1 197,05	1	1,00
04M05 Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans	1 031	4	0,00	3 985,22	4	1,00
04M07 Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans	29	1	0,03	1 246,25	0	0,00
04M08 Bronchopneumopathies chroniques	16	1	0,06	1 409,58	1	1,00
04M09 Tumeurs de l'appareil respiratoire	177	2	0,01	2 364,76	0	0,00
04M10 Embolies pulmonaires	39	1	0,03	1 188,25	0	0,00
04M13 Oedème pulmonaire et détresse respiratoire	5 732	16	0,00	17 669,73	15	0,94
04M15 Autres diagnostics portant sur le système respiratoire	8	1	0,13	1 164,82	1	1,00
04M16 Traumatismes thoraciques	66	1	0,02	1 929,15	1	1,00
04M19 Tuberculoses	9	1	0,11	534,88	0	0,00
04M25 Gripes	7	1	0,14	919,83	1	1,00
05C03 Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie	153	1	0,01	526,85	1	1,00
05C04 Pontages aortocoronariens avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie	23	1	0,04	1 201,22	1	1,00
05C10 Chirurgie majeure de revascularisation	68	3	0,04	2 468,70	0	0,00

Liste des racines du (1) : 08C22, 08C47, 08C48.

Pour les 3 listes qui suivent, on ne prend plus en compte que les DM spécifiques aux prothèses de hanche. Les DM « accessoires pour implant articulaire » : 3163659, 3112917, 3133262, 3181203, qui peuvent servir pour d'autres types de prothèses (épaule, genoux) ne sont utilisés que dans la première liste.

Liste des racines du (2) : 08C56, 08C02.

Liste des racines du (3) : 08C04, 08C06, 08C12, 08C13, 08C14, 08C20, 08C21, 08C24, 08C25, 08C27, 08C28, 08C29, 08C31, 08C32, 08C33, 08C34, 08C35, 08C36, 08C37, 08C38, 08C39, 08C40, 08C41, 08C42, 08C43, 08C44, 08C45, 08C46, 08C49, 08C50, 08C51, 08C52, 08C53, 08C54, 08C55, 08K02, 08K03, 08K04, 08M04, 08M05, 08M06, 08M07, 08M08, 08M09, 08M10, 08M14, 08M15, 08M18, 08M19, 08M20, 08M21, 08M22, 08M23, 08M24, 08M25, 08M26, 08M27, 08M28, 08M29, 08M30, 08M31, 08M32, 08M33, 08M34, 08M35, 08M36, 08M37, 08M38.

Liste des racines du (4) : Toutes les autres racines

Tableau 39 : analyse des DMI : stimulateurs et défibrillateurs cardiaques

SAS Output - Microsoft Internet Explorer

Adresse http://stats.ath.sante.fr/cgi-bin/broker?_debug=%0D%0A%26SAVE_DEBMODE%0D%0A&_program=sinat.snat_aiguil001.sas&_service=default&_sessionid=g%27Ez7EuL528snatnav=8snatdoc=8mbout=mat2&TYPTST=02

Tableau 39
Analyse des DMI: Stimulateurs et défibrillateurs cardiaques
FRANCE ENTIERE - établissements validés
2010 MT

-Racines avec DMI attendu

Racine	Nb séjours total	Nb séjours avec DMI	% séjours avec DMI	Montant FICHCOMP	Nb séjours avec DMI et acte de pose	% séjours DMI avec acte de pose
05C14 Poses d'un stimulateur cardiaque permanent avec infarctus aigu du myocarde ou insuffisance cardiaque congestive ou état de choc	2 740	2 550	0,93	8 149 202,98	2 550	1,00
05C15 Poses d'un stimulateur cardiaque permanent sans infarctus aigu du myocarde, ni insuffisance cardiaque congestive, ni état de choc	11 125	10 628	0,96	33 562 666,07	10 628	1,00
05C19 Poses d'un défibrillateur cardiaque	3 459	3 308	0,96	46 976 315,47	3 308	1,00
05C22 Remplacements de défibrillateurs ou de stimulateurs cardiaques permanents	5 577	5 336	0,96	25 625 349,38	5 336	1,00

