

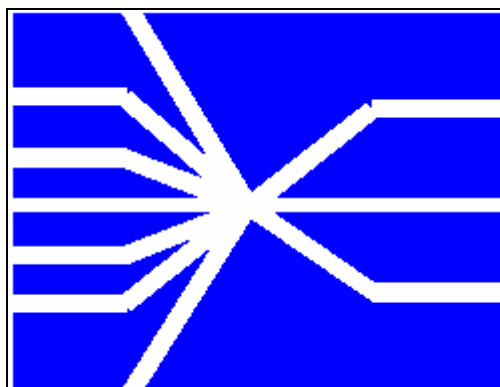


Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
SIRET n° 180 092 298 00033 – code APE : 8411Z

Immeuble Le Triangle Part-Dieu
117, boulevard Marius Vivier Merle
69329 LYON CEDEX 03

Téléphone : 04 37 91 33 10
Télécopie : 04 37 91 33 66

Support technique :
. Téléphone : 0820 77 1234 (0,019 € TTC/min)
. Foire aux Questions : <https://applis.atih.sante.fr/agora>
. Courriel : support@atih.sante.fr



Manuel d'utilisation de GENRSA Version 10.9.X



Sommaire

1. PRESENTATION GENERALE	6
2. FONCTIONNALITES	8
2.1 PERIODE DE TRAITEMENT	9
2.2 PARAMETRAGE DE LA TRANSMISSION E-PMSI	10
2.3 GESTION DES UNITES MEDICALES	14
<i>Mettre à jour</i>	16
<i>Ajouter</i>	16
<i>Supprimer</i>	16
<i>Annuler</i>	16
<i>Validation</i>	17
2.4 FICHIERS COMPLEMENTAIRES FACULTATIFS	18
2.5 FICHIERS CONCERNANT LA CHARGE EN SOINS	19
2.6 FICHIER HOSP-PMSI.....	19
2.7 LANCEMENT	20
2.8 MENU	24
<i>Visualisation</i>	24
<i>Aide</i>	25
2.9 EXPORT	26
2.10 QUITTER LE PROGRAMME	27
2.11 SAUVEGARDE	27
3. TRANSMISSION ET TRAITEMENT DES DONNEES SUR E-PMSI : MODE D'EMPLOI	30
3.1 GENRSA	30
3.2 E-PMSI.....	32
4. L'UTILISATION D'AGORA.....	33
ANNEXES	38
CONFIGURATION MINIMALE REQUISE.....	39
SAUVEGARDE DU FICHIER DE RSS A LA SOURCE DU FICHIER DE RSAC (OU DE RSA), SECURISATION DES DONNEES ET FONCTIONNEMENT DU CONTROLE EXTERNE.....	40
FORMATS DE RSS GROUPE 113	42
FORMATS DE RSS GROUPE 114	44
FORMAT ANO-HOSP 2008 (FMT3)	46
FORMAT ANO-HOSP 2009 (FMT4)	47
FORMAT 2008 D'IMPORTATION DU FICHIER D'INFORMATION DES UM (UTILISE PAR GENRSA)	50
FORMAT 2008 DU FICHIER HOSP-PMSI	51
FORMATS DES FICHIERS COMPLEMENTAIRES	52
FORMAT DES FICHIERS DES INDICATEURS SIIPS ET VARIABLES COMPLEMENTAIRES	53
FORMAT DU FICHIER DE CORRESPONDANCE ENQUETE PMSI(DENOMBREMENT DES ACTES)	54
FORMAT DE RSA GROUPE EN CCAM (216).....	55
FICHIER DE CHAINAGE (ANO)	58
FICHIERS LEG ET STA.....	61
FORMATS DES FICHIERS DE SORTIE SUIVI PAR PATIENT SUPPLEMENTAIRES.....	64
FORMAT DU FICHIER SIIPS, DU FICHIER DE CORRESPONDANCE ENQUETE /PMSI ET DU FICHIER D'ERREUR DE LA CHARGE EN SOINS EN SORTIE.....	66
SEJOURS NON VALORISES.....	67
PROBLEMES CONNUS.....	70
« An unhandled exception has occured in your application ».....	70
« Application has generated an exception that could not be handled ».....	71
« Signature de l'application incorrecte, veuillez réeffectuer la mise à jour».....	72
« Le fichier ne peut être importé dans la base de données, le traitement ne peut s'effectuer».....	72
« Problème de CRC dans ANO-HOSP : avez-vous utilisé la bonne version de MAGIC ? ».....	72

En cas de problème :

Les questions concernant GENRSA devront être posées de préférence sur AGORA (<https://applis.atih.sante.fr/agora>, nécessite un identifiant et un mot de passe e-PMSI), mais pourront également être adressées par courrier électronique à support@atih.sante.fr en précisant « GENRSA » dans l'objet du message ou par téléphone au 0820 77 1234 (0,019 € TTC/min de 8h30 à 12h et de 14h à 18h).

1. Présentation générale

La détermination des ajustements budgétaires infra annuels consécutifs à l'application du modèle de tarification à l'activité repose sur la transmission aux agences régionales de l'hospitalisation par les établissements de santé de leurs données d'activité, de leur consommation de médicaments et dispositifs médicaux inscrits sur une liste fixée par arrêté.

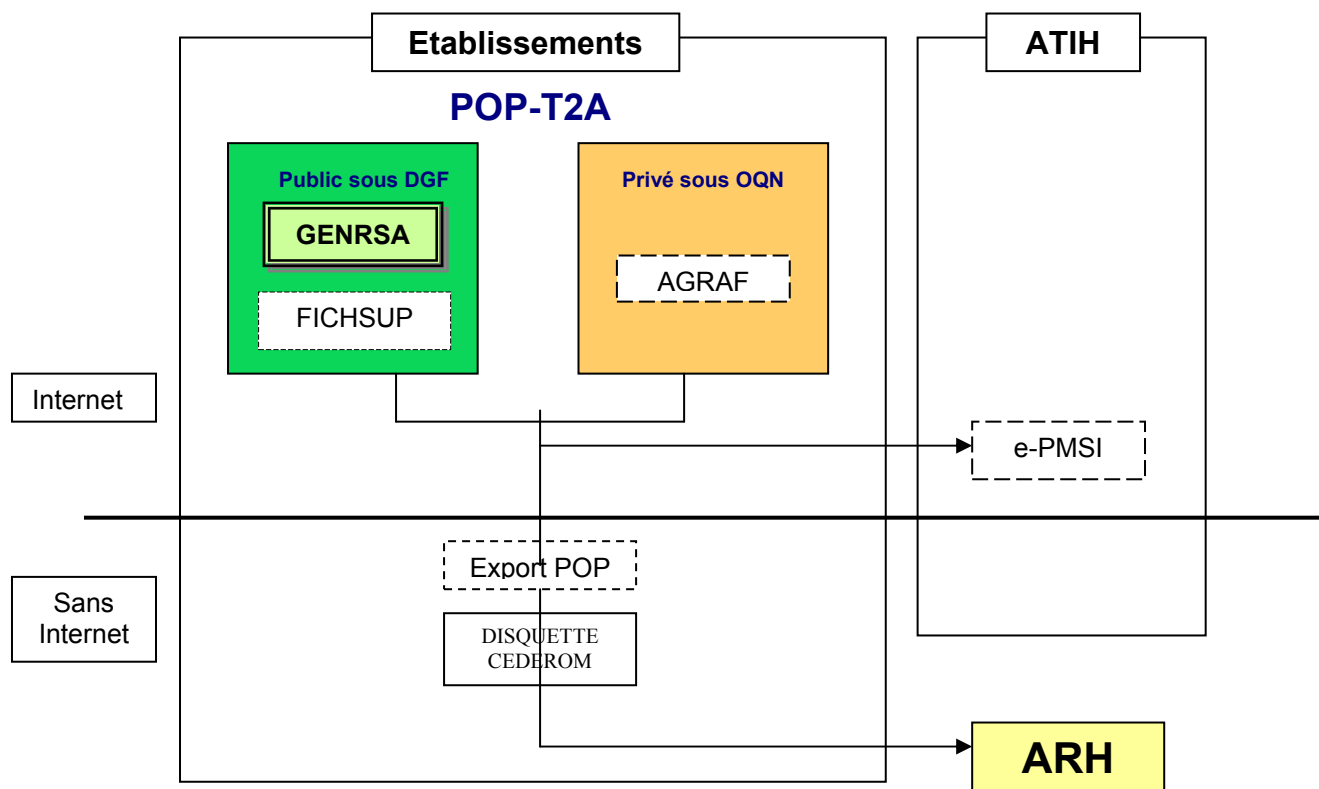
Les données d'activité concernent l'activité d'hospitalisation avec ou sans hébergement décrite par les GHS (fichiers de RSA et données d'activité relatives aux IVG), l'activité ambulatoire (actes et consultations externes) et l'activité d'urgences. En dehors de ces données PMSI (RSA), toutes les autres informations d'activité sont regroupées dans un ensemble de fichiers spécifiques.

✚ Depuis avril 2007, les RSA sont transmis selon une périodicité mensuelle dans un délai d'un mois, après la fin de chaque mois.

ATTENTION :

Les données transmises **doivent cumuler** à chaque fois les données recueillies depuis le 1^{er} janvier de l'exercice en cours (pour prendre en compte les éventuels délais d'exhaustivité des données liés notamment à des délais de production non optimums, et pour éviter les doubles comptes).