-Racines avec DMI possible sous réserve de la présence de l'acte de pose

Racine	Nb séjours total	Nb séjours avec DMI	% séjours avec DMI	Montant FICHCOMP	Nb séjours avec DMI et acte de pose	% séjours DMI avec acte de pose
05C02 Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle et avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie	1 410	101	0,07	367 395,67	95	0,84
05C03 Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie	6 022	217	0,04	733 945,79	212	0,98
05C04 Pontages aortocoronariens avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie	442	15	0,03	99 294,17	14	0,83
05C05 Pontages aortocoronariens sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie	1 814	17	0,01	102 327,08	16	0,84
05C06 Autres interventions cardi thoraciques, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, avec circulation extracorporelle	1 843	58	0,03	298 024,39	53	0,91
05C07 Autres interventions cardi thoraciques, âge inférieur à 2 ans, avec circulation extracorporelle	203	3	0,01	9 243,56	2	0,67
05C08 Autres interventions cardi thoraciques, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, sans circulation extracorporelle	740	32	0,04	214 937,70	29	0,81
05C09 Autres interventions cardi thoraciques, âge inférieur à 2 ans, sans circulation extracorporelle	65	2	0,03	10 302,35	2	1,00
05C10 Chirurgie majeure de revascularisation	876	10	0,01	54 911,23	10	1,00
05C11 Autres interventions de chirurgie vasculaire	1 043	18	0,02	112 873,78	18	1,00
05C12 Amputations du membre inférieur, sauf des orteils, pour troubles circulatoires	106	5	0,05	13 585,93	5	1,00
05C13 Amputations pour troubles circulatoires portant sur le membre supérieur ou les orteils	28	2	0,07	5 775,98	2	1,00
05C20 Remplacements ou ablations chirurgicale d'électrodes ou repositionnements de boîtier de stimulation cardiaque permanente	141	31	0,22	180 891,71	0	0,00

-Racines avec DMI possible si oublié de l'acte de pose

Terminé

Démarrer Boîte de réception ... I:\SDPF\SDPF2\POL... Copie d'écran.docx ... http://stats.ath.sa... SAS Output - Mic... Bureau 18:06

SAS Output - Microsoft Internet Explorer

Adresse http://stats.ath.sante.fr/cgi-bin/broker?_debug=%0D%0A%26SAVE_DEEMODE%0D%0A&_program=silnat_snat_sigu001.sas&_service=default&_sessionid=qxEz7eUL52&snatnav=&snatdoc=&nbout=mat2a&TYPTST=02

05C20 Remplacements ou ablations chirurgicale d'électrodes ou repositionnements de boîtier de stimulation cardiaque permanente	141	31	0,22	180 891,71	0	0,00
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	----	------	------------	---	------

-Racines avec DMI possible si oublié de l'acte de pose

Racine	Nb séjours total	Nb séjours avec DMI	% séjours avec DMI	Montant FICHCOMP	Nb séjours avec DMI et acte de pose	% séjours DMI avec acte de pose
05C18 Autres interventions sur le système circulatoire	29	1	0,03	14 100,00	0	0,00
05K05 Endoprothèses vasculaires et infarctus du myocarde	427	3	0,01	10 558,57	0	0,00
05K06 Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde	1 381	4	0,00	13 302,50	0	0,00
05K10 Actes diagnostiques par voie vasculaire	14 050	39	0,00	271 257,27	0	0,00
05K11 Traitements des troubles du rythme par voie vasculaire	851	6	0,01	44 049,17	0	0,00
05K13 Actes thérapeutiques par voie vasculaire sauf endoprothèses, âge supérieur à 17 ans	4 782	115	0,02	460 005,96	0	0,00
05M04 Infarctus aigu du myocarde	33	1	0,03	16 350,00	0	0,00
05M05 Syncopes et lipothymies	1 551	16	0,01	69 340,62	0	0,00
05M06 Angine de poitrine	520	7	0,01	22 251,89	0	0,00
05M08 Arythmies et troubles de la conduction cardiaque	10 668	138	0,01	536 788,23	0	0,00
05M09 Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire	9 476	45	0,00	374 714,22	0	0,00
05M10 Cardiopathies congénitales et valvulopathies, âge inférieur à 18 ans	50	1	0,02	3 186,20	0	0,00
05M12 Troubles vasculaires périphériques	207	1	0,00	2 660,47	0	0,00
05M14 Arrêt cardiaque	114	3	0,03	17 236,19	0	0,00
05M15 Hypertension artérielle	17	1	0,06	2 660,47	0	0,00
05M16 Athérosclérose coronarienne	962	24	0,02	196 911,01	0	0,00
05M17 Autres affections de l'appareil circulatoire	7 440	63	0,01	387 700,30	0	0,00
05M18 Endocardites aiguës et subaiguës	165	3	0,02	9 046,05	0	0,00
05M20 Explorations et surveillance pour affections de l'appareil circulatoire	1 032	1	0,00	2 660,47	0	0,00
05M23 Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 05	451	8	0,02	43 545,75	0	0,00

-Racines avec DMI improbable

Racine	Nb séjours total	Nb séjours avec DMI	% séjours avec DMI	Montant FICHCOMP	Nb séjours avec DMI et acte de pose	% séjours DMI avec acte de pose
01C03 Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans	586	6	0,01	18 922,72	6	1,00
01C04 Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans	705	3	0,00	9 032,86	3	1,00

Liste des racines du (1) : 05C14, 05C15, 05C19, 05C22.