Le schéma, ci-dessous, montre la place occupée par GENRSA dans la **Panoplie d'Outils du PMSI** utilisés dans le cadre de la **Tarification A l'Activité (POP-T2A)**.



Evolution du format de RSS :

- ✚ En 2009, les séjours dont la date de sortie est antérieure au 1er mars 2009 doivent être groupés avec la fonction de groupage 10.10C (format de RUM non groupé 013 en entrée produisant le format de RSS groupé 113 en sortie). Les séjours dont la date de sortie est postérieure ou égale au 1er mars 2009 doivent être groupés avec la version 11.11 (format de RUM non groupé 014 en entrée produisant le format de RSS groupé 114 en sortie).

Les traitements GENRSA acceptent donc en entrée les fichiers au format 114 pour l'ensemble de l'année ou au format mixte (113 pour les séjours avant le 1er mars et 114 pour les séjours postérieurs au 1er mars).

Extrait de la note d'information « Transmission des données 2009 » située sur le site de l'ATIH : <http://www.atih.sante.fr/?id=0000100005FF>.

2. Fonctionnalités

Le logiciel GENRSA permet l'anonymisation des fichiers RSS groupés et le chaînage de ceux-ci avec le fichier ANO-HOSP et/ou HOSP-PMSI (selon les modalités décrites dans la circulaire DHOS/PMSI/2001 n° 106 du 22 février 2001 relative au chaînage des séjours en établissement de santé dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)).

Les fichiers suivants pourront être transmis vers la plate-forme e-PMSI:

- Le fichier de diagnostics à visée d'enquête.
- Le fichier de suivi de consommation par patient des médicaments (FICHCOMP)
- Le fichier de suivi de consommation par patient des DMI (FICHCOMP)
- le fichier d'information sur les autorisations des UM (Il y a deux manières de renseigner les informations sur les autorisations des UM : par saisie ou par importation d'un fichier)
- Fichier concernant la charge en soins :
 - Le ou les fichiers des indicateurs SIIPS et des variables complémentaires
 - Le fichier de correspondance enquête/PMSI (enquête sur le dénombrement des actes)

TRES IMPORTANT :

La transmission du fichier de diagnostics à visée d'enquête ou des fichiers FICHCOMP (médicaments et des DMI) est « facultative » dans le sens où leur **absence n'est pas bloquante** pour la transmission des RSA sur la plate-forme e-PMSI : certains établissements n'ont pas de médicaments onéreux ou de DMI.

Par contre si vous avez ces types de consommations, vous devez **obligatoirement** produire et remonter les fichiers **FICHCOMP** correspondants.

Nous rappelons, ci-dessous, le calendrier concernant la transmission de ces données (extrait d'un courrier précisant l'envoi des fichiers FICHCOMP à l'adresse suivante sur le site de l'ATIH : <http://www.atih.sante.fr/?id=000220006FFF>) :

« - A compter du 1er janvier 2007 : production de FICHCOMP pour les médicaments anticancéreux, ainsi que les médicaments dérivés du sang. La liste des médicaments concernés est produite en annexe de la présente. Elle sera également produite sur le site de l'ATIH.

- A compter du 1er juillet 2007 : production de FICHCOMP pour tous les médicaments autorisant un paiement en sus des GHS.

- A compter du 1er octobre 2007 : production de FICHCOMP pour tous les DMI autorisant un paiement en sus des GHS. »

De même, seuls les établissements participant à l'étude sur la charge en soins devront renseigner les fichiers des indicateurs SIIPS et des variables

complémentaires. Ceux investis également dans le recueil complémentaire du nombre d'actes devront renseigner le fichier de correspondance enquête/PMSI.

Le logiciel génère le fichier « ANO-RSA » qui devra être transmis via Internet à la plate-forme e-PMSI ou via les supports disquette ou CD-ROM aux ARH pour les établissements ne disposant pas d'une connexion à Internet.

Après le lancement de l'application, une fenêtre semblable à celle présentée dessous s'affiche :

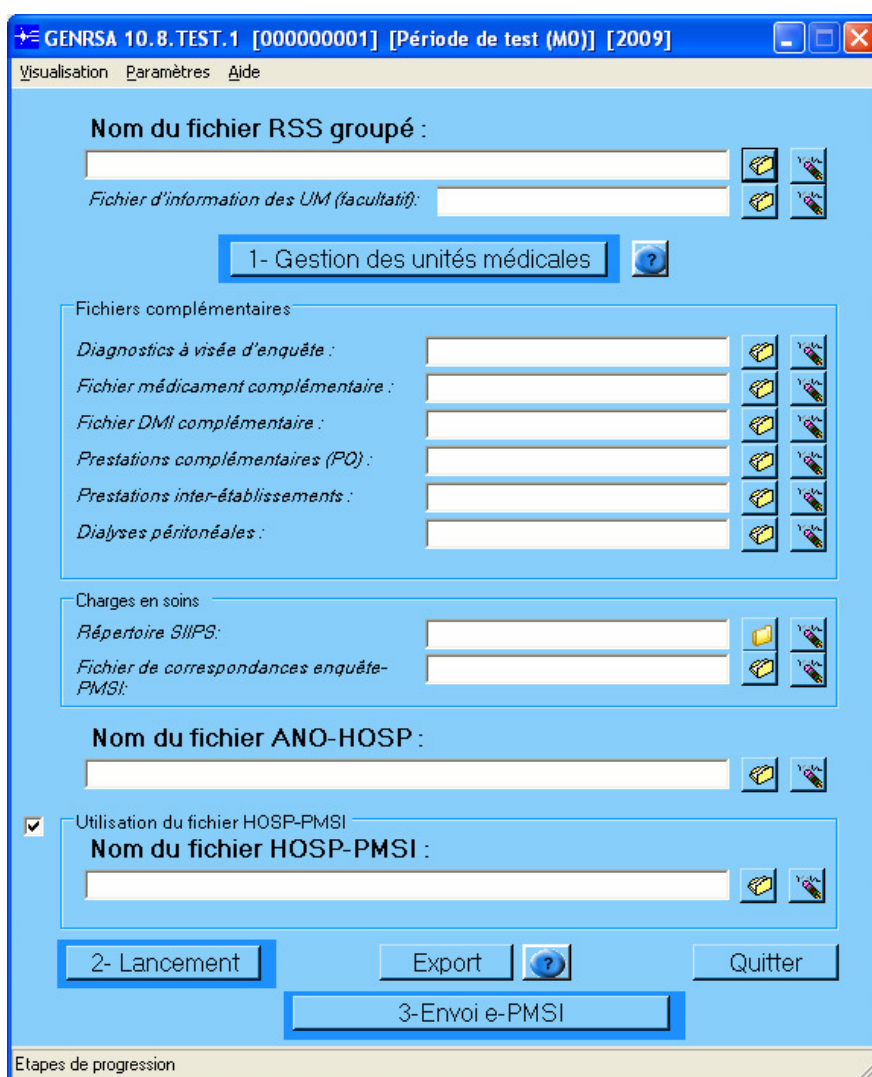


Figure 1 : l'interface principale de GENRSA

La barre d'état affiche le descriptif du traitement en cours.

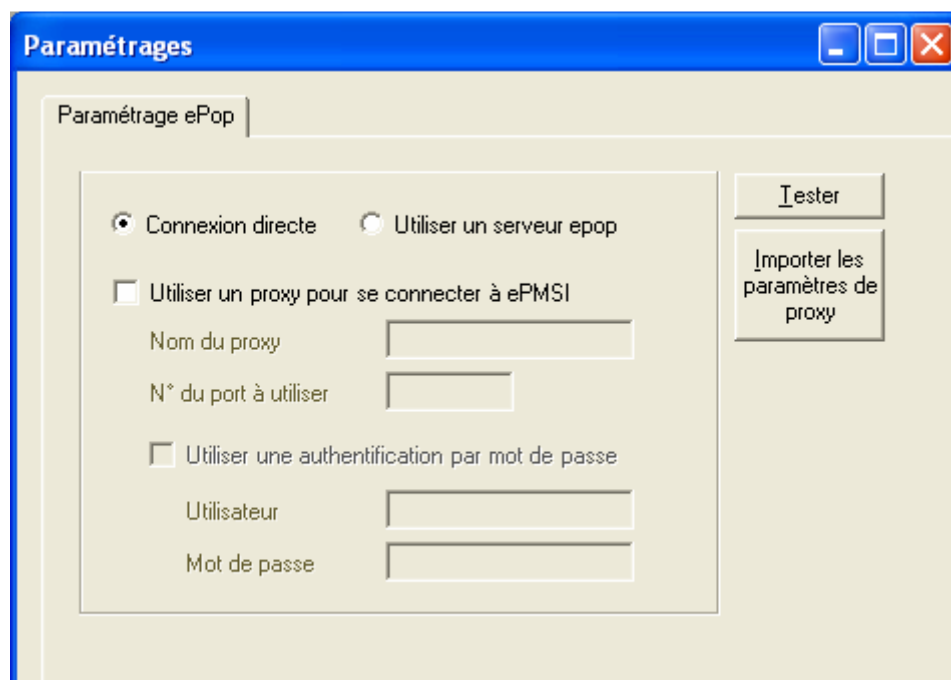
2.1 Période de traitement

Elle consiste à renseigner la période et l'année des données à traiter au niveau du menu *{Paramètres | Période de traitement}*. Il est désormais possible de traiter vos données pour une période dite de test disponible au niveau de la plate-forme e-PMSI.

ATTENTION : Il est important que la période de traitement soit correcte.

2.2 Paramétrage de la transmission e-PMSI

Vous pouvez accéder à la fenêtre de paramétrage en cliquant sur menu *{Paramètres | Paramétrage E-POP}*.



Désormais, la transmission des données sur la plate-forme e-PMSI est intégré au logiciel GENRSA (via un module e-POP intégré), vous devez renseigner les paramètres de transmission au niveau de chaque logiciel (si besoin est).

Si vous n'avez jamais paramétré, cette fenêtre s'affichera au premier lancement de GENRSA.

Au fur et à mesure de l'année, les applications livrées par l'ATIH posséderont toutes un écran permettant de paramétrer la transmission de fichier vers e-PMSI. Ce paramétrage est réalisé une fois pour toute avant la première transmission.

Dans cette fenêtre de paramétrage, l'écran peut avoir deux formes différentes selon que l'on choisit la transmission directe (lorsque l'ordinateur a accès à internet) ou bien la transmission via un serveur e-POP (lorsque l'ordinateur n'a pas accès à internet).

Connexion directe (utilisation par défaut)

- L'option « connexion directe » est sélectionnée par un clic de la souris.

Paramètres de connexion au serveur ePOP

Utiliser un serveur epop Connexion directe

Utiliser un proxy pour se connecter à ePMSI

Nom du proxy

N° du port à utiliser

Utiliser une authentification par mot de passe

Utilisateur

Mot de passe

Tester

Importer les paramètres de proxy

Case à cocher « Utiliser un Proxy pour se connecter à e-PMSI » : cette case doit être cochée si l'utilisation d'un serveur Proxy est nécessaire pour accéder à e-PMSI ou plus généralement à Internet. Le fait de cocher cette case donne accès au reste du paramétrage.

Zone de saisie « Nom du proxy » : il s'agit du nom du Proxy à utiliser pour le transfert vers e-PMSI. Cette information est soit récupérée automatiquement à l'aide du bouton « Importer les paramètres de proxy », soit obtenue auprès du responsable informatique de l'établissement de santé.

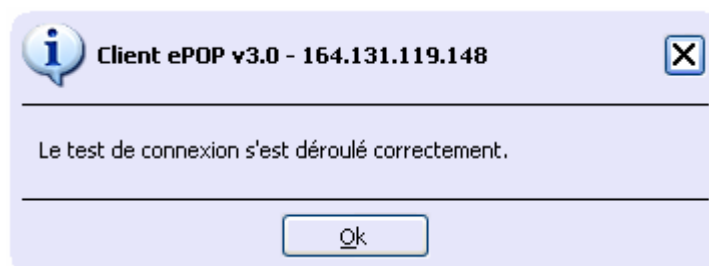
Zone de saisie « N° de port à utiliser » : il s'agit d'un n° compris entre 0 et 65535 à utiliser pour communiquer avec le proxy. Cette information est soit récupérée automatiquement à l'aide du bouton « Importer les paramètres de proxy », soit obtenue auprès du responsable informatique de l'établissement de santé.

Case à cocher « Utiliser une authentification par mot de passe » : cette case doit être cochée si l'utilisation du Proxy nécessite de s'identifier à l'aide d'un nom d'utilisateur et d'un mot de passe. Elle donne accès aux deux zones de saisie suivantes.

Zone de saisie « Utilisateur » : utilisez cette zone de saisie pour indiquer au programme le nom d'utilisateur nécessaire à l'authentification auprès du Proxy.

Zone de saisie « Mot de passe » : utilisez cette zone de saisie pour indiquer au programme le mot de passe nécessaire à l'authentification auprès du Proxy.

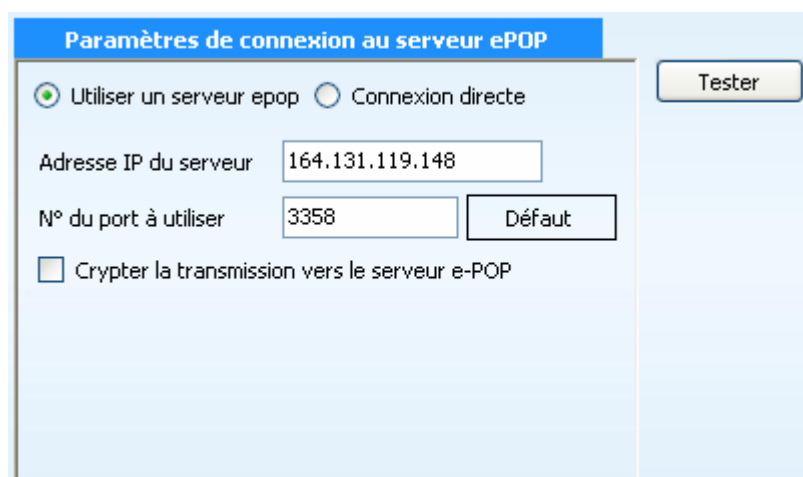
Bouton « Tester » : un clic sur ce bouton permet de réaliser un test de connexion vers e-PMSI. La réussite de ce test aboutit au message suivant :



En cas d'erreur, un message indiquant l'origine du problème est affiché. La liste exhaustive des problèmes pouvant être rencontrés lors du test de connexion ne peut être énoncée ici.

Bouton « Importer les paramètres de Proxy » : un clic sur ce bouton permet de récupérer automatiquement les paramètres du Proxy défini par défaut sur l'ordinateur. Cette récupération peut en outre ne pas aboutir. Les informations obtenues sont le plus souvent celles indiquées dans le paramétrage de Internet Explorer.

Utiliser un serveur e-POP (si le poste ne possède pas de connexion Internet)



- L'option « Utiliser un serveur e-POP » est sélectionnée par clic de la souris.

Zone de saisie « Adresse IP du serveur » : Il s'agit de l'adresse réseau de l'ordinateur exécutant le serveur e-POP. Cette adresse peut être obtenue auprès de votre service informatique ou plus simplement en lisant le titre de l'écran principal du programme serveur e-POP lorsque l'écoute est lancée.



- **Une adresse IP (Internet Protocol) est constituée de 4 nombres compris entre 0 et 255 séparés par des points. Elle identifie un ordinateur sur un réseau local ou bien sur internet.**

Zone de saisie « N° de port à utiliser » : il s'agit d'un numéro arbitraire compris entre 0 et 65535. Ce numéro est un canal à travers lequel sera réalisée la communication entre le client et le serveur e-POP. Ce choix doit être identique sur le client et le serveur.

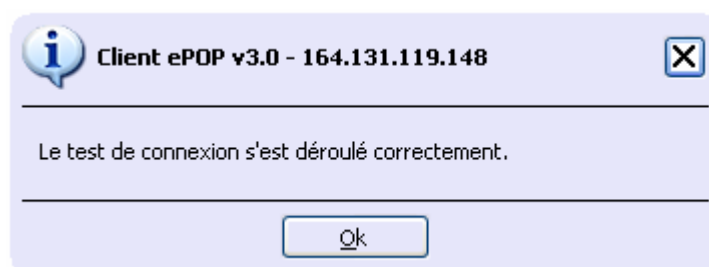
- **Dans un souci de simplification, il est conseillé de conservé le numéro de port par défaut attribué par l'ATIH (3358).**
- **Ce port doit être ouvert sur l'ordinateur client et sur l'ordinateur exécutant le serveur (voir plus bas la problématique des pare-feu).**

Bouton « Défaut » : ce bouton permet par un simple clic de replacer la valeur de port par défaut (3358) dans la zone de saisie du numéro de port.

Case à cocher « crypter la transmission vers le serveur e-POP » : si cette case est cochée, la transmission du fichier sur le réseau local entre le client et le serveur e-POP sera brouillée et ne pourra ainsi pas être interceptée.

- **Le risque d'interception des communications sur un réseau local est extrêmement faible et nécessiterait l'intervention d'un expert équipé en conséquence.**
- **Le cryptage de données ralenti de façon considérable la transmission du fichier vers e-PMSI.**
- **Pour ces raisons, il est déconseillé de cocher cette case sauf indication contraire du responsable des systèmes informatiques.**

Bouton « Tester » : un clic sur ce bouton permet d'effectuer un test de connexion vers e-PMSI. Le réussite de ce test aboutit au message suivant :



En cas d'erreur, un message indiquant l'origine du problème est affiché. La liste exhaustive des problèmes pouvant être rencontrés ne peut être énoncée ici. Voici cependant une explication des messages d'erreur les plus fréquemment rencontrés au lancement du test :

- **Une tentative de connexion a échoué car le parti connecté n'a pas répondu convenablement au-delà d'une certaine durée ou une connexion établie a échoué car l'hôte de connexion n'a pas répondu :**

Ce message s'affiche si l'adresse IP entrée dans la zone de saisie ne correspond à aucun ordinateur du réseau informatique de l'établissement de santé.

- **Aucune connexion n'a pu être établie car l'ordinateur cible l'a expressément refusée :**

Ce message s'affiche si l'ordinateur identifié par l'adresse IP entrée dans la zone de saisie n'exécute pas le serveur e-POP, ou bien si le serveur e-POP est effectivement exécuté mais que l'écoute n'est pas lancée. Il est aussi possible que le port choisi soit différent sur le serveur et sur le client ou bien que le pare-feu de l'un des deux ordinateurs interdise la communication via ce port.

- **Le client xxx.xxx.xxx.xxx:pppp n'est pas autorisé à se connecter au serveur e-POP :**

Le serveur e-POP possède une liste de clients autorisés à se connecter. Si cette liste est activée et que l'adresse IP de l'ordinateur depuis lequel la connexion est testée n'y figure pas, ce message apparaît.