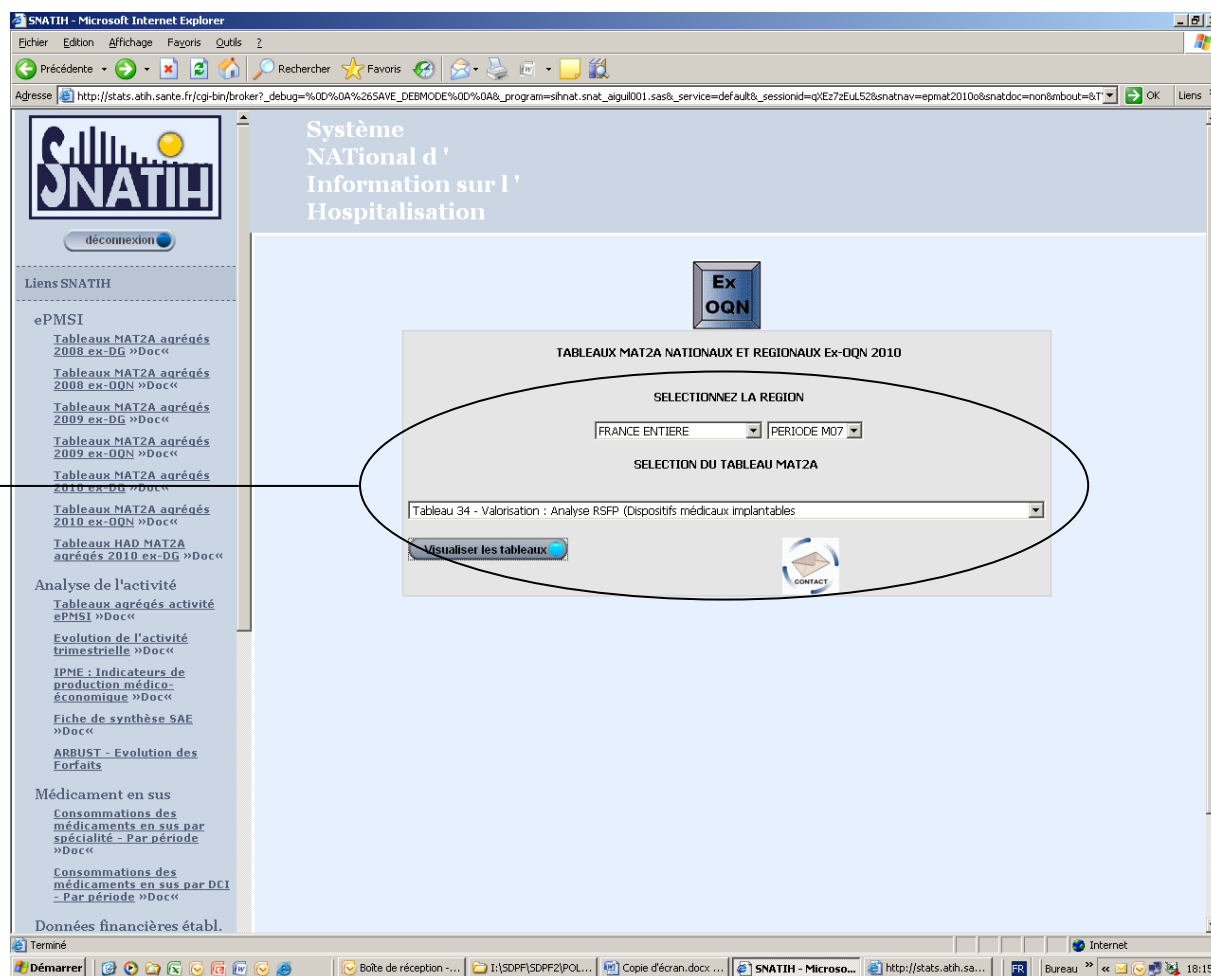
Seuls les DM de stimulateurs cardiaques sont analysés pour les racines 05C14, 05C15 car elles sont spécifiques aux stimulateurs cardiaques. De la même façon, seuls les DM de 23 défibrillateurs cardiaques sont analysés pour la racine 05C19 car elle est spécifique aux défibrillateurs cardiaques.