Pour plus d'information, veuillez lire la documentation du logiciel e-POP 3.x.

2.3 Gestion des unités médicales

Certains suppléments facturables dépendent de la nature de l'unité médicale. À cet effet, une table d'information permet de renseigner la nature des UM.

Pour chaque unité médicale, il faut renseigner les informations suivantes :

- Numéro de l'unité médicale
- Le type d'autorisation pour cette unité médicale
- La date de début d'autorisation
- Le nombre de lits autorisés

Le n° FINESS géographique est optionnel.

Vous pouvez renseigner cette table de deux manières :

- Saisie via l'interface graphique :

L'utilisateur devra saisir les informations pour toutes les unités médicales déclarées dans le fichier de séjour (y compris les unités médicales n'ayant pas d'autorisation).

- Importation du fichier d'information des unités médicales (utilisation facultative) :

Le format de ce fichier est indiqué en annexe (« Format d'importation du fichier d'information des UM »). Cette fonctionnalité est pratique si l'on traite plusieurs établissements puisqu'elle dispense les saisies fastidieuses.

Quelle que soit la méthode utilisée, la table ainsi créée doit être éditée et/ou validée par le DIM.

IMPORTANT :

Il est important de répertorier l'historique des changements de type d'autorisation pour chaque unité médicale. Ainsi, une unité médicale peut avoir un type d'autorisation de soins intensifs à un moment donné puis, pendant un certain temps aucune autorisation et enfin bénéficier d'une autorisation de réanimation.

La gestion des unités médicales se présente sous la forme suivante :

UM	N° FINESS géo.	Type d'autorisation	Date de début d'effet	Volume d'autorisation
1011		Autre	01/01/2008	

Mettre à jour

Prend en compte les modifications apportées par l'utilisateur dans l'interface de saisie.

Ajouter

Permet d'ajouter une nouvelle entrée.

ATTENTION : Chaque date de début d'effet doit être unique au sein d'une même unité médicale.

Supprimer

Permet de supprimer une ligne dans la liste.

Annuler

Permet d'annuler la saisie effectuée des informations.

Validation

Permet de valider et terminer la gestion des UM. Un contrôle d'exhaustivité (toutes les UM du fichier de RSS doivent apparaître au moins une fois) est réalisé à ce moment là par GENRSA. Par ailleurs, un récapitulatif est fourni. Pour chaque association « unité médicale- type d'autorisation », nous avons les informations ci-dessous :

- *N° FINESS Géographique*
- *Date de début d'effet d'autorisation* : premier jour à partir duquel l'autorisation prend effet
- *Nombre de lits autorisés*

NOTE : Ce fichier est uniquement imprimable

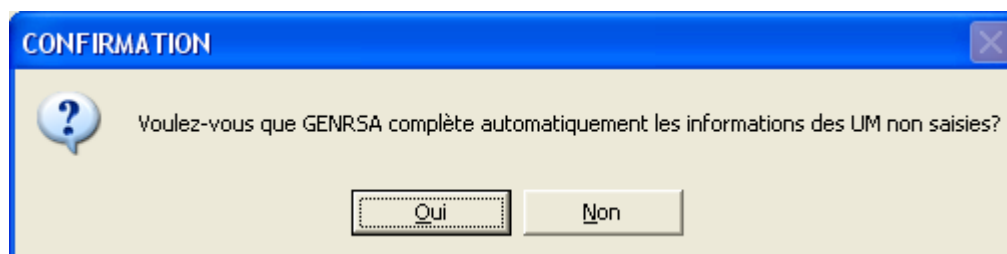
L'ensemble des données validées constituera le fichier d'information sur les autorisations d'UM. Ce fichier sera anonymisé et exporté par GENRSA.

IMPORTANT :













Si vous n'avez pas importé ou saisi toutes les UM, une liste des unités médicales non répertoriées sera affichée sur cette même page.

GENRSA vous propose de compléter automatiquement les informations pour ces UM.

ATTENTION, GENRSA supposera que ces dernières sont des unités médicales sans type d'autorisation et leur attribuera comme date de début d'effet le 1^{er} janvier de l'année de traitement. Si certaines UM affichées possèdent des types d'autorisation, vous devrez répondre [Non] à la question et compléter les informations demandées avant de continuer.







2.4 Fichiers complémentaires facultatifs

Fichiers complémentaires		
<i>Diagnostics à visée d'enquête :</i>	<input type="text"/>	 
<i>Fichier médicament complémentaire :</i>	<input type="text"/>	 
<i>Fichier DMI complémentaire :</i>	<input type="text"/>	 
<i>Prestations complémentaires (PO) :</i>	<input type="text"/>	 
<i>Prestations inter-établissements :</i>	<input type="text"/>	 
<i>Dialyses péritonéales :</i>	<input type="text"/>	 

Les fichiers suivants pourront être transmis vers la plate-forme e-PMSI (les formats sont indiqués en annexe au niveau de « *Format des fichiers supplémentaires* ») :

- Le fichier de diagnostics à visée d'enquête
- Le fichier de suivi de consommation par patient des médicaments (FICHCOMP)
- Le fichier de suivi de consommation par patient des DMI (FICHCOMP)
- Le fichier des prestations complémentaires par patient (FICHCOMP)
- Le fichier des prestations inter-établissements (FICHCOMP)
- Le fichier des activités de dialyse péritonéales (FICHCOMP)

2.5 Fichiers concernant la charge en soins

Charges en soins			
Répertoire SIIPS:	<input type="text"/>		
Correspondances enquête-PMSI:	<input type="text"/>		

- Le **répertoire** contenant un ou plusieurs fichiers SIIPS peut être renseigné ici. **Attention, GENRSA considère que tous les fichiers contenus dans ce répertoire sont des fichiers SIIPS. Veillez à ne pas mettre d'autres fichiers dedans.**

- Dans le champs « Correspondances enquête-PMSI », il est possible d'indiquer le fichier de correspondance enquête/PMSI (pour les établissements également investis dans le recueil du nombre d'actes).

Voir en annexe le format d'entrée de ces fichiers.

2.6 Fichier HOSP-PMSI

Le fichier HOSP-PMSI est nécessaire au traitement d'anonymisation. Si ce fichier n'est pas renseigné au niveau de l'interface GENRSA, il est généré automatiquement. Vous retrouvez la description de ce fichier dans le format RSS :

N° de RSS		28-47	20
N° Administratif local de séjour	(Equivalent de HOSP-PMSI sauf si IPP)	48-67	20

Pour rappel, voici la description du fichier HOSP-PMSI qui est fournie, en annexe de ce document :

Libelle	Taille	Position	Remarques
N° de RSS	20	1-20	Obligatoire
N° administratif du séjour	20	21-40	Obligatoire : doit être strictement identique à celui de VID-HOSP

2.7 Lancement

ATTENTION : A l'issue des traitements effectués par le logiciel GENRSA, des fichiers de sauvegarde sont générés. Il est **IMPORTANT** que ces fichiers soient sauvegardés (cf § « Sauvegarde ») lors de toute désinstallation ou réinstallation du logiciel. Ils seront utilisés si vous faites l'objet d'un contrôle externe.

- Anonymisation et réalisation du chaînage des données

Lors de cette phase, GENRSA procède à une série de contrôles sur les fichiers complémentaires et ne retient pour la transmission que les enregistrements ayant passé avec succès ces vérifications. En particulier, il est nécessaire d'utiliser le même numéro administratif de séjour que celui contenu dans le fichier de RSS. En effet, une liaison sur les numéros administratifs est réalisée entre chaque fichier complémentaire fourni et le fichier de RSS. Le traitement réalisé par GENRSA ne conserve en sortie que les enregistrements pour lesquels le numéro administratif de séjour a été retrouvé dans le fichier de RSS. Le fichier réalisé en sortie comporte alors le numéro d'index du RSA correspondant au N° administratif du RSS.

Vous trouverez, ci-dessous, fichier par fichier une présentation des **contrôles réalisés** :

Détection des doublons sur les N° de RSS :

GENRSA analyse les N° de RSS en doublons sur le fichier de séjour. Seul les RUM d'un RSS multi-RUM peuvent avoir un n° de RSS identique. Le logiciel considère comme doublons les N° de RSS dans les cas suivants:

- un même n° de RSS a été attribué pour plusieurs séjours (ou patients) différents
- dans le cas d'un multi-RUM : les RUM constitutifs du RSS ne sont pas jointifs (pas les uns à la suite des autres)

Attention: La présence de tels doublons peut fausser l'analyse des séjours non valorisés, et la valorisation elle-même de certains séjours. Donc si GENRSA détecte ces doublons, le traitement est interrompu et vous devez impérativement modifier votre fichier de séjours afin qu'il n'y ait plus de doublons sur le N° de RSS. Pour visualiser l'ensemble des numéros de RSS en doublons, vous pouvez aller dans le menu "Visualisation" et cliquer sur l'option "*Numéros de RSS en doublons dans le fichier de séjours*".

Détection des doublons sur les N° Administratifs de séjour

GENRSA analyse les couples numéro de RSS/numéro administratif local de séjour de chaque RSS. Afin de ne pas bloquer les traitements, lorsque GENRSA trouve plusieurs N° de RSS pour un N° administratif donné, seul le premier N° de RSS sera pris en compte pour la suite des vérifications.

Fichier de séjour (RSS)

Les causes de rejet pour ce fichier sont :

- Longueur incorrecte
- Le format du RUM est différent de 111.

ATTENTION : Désormais, seuls les enregistrements codés en CCAM seront acceptés. Les enregistrements erronés ne seront pas traités ni exportés par GENRSA, ceux-ci seront visualisables au niveau du rapport « *Compte-rendu de GENRSA* ».

Fichier de diagnostics à visée d'enquête

Les causes de rejet pour ce fichier sont :

- Le FINESS indiqué ne correspond pas à celui qui est utilisé dans le fichier de RSS
- La longueur des enregistrements est incorrecte
- Le code de diagnostic n'appartient pas à la CIM 10.

Fichier des médicaments

Les causes de rejet pour ce fichier sont :

- Le FINESS indiqué ne correspond pas à celui qui est utilisé dans le fichier de RSS
- Le n° administratif de séjour n'apparaît pas dans le RSS
- La longueur des enregistrements est incorrecte
- La date indiquée est mal renseignée.

Veuillez consulter également le format en annexe.

Fichier des DMI

Les causes de rejet pour ce fichier sont :

- Le FINESS indiqué ne correspond pas à celui qui est utilisé dans le fichier de RSS
- Le n° administratif de séjour n'apparaît pas dans le RSS
- La longueur des enregistrements est incorrecte
- La date indiquée est mal renseignée.

Veuillez consulter également le format en annexe.

Fichier des Prestations complémentaires

Les causes de rejet pour ce fichier sont :

- Le FINESS indiqué ne correspond pas à celui qui est utilisé dans le fichier de RSS
- Le n° administratif de séjour n'apparaît pas dans le RSS
- La longueur des enregistrements est incorrecte
- Le code prestation n'est pas autorisé (uniquement PO4).

Veuillez consulter également le format en annexe.

Fichier des Dialyses péritonéales

Les causes de rejet pour ce fichier sont :

- Le FINESS indiqué ne correspond pas à celui qui est utilisé dans le fichier de RSS
- Le n° administratif de séjour n'apparaît pas dans le RSS
- La longueur des enregistrements est incorrecte
- Le code prestation n'est pas autorisé (uniquement PO5).

Contrôles particuliers sur le nombre de semaine déclarés :

- Le nombre de semaine déclaré ne doit pas dépasser la durée du séjour. Dans le cas contraire, le nombre de semaine sera ajusté automatiquement et un avertissement sera noté dans le rapport des fichiers complémentaires
- Le nombre de semaine déclaré peut être inférieur à la durée du séjour. Dans ce cas, un avertissement sera noté dans le rapport des fichiers complémentaires.

Pour plus d'information, voir la page « Informations relatives à la dialyse » situé sur le site de l'atih : <http://www.atih.sante.fr/?id=00022000C1FF>.

Veillez consulter également le format en annexe.

Fichiers concernant la charge en soins

Un ensemble de contrôles de formats et de cohérence est effectué pour chacun des enregistrements SIIPS. Il en résulte une liste d'erreurs associée à chaque séjour SIIPS. Ces erreurs peuvent être bloquantes (le séjour ne sera pas exporté, donc pas transmis sur e-pmsi), ou non bloquantes (le séjour est néanmoins transmis). Il en est de même concernant le fichier de correspondance enquête/PMSI.

Voici les codes erreurs et leurs significations :

▪ Fichiers SIIPS

Erreurs bloquantes :

- Erreur n°1 : le nombre de champs est différent de 21
- Erreur n°2 : la date d'entrée (ou de sortie) dans l'unité de soins est absente ou son format n'est pas JJ/MM/AAAA
- Erreur n°3 : la date d'entrée dans l'unité de soins est strictement supérieure à la date de sortie de l'unité de soins
- Erreur n°4 : le n° de RSS et le n° administratif local de séjour sont tous les 2 absents.
- Erreur n°5 : impossible de rattacher le séjour SIIPS à un séjour PMSI, ni avec le n° de RSS, ni avec le n° administratif local de séjour.
- Erreur n°6 : la date d'entrée dans l'unité de soins est strictement inférieure à la date d'entrée dans le séjour PMSI.
- Erreur n°7 : la date de sortie de l'unité de soins est strictement supérieure à la date de sortie du séjour PMSI.
- Erreur N°8 : le n°FINESS indiqué ne correspond pas à celui qui est utilisé dans le fichier de RSS.

Erreurs non bloquantes :

- Erreur n°20 : le code de l'unité de soins est absent.

- Erreur n° **21** : un des indicateurs SIIPS est absent ou n'est pas numérique, ou sa valeur n'est pas entière ou n'est pas positive ou zéro.
- Erreur n° **22** : une des variables complémentaires n'est pas égale à 0, 1, 2, 3 ou vide.
- Erreur n° **23** : la date d'entrée dans l'unité de soins est strictement inférieure à la date de sortie de l'unité de soins du précédent séjour SIIPS rattaché au même séjour PMSI.
- Erreur n° **24** : la somme des journées des séjours SIIPS d'un même séjour PMSI est strictement supérieur à la durée de ce séjour PMSI.

▪ **Fichiers de correspondance enquête/PMSI**

Toutes les erreurs constatées dans les enregistrements de ce fichier sont bloquantes :

- Erreur n° **41** : le nombre de champs est différent de 3
- Erreur n° **42** : le n° de RSS et le n° administratif local de séjour sont tous les 2 absents.
- Erreur n° **43** : impossible de rattacher le séjour SIIPS à un séjour PMSI, ni avec le n° de RSS, ni avec le n° administratif local de séjour.
- Erreur n° **44** : le n° administratif local de séjour correspond à plusieurs séjours PMSI. Cette erreur ne concerne que les séjours SIIPS dont le n° de RSS ne correspond à aucun séjour PMSI.
- Erreur n° **45** : le numéro d'enquête est rattachable à plusieurs séjours PMSI différents

A la fin du traitement, les rapports d'anonymisation du fichier de RSS, des fichiers complémentaires (s'il y a lieu) ainsi que ceux liés au chaînage s'affichent à l'écran. Le rapport concernant le traitement des fichiers sur la charge en soins s'affiche aussi.

IMPORTANT :

Nous vous recommandons de consulter les rapports, notamment de chaînage, avant toute transmission à la plate-forme e-PMSI. Ceci pour éviter de réeffectuer des transmissions de données à la demande des tutelles. Les rapports peuvent être consultés via le menu *{Visualisation}*.

Rapport de l'anonymisation des fichiers complémentaires:

Ce fichier ayant pour extension « *.comp.log.txt* » présente les résultats de 3 différents contrôles:

- Contrôle 1: contrôle préliminaire de détection de doublons:
Cette phase permet de détecter d'éventuelles anomalies dans l'attribution des N° administratifs de séjours. En effet, il peut y avoir plusieurs N° de RSS pour un même N° administratif de séjour (dans ce cas la consommation enquête, médicament ou DMI est affectée au premier séjour).
Dans ce cas **les enregistrements ne sont pas rejetés**, les informations fournies ici n'étant fournies qu'à titre indicatif.

- Contrôle 2: enregistrements rejetés (longueur incorrecte):
Pour chacun des 3 types de fichiers (enquête, médicaments et DMI), il est indiqué la liste des enregistrements ayant une longueur incorrecte. Ils sont donc rejetés.

- **Contrôle 3:** N° administratif absent ou date avec format incorrect ou date non comprise dans la période traitée:

Pour chacun des 3 types de fichiers (enquête, médicaments et DMI), il est indiqué la liste des enregistrements rejetés à cause de l'un de ces 3 critères.

Vous trouvez également dans ce rapport, les listes suivantes :

- enregistrements non exportés
- enregistrements sans date d'administration renseignée (à partir du M3 2009, les dates deviennent obligatoires)

2.8 Menu

Visualisation

Vous pouvez visualiser tous les compte-rendus générés lors du traitement, grâce au menu *{Visualisation}*. Ces derniers fournissent des informations utiles (numéros de ligne, description de l'erreur, ...) permettant de corriger les RSS erronés.

Les fichiers de compte-rendu sont les suivants :

- **« Compte-rendu de GENRSA »** : ce rapport portant l'extension « *.log.txt* » fournit une synthèse des erreurs détectées lors du groupage réalisé par GENRSA et les enregistrements non conformes au traitement. Nous rappelons que seul le format 111 est désormais accepté.
- **« Différence de groupage »** : ce rapport portant l'extension « *.dif.txt* » répertorie les différences de groupage entre le GHM obtenu par votre groupeur et celui déterminé par le logiciel GENRSA. Le résultat obtenu par ce dernier constitue la référence officielle.
- **« Compte-rendu de chaînage »** : cf. annexe pour des informations supplémentaires. Ce rapport porte l'extension « *.chainage.log.txt* ».
- **« Erreurs de chaînage »** : idem. Ce rapport porte l'extension « *.chainage.err.txt* ».
- **« Rapport de l'anonymisation des fichiers complémentaires »** : ce rapport portant l'extension « *.comp.log.txt* » répertorie les lignes en erreurs des différents fichiers complémentaires fournis.
- **« Rapport de l'importation du fichier d'information des UM »** : ce rapport portant l'extension « *.ium.import.err.txt* » répertorie les lignes en erreurs lors de l'importation du fichier d'information des UM (s'il y a lieu) et les unités médicales dont le type d'autorisation n'est pas renseigné.
- **"Séjours non valorisés (synthèse)"** : ce rapport portant le nom "ctl_mt2a.synth.log.txt" énumère les séjours non valorisés. Ces séjours sont classés en 3 catégories définies par les 3 règles décrites à l'annexe "SEJOURS NON VALORISES".
- **"Séjours non valorisés (détail)"** : ce rapport portant le nom "ctl_mt2a.detail.log.csv" donne la liste des numéros de RSS non valorisés avec pour chacun d'entre eux le n° du test (ou numéro de règle) qui est vrai pour ce RSS (cf. l'annexe "SEJOURS NON VALORISES").
- **"Numéros de RSS en doublons dans le fichier de séjours"** : ce rapport portant l'extension ".doublonsnorss.log.csv" donne la liste des N° de RSS en doublons. Voici les différentes informations présentes dans ce fichier : N° de RSS en doublon, N° de ligne dans le fichier de RSS traité,

n° Administratif local de séjour, date d'entrée, GHM. Ce fichier est au format CSV.