Liste des racines du (2) : 05C02, 05C03, 05C04, 05C05, 05C06, 05C07, 05C08, 05C09, 05C10, 05C11, 05C12, 05C13, 05C20

Liste des racines du (3) : 05C17, 05C18, 05C21, 05K05, 05K06, 05K10, 05K11, 05K12, 05K13, 05K14, 05K15, 05K17, 05K18, 05M04, 05M05, 05M06, 05M07, 05M08, 05M09, 05M10, 05M11, 05M12, 05M13, 05M14, 05M15, 05M16, 05M17, 05M18, 05M19, 05M20, 05M21, 05M22, 05M23

Liste des racines du (4) : Toutes les autres racines

Page de requête – Tableau MAT2A établissements ex-OQN 2010



Les tableaux réalisés par MAT2A présentent des variables calculées sur les données télétransmises. Ces données sont comparées :

- Aux données de l'année 2009 de l'établissement sur la même période. Dans la présentation des tableaux on notera « année N-1 » par soucis de lisibilité. Pour permettre les comparaisons, les données 2009 sont regroupées en V11 de janvier à février, puis en V11B à partir de mars. Lors des comparaisons avec l'année N-1, les données N-1 sont celles de M12 2009 et sont hors erreurs ;
- Aux données de la Base Nationale présentant les durées de séjour de référence publiées avec les tarifs.

→ Ce menu déroulant permet de choisir le tableau :

- Le tableau 34B représente l'analyse des RSFP : la valorisation des codes LPP (DMI) ;
- Le tableau 35B représente l'analyse des RSFH : la valorisation des codes UCD (médicament).

Tableau 34A : valorisation des codes LPP : DMI

SAS Output - Microsoft Internet Explorer

Précédente Recherche Favoris

Adresse http://stats.atih.sante.fr/cgi-bin/broker?_debug=%0D%0A%26SAVE_DEBMODE%0D%0A&_program=slnmat_snat_aiguil001.sas&_service=default&_sessionId=q%27%2Eul.528snatnav=&snatdoc=&mbout=mat2a&TYPTST=02

Tableau 34 A Valorisation
Valorisation des codes LPP (RSFP)
FRANCE ENTIERE - établissements validés/ pour les établissements Privés
2010 M7

Code LPP	Libellé	Quantité	Dépenses Etab	Dépenses autorisées	Dépenses accordées	Ecart
.	.	4	2 879,54	2 985,04	2 985,04	105,50
1156684	1156684	10	106,68	236,00	194,20	87,52
2104637	2104637	8	0,00	633,60	633,60	633,60
2116741	2116741	10	0,00	583,20	583,20	583,20
2126365	2126365	4	0,00	233,28	233,28	233,28
2132303	2132303	17	0,00	1 414,06	1 414,06	1 414,06
2139943	2139943	2	0,00	86,64	86,64	86,64
2145524	2145524	1	0,00	99,76	99,76	99,76
2154032	2154032	1	0,00	39,86	39,86	39,86
2159526	2159526	14	0,00	792,96	792,96	792,96
2165194	2165194	8	0,00	293,68	293,68	293,68
2174460	2174460	6	0,00	475,20	475,20	475,20
2182755	2182755	7	0,00	291,45	291,45	291,45
2189800	2189800	8	0,00	425,44	425,44	425,44
2404210	2404210	16	466,48	932,96	932,96	466,48
2415946	2415946	15	1 191,99	1 555,21	1 420,98	228,99
2426663	2426663	29	2 044,59	4 825,83	4 156,83	2 112,24
2426766	2426766	5	48,85	48,85	48,85	0,00
2432880	2432880	27	28,70	3 746,92	2 314,21	2 285,51
2451830	2451830	2	0,00	298,38	231,48	231,48
2494697	2494697	261	1 088,90	3 923,47	3 545,16	2 456,26
2498620	2498620	1	90,73	90,73	90,73	0,00

Terminé

Démarrer Boîte de réception -... I:\SDPF\SDPF2\POL... Copie d'écran.docx... SAS Output - Micr... http://stats.atih.sa... FR Bureau 18:17

Le tableau 34 A présente la répartition des codes de prothèses du RSFP (quantité, dépense établissement, dépenses autorisées, dépenses accordées, écart).

Trois nouveaux tableaux sur les DMI sont créés en 2010 (tableaux 34 B, 34 C et 34 D).

Ils présentent par racine pour les DMI concernés (DM de stents ou DM de prothèses de hanche ou DM de stimulateurs et défibrillateurs cardiaque) :

- Le nombre de séjours total dans la racine ;
- Le nombre de séjours avec DMI ;
- Le % séjours avec DMI ;
- Le montant FICHCOMP.

Tableau 35A : valorisation des codes UCD : médicament

Le tableau 35 A présente la répartition des codes de médicaments du RSFH (quantité, dépense établissement, dépenses autorisées, dépenses accordées, écart).