- **« Rapport séjours SIIPS et correspondances Enquête soins / PMSI »** : ce rapport portant l'extension « siips.log.txt » donne le nombre d'erreurs bloquantes et non bloquantes, par numéro d'erreur, détectées dans les fichiers SIIPS et dans le fichier de correspondance enquête/PMSI. Il donne également le nombre d'enregistrements exportés et ceux non exportés, c'est-à-dire le nombre de ceux qui seront transmis et ceux qui ne le seront pas.
- **« Détail des erreurs dans les séjours SIIPS »** : ce rapport portant l'extension « siips.log.csv » détaille l'ensemble des erreurs détectées dans les séjours SIIPS, en donnant le nom de fichier, le n° de ligne en erreur, le n° de RSS, le numéro administratif local de séjour, le nombre d'erreurs détectées ainsi que la liste des erreurs, cela pour chaque séjour. Si par exemple il y a pour un séjour N erreurs, alors chaque ligne aura 5 + N colonnes, les N dernières étant la liste des N erreurs. Attention, si le séjour SIIPS est rattaché au RSA par son n° administratif local, alors le n° de RSS affiché dans ce rapport peut être différent de celui présent dans l'enregistrement initial.
- **« Détail des erreurs dans les correspondances Enquête soins/PMSI »** : ce rapport portant l'extension correspenqsoin.log.csv détaille l'ensemble des erreurs détectées dans le fichier de correspondance enquête/PMSI, en donnant le n° de ligne en erreur, le n° de RSS, le numéro administratif local de séjour, le nombre d'erreurs détectées ainsi que la liste des erreurs, cela pour chaque enregistrement.

Pour connaître la signification des numéros d'erreurs présent dans les fichiers de rapport concernant les SIIPS et les correspondances enquête soin/PMSI, voir le paragraphe intitulé : « Fichiers concernant la charge en soins » au paragraphe 2.7.

Pour le rapport de différence de groupage (« Différence de groupage »), GENRSA fournit les éléments suivants :

- N° de RSS
- Groupage établissement N° de CMD
- Groupage établissement: N° du GHM
- Groupage établissement: Groupage code retour
- Groupage GENRSA: N° de CMD
- Groupage GENRSA: N° du GHM
- Groupage GENRSA: Groupage code retour

Aide

Les informations sur le logiciel peuvent être obtenues par l'intermédiaire du menu {Aide | A propos}.

Le manuel d'utilisation peut être consulté en utilisant le menu {Aide | Manuel d'utilisation}.

2.9 Export

IMPORTANT : Vous n'avez plus besoin d'utiliser le logiciel e-POP, il est désormais intégré au logiciel GENRSA. Suite à l'envoi, vous pourrez directement commander des traitements sur la plate-forme e-PMSI.

GENRSA offre deux possibilités d'exportation :

- Le bouton [3 - Envoi e-PMSI] permet de transmettre directement vos données vers e-PMSI. Il vous sera demandé vos identifiant et mot de passe avant de pouvoir visualiser le statut de l'envoi via un rapport.
- Le bouton [Export] permet d'exporter le fichier « ANO-RSA » qui pourra être transmis directement à la plate-forme e-PMSI via le menu « Fichiers » de la plate-forme e-PMSI.

Si vous utilisez cette fonctionnalité, nous vous invitons à noter soigneusement le nom du dossier que vous aurez choisi pour contenir le résultat de l'exportation. Le fichier d'export « ANO-RSA » se présente sous la forme d'un fichier ZIP et porte un nom défini comme suit :

[FINESS].ano-rsa-udm.[Année].[Mois].pop.zip

REMARQUE : Le mois indiqué au niveau du nom physique des fichiers correspond au nombre de mois transmis.

FINESS : 999999999

Période de transmission : M1

Année de transmission : 2009

Nom du fichier d'export : 999999999.ano-rsa-udm.2009.1.pop.zip

Le fichier d'export renferme les éléments suivants :

- Le fichier de contrôle «**data.mnf**» (cf. avertissement ci-dessous)
- Le fichier de contrôle «**desc.mnf**» (cf. avertissement ci-dessous)
- Le fichier de contrôle «**desc.xml**» (cf. avertissement ci-dessous)
- Un fichier zippé portant l'extension «**data.zip**» contenant les fichiers ci-dessous :
 - Le fichier de RSA qui porte l'extension «**.rsa**» (cf. format en annexe)
 - Le fichier de chaînage qui porte l'extension «**.ano**» (cf. format en annexe)
 - Le fichier de liste des erreurs de groupage qui porte l'extension «**.leg**» (cf. format en annexe)
 - Le fichier de liste des signatures du traitement d'anonymisation qui porte l'extension «**.sta**» (cf. format en annexe)

- Eventuellement, le fichier des caractéristiques des unités médicales qui porte l'extension « **.ium** » (cf format en annexe « Formats des fichiers de sortie supplémentaires »)
- Eventuellement, si vous avez renseigné le fichier complémentaire « Diagnostics à visée d'enquête », le fichier portant l'extension « **.enq** » (cf format en annexe « Formats des fichiers de sortie supplémentaires »)
- Eventuellement, si vous avez renseigné le fichier complémentaire « Médicaments », le fichier portant l'extension « **.med** » (cf format en annexe « Formats des fichiers de sortie supplémentaires »)
- Eventuellement, si vous avez renseigné le fichier complémentaire « DMI », le fichier portant l'extension « **.dmip** » (cf format en annexe « Formats des fichiers de sortie supplémentaires »)
- Eventuellement, si vous avez renseigné le fichier complémentaire « Prestations complémentaires », le fichier portant l'extension « **.porq** » (cf format en annexe « Formats des fichiers de sortie supplémentaires »)
- Eventuellement, si vous avez renseigné le fichier complémentaire « Prestations inter-établissements », le fichier portant l'extension « **.pie** » (cf format en annexe « Formats des fichiers de sortie supplémentaires »)
- Eventuellement, si vous avez renseigné le fichier complémentaire « Dialyses péritonéales », le fichier portant l'extension « **.diap** » (cf format en annexe « Formats des fichiers de sortie supplémentaires »)
- Eventuellement, si vous avez renseigné un répertoire contenant des fichiers SIIPS, le fichier portant l'extension « **.siips** »
- Eventuellement, si vous avez le fichier de correspondance enquête soins / PMSI, le fichier portant l'extension « **.enqsoin** »
- Le fichier d'erreurs avec l'extension « **.ceserr** » contenant les erreurs des fichiers SIIPS et correspondance enquête soin/PMSI si vous en avez renseignés.
- Le fichier de contrôle de traitement qui porte l'extension « **.ver** »

AVERTISSEMENT :

Afin de garantir l'intégrité et la fiabilité des données contenues dans le fichier « ANO-RSA », un dispositif de contrôle est intégré au fichier sauvegardé. Par conséquent, vous ne devez en aucun cas ouvrir ni modifier ce dernier sous peine de le rendre définitivement inutilisable.

2.10 Quitter le programme

Pour quitter le programme, utilisez le bouton *[Quitter]* .

2.11 Sauvegarde

Chaque traitement est sauvegardé au niveau du dossier « sauvegarde » du répertoire d'installation.

Cette sauvegarde est composée de deux fichiers au formats compressés (ZIP) au nom composé comme suit :

[FINESS].[Année].[Mois].[jour-mois-année-heure-minute-seconde].in.zip
[FINESS].[Année].[Mois].[jour-mois-année-heure-minute-seconde].out.zip

[jour-mois-année-heure-minute-seconde] correspond aux date et heure du début du traitement effectué.

Le premier fichier correspond aux copies des fichiers d'entrée utilisés pour le traitement dont les noms ont été formalisés sous la forme suivante:

[FINESS].[Année].[Mois].[extension]

Chaque [extension] correspond à un type de fichier:

- « .rss.txt » : fichier de séjour RSS
- « .hpp.txt » : fichier HOSP-PMSI
- « .ano.txt » : fichier ANO-HOSP
- « .um.txt » : fichier de gestion des unités médicales
- « .enq.txt » : fichier d'enquête si présent
- « .dmi.txt » : fichier DMI si présent
- « .med.txt » : fichier de molécules onéreuses si présent
- « .prestc.txt » : fichier des prestations complémentaires si présent
- « .diap.txt » : fichier des dialyses péritonéales si présent
- « .siips[i].txt » : si il y a n fichiers SIIPS dans le répertoire renseigné par l'utilisateur, alors l'extension du 1^{er} fichier sera « .siips1.txt » , celle du 2^{ème} sera « .siips2.txt », ..., « .siips[n].txt »
- « .enqsoin.txt » : fichier de correspondance enquête soin / PMSI si renseigné

Le second fichier correspond aux copies des fichiers de sortie destinés à l'exportation sur la plate-forme e-PMSI et les différents rapports disponibles au niveau du menu {*Visualisation*}.

Rappel: l'article 7-I de l'arrêté « PMSI » du 31 décembre 2003 oblige tous les établissements qui transmettent leurs RSAC (ou provisoirement leurs RSA) à conserver une sauvegarde du fichier de RSS source: **« pour chaque établissement, le médecin chargé de l'information médicale, sauvegarde le fichier de RSS qui est à la source du fichier de RSAC et assure la conservation de la copie produite. »**

Le bon déroulement des procédures de traitements des données PMSI-MCO (MAT2A, DATIM), et de préparation des contrôles externes (LEDDA) supposent un strict respect de fichiers et de leur intégrité. Les outils PMSI-MCO officiels diffusés ou utilisés par l'ATIH, vérifient tous cette signature depuis le traitement des données du 1^{er} trimestre 2006.

Avec la mise en place des outils informatiques pour les contrôles externes réalisés par les praticiens de l'assurance maladie, ce principe devient impératif et strictement contrôlé.

Pour systématiser la sauvegarde du fichier de RSS source en limitant les oublis, l'outil officiel (GENRSA) qui anonymise le fichier de RSS et produit les RSA adaptés à la transmission, crée automatiquement pour l'établissement, un fichier de sauvegarde du fichier de RSS avec une clé de sécurité qui permet de l'authentifier et de vérifier ultérieurement qu'il n'a pas été modifié.

C'est ce fichier signé par GENRSA qui correspond à la sauvegarde exigée par l'Art 7-1 de l'arrêté du 31 décembre 2003.

C'est ce fichier de copie automatique signé qui est nécessaire à la levée de l'anonymat par l'établissement avec l'outil LEDDA au moment du contrôle. LEDDA recherche ce fichier et vérifie que la clé de sécurité est la bonne et n'a pas été altérée.

Si l'établissement venait à modifier un seul RSS de ce fichier sans transmettre un nouveau fichier de RSA alors la clé de sécurisation ne fonctionnerait plus, le fichier serait considéré comme corrompu et la levée de l'anonymisation serait bloquée dans LEDDA. L'établissement doit alors solliciter une dévalidation des données déjà validées et une reprise complète du processus de traitement des données (MAT2A, DATIM, Feuille d'extraction). De même si l'établissement venait à perdre le fichier de sauvegarde automatique généré par GENRSA sans pouvoir le restaurer (perte des données stockées, incendie, effacement accidentel et pas de sauvegarde...), la procédure de recherche de RSS et de levée de l'anonymat préparatoire au contrôle externe serait bloquée. Une pénalisation pourrait être appliquée à l'établissement pour incapacité à produire les documents nécessaires au contrôle.

En conséquence il appartient au médecin responsable de l'information médicale de veiller à la conservation et à l'intégrité de ce fichier de RSS source. Il est très vivement recommandé qu'il en constitue une copie archivée en toute sécurité qui pourra être restaurée en cas de besoin.

En pratique, il faut sauvegarder le contenu du dossier [Répertoire travail]\sauvegarde. Le dossier de sauvegarde, par défaut, est :

- C:\Documents and Settings\[nomLogin]\Application Data\ATIH\Genrsa\sauvegarde

Il est fortement recommandé de procéder à une sauvegarde externe (bandes magnétiques, DVD ou CD par exemple) afin de rendre possible une restauration des données en cas de problèmes liés au matériel (disque dur de la machine irrécupérable notamment).

L'emplacement du répertoire de travail de GENRSA vous est indiqué dans le menu Aide – Infos système et paramétrage.

3. Transmission et traitement des données sur e-PMSI : mode d'emploi

Si vous avez rencontré des problèmes d'installation, veuillez vérifier que votre installation remplit bien les conditions minimales (cf. annexe).

Ce chapitre regroupe le traitement par GENRSA, la transmission à la plate-forme e-PMSI et le traitement des données à partir du site e-PMSI.

Les opérations à effectuer sont les suivantes :

3.1 GENRSA

1- Définir la période de traitement. Ceci est important pour la suite du traitement.

2- Indiquer le chemin d'accès du fichier de RSS. Sont acceptés les RSS au format 114 pour l'ensemble de l'année ou au format mixte (113 pour les séjours avant le 1er mars et 114 pour les séjours postérieurs au 1er mars). (voir formats en annexe)

3- Indiquer le chemin d'accès du fichier d'importation des unités médicales si besoin est (cf format en annexe « Format du fichier d'importation des UM »)

3 bis- Cliquer ensuite sur le bouton **[1- Gestion des unités médicales]** pour procéder à l'analyse du fichier.

4- Saisie des informations :

Il faudra, ensuite, saisir les informations pour chaque unité médicale :

- type d'autorisation
- la date de début d'effet de l'autorisation (au format jjmmaaaa)
- nombre de lits autorisés

Lorsque toutes les informations sont enregistrées, vous devez valider la saisie (utilisez le bouton *[Validation]*)

5- S'il y a lieu, indiquez les chemins d'accès aux nouveaux fichiers complémentaires : Diagnostics à visée d'enquête, Médicament ou DMI (cf format en annexe), etc.

5 bis- Si vous êtes concernés par les fichiers se rapportant à la charge en soins, indiquez le répertoire où se trouve le ou les fichiers SIIPS (veillez à ce qu'il y ait uniquement des fichiers SIIPS dans ce répertoire). Si vous êtes également investi dans le recueil complémentaire du nombre d'actes il faut indiquer l'emplacement du fichier de correspondance enquête / PMSI.

6- Indiquer le chemin d'accès du fichier ANO-HOSP utilisé pour le chaînage (voir format en annexe et pour plus d'information, vous pouvez consulter la circulaire suivante sur le site de l'ATIH : <http://www.atih.sante.fr/?id=000240005BFF> au niveau de « Textes et références », [Circulaire N° 106 du 22 fév.2001 relative au chaînage des séjours en établissements hospitaliers.](#))

7- Pour le fichier HOSP-PMSI, vous avez 2 possibilités :

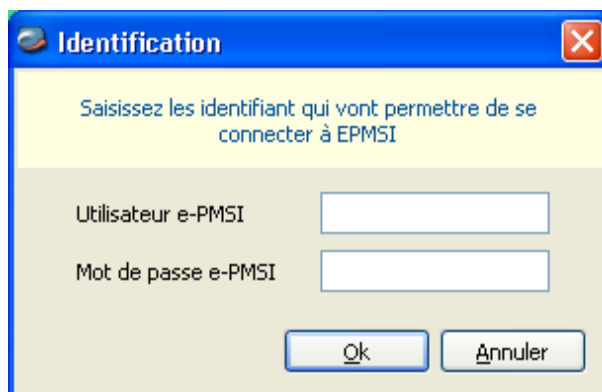
- Utiliser un fichier HOSP-PMSI (voir format en annexe). Dans ce cas, indiquer son chemin d'accès en utilisant le bouton [...] en face de la zone et cocher la case «*Utilisation d'un fichier HOSP-PMSI*».
- Ne pas utiliser le fichier HOSP-PMSI. Vous devez alors décocher la case «*Utilisation d'un fichier HOSP-PMSI*».

Vous pouvez vous dispenser de ce fichier si et seulement si, vous avez renseigné la variable « N° d'identification administratif de séjour » du fichier VID-HOSP (cf. manuel d'utilisation de MAGIC pour une description plus détaillée) avec la variable « N° Administratif local de séjour » qui figure dans le RSS.

8- Cliquer ensuite sur le bouton **[2- Lancement]** pour procéder au traitement de vos fichiers.

9- A la fin du traitement, le compte-rendu de GENRSA, celui du chaînage, celui de l'anonymisation des fichiers complémentaires (s'il y a lieu) ainsi que celui concernant la charge en soins (si vous êtes concerné) s'affichent à l'écran.

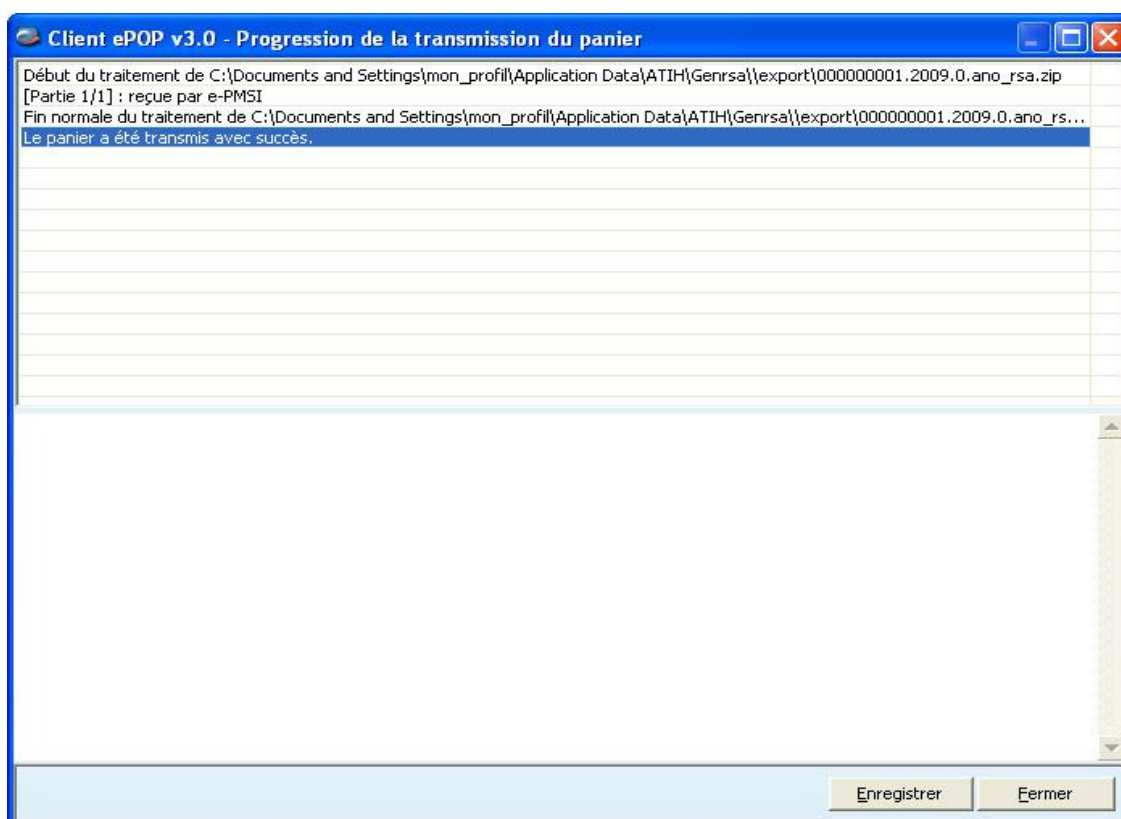
10- Cliquer sur le bouton **[3- Envoi e-PMSI]** qui a pour effet de lancer la transmission des données vers la plate-forme e-PMSI.



11- **Indiquer votre identifiant (« Login ») et le mot de passe correspondant à votre compte GFP** (Gestionnaire des fichiers PMSI) sur la plate-forme e-PMSI. Éventuellement si votre établissement possède un serveur Proxy (serveur filtrant les accès à Internet), compléter les paramètres e-PMSI au niveau du menu « Paramètres / Paramétrage E-POP » et renseigner les champs nécessaires (demander ces informations au service informatique de votre établissement).

12- **Cliquer** sur le bouton **[OK]** pour effectuer la transmission.

Une fois le panier envoyé, vous accédez au rapport indiquant si la transmission s'est bien déroulée :



NOTE : pour plus d'informations concernant l'utilisation du module e-POP intégré, veuillez vous référer au manuel d'utilisation de ce dernier (logiciel e-POP 3 disponible sur le site de l'ATIH)

3.2 e-PMSI

13- Rendez-vous, maintenant, sur la plate-forme e-PMSI (<https://www.epmsi.atih.sante.fr/accueil.jsp>)

14- Vous devez alors aller dans le menu « Login » et vous identifier grâce à vos identifiant et mot de passe.

15- Exemple de traitement du premier trimestre 2005

Menu « Applications »

« MAT2A »

« MAT2A STC MCO DGF (sans taux de conversion) »

« Année 2009 » « M3 : De Janvier à Mars »

16- Pour vérifier que votre fichier a été transmis, au niveau du menu « Fichiers », vous devez voir mentionné la date et l'heure de votre dernière transmission. Il n'est plus nécessaire, à cette étape, de refaire une transmission.

17- Vous pouvez donc demander un « Traitements » sur les dernières données transmises. Pour cela, allez dans le menu « Traitements », et cliquez sur le bouton

« Commander ». Il faudra ensuite « Placer ce traitement dans la file d'attente » et cliquer sur la flèche jaune pour continuer. Par défaut, un mail vous sera envoyé lorsque le traitement sera terminé.

18- Si le traitement a réussi vous pouvez accéder à vos tableaux en cliquant sur «Résultats ».

19- Après avoir vérifié le contenu de vos tableaux, faire valider cet envoi par le valideur de l'établissement (compte valideur sur la plate-forme e-PMSI).

NOTE : pour plus d'informations concernant l'utilisation de la plate-forme e-PMSI, veuillez vous référer au site d'information de la plate-forme e-PMSI (<http://sap.atih.sante.fr/epmsi/>).

4. L'utilisation d'AGORA

Pour toute question ou remarque, il est préférable de poster des messages sur AGORA. En effet, l'ATIH a mis en place un système de mail automatique auprès des référents des différents thèmes et sous-thèmes.

La plateforme AGORA est accessible à partir du site de l'ATIH <http://www.atih.sante.fr/>.

Puis, il vous suffit de cliquer sur le lien Foire aux questions. Le site AGORA est accessible à partir de vos identifiants e-PMSI. Il vous suffit donc d'avoir un compte e-PMSI pour y accéder.



Le lien Foires aux questions sur le site de l'ATIH

Afin que les référents puissent vous répondre le plus rapidement possible, nous vous remercions de bien sélectionner le sous-thème se rapportant à votre question. Pour toute question concernant l'utilisation des logiciels fournis par l'ATIH, les sous-thèmes sont situés dans le thème Agora/Logiciels. Pour les questions concernant GENRSA, le sous-thème est le suivant :

Agora > Logiciels > MCO > GENRSA

Vous disposez également d'un moteur de recherche. Vous pouvez à partir de la saisie de mots-clés, retrouver les messages s'y référant. Le moteur de recherche apparaît toujours en haut de votre page de session AGORA :

Session appartenant à Dominique Sautereau (22464) Fermer la session

anohosp Recherche sur : un seul de ces mots clés tous ces mots clés ce thème et ses sous-thèmes l'ensemble de l'Agora

Agora > Logiciels > MCO > LAMDA

Résultat de votre recherche

Aucun sujet ne correspond à votre recherche

[Contributions correspondant à votre recherche](#)

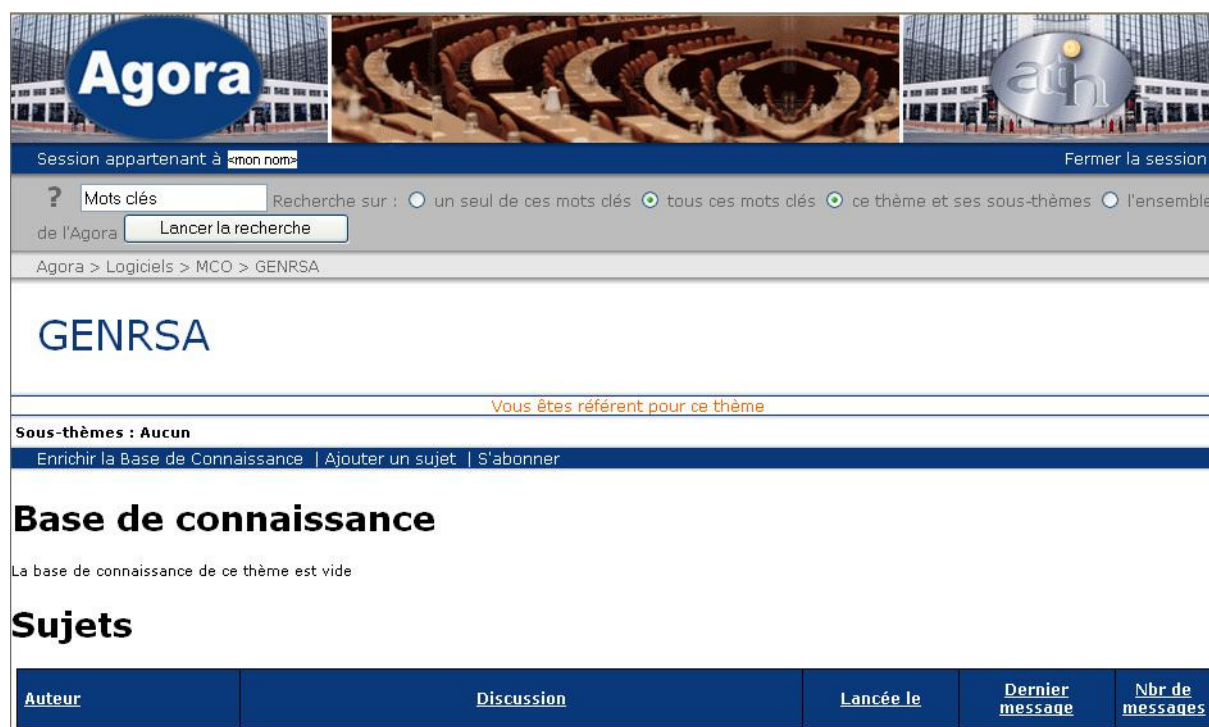
Auteur	Extrait	Date	Thème
Delphine Rossille	(...) M12. Donc Vidhosp doit être au format 2007. Comment fait on alors pour générer anohosp ? étant donné que MAGIC a été modifié pour le nouveau form(...)	15 juillet 2008	LAMDA
Thierry CUNNAC	PS. : De plus les compte rendu de LAMDA sont "perturbants" ; - Rapport final GENRSA ; - TRAITEMENT DU FICHIER DE RSS ; - Nombre de RSS de l'a(...)	16 juillet 2008	LAMDA
pierre macutan	(...); le nouveau lamda 2010 pour traiter les RSS. La réponse est " problème de CRC dans anohosp . Avez vous utilisé la bonne version de Magic ?" Code retour 2. J'utilise Magic 4002. (...)	08 septembre 2008	LAMDA

Aucune contribution dont le nom de l'auteur correspond à votre recherche n'a été trouvée

https://applis.ath.sante.fr/agora/ Intranet.local 100%

L'utilisation du moteur de recherche d'AGORA

Pour poser une nouvelle question sur AGORA, vous sélectionnez le thème et le sous-thème concerné (s'il existe), puis vous cliquez sur « Ajouter un sujet ». Voici un exemple :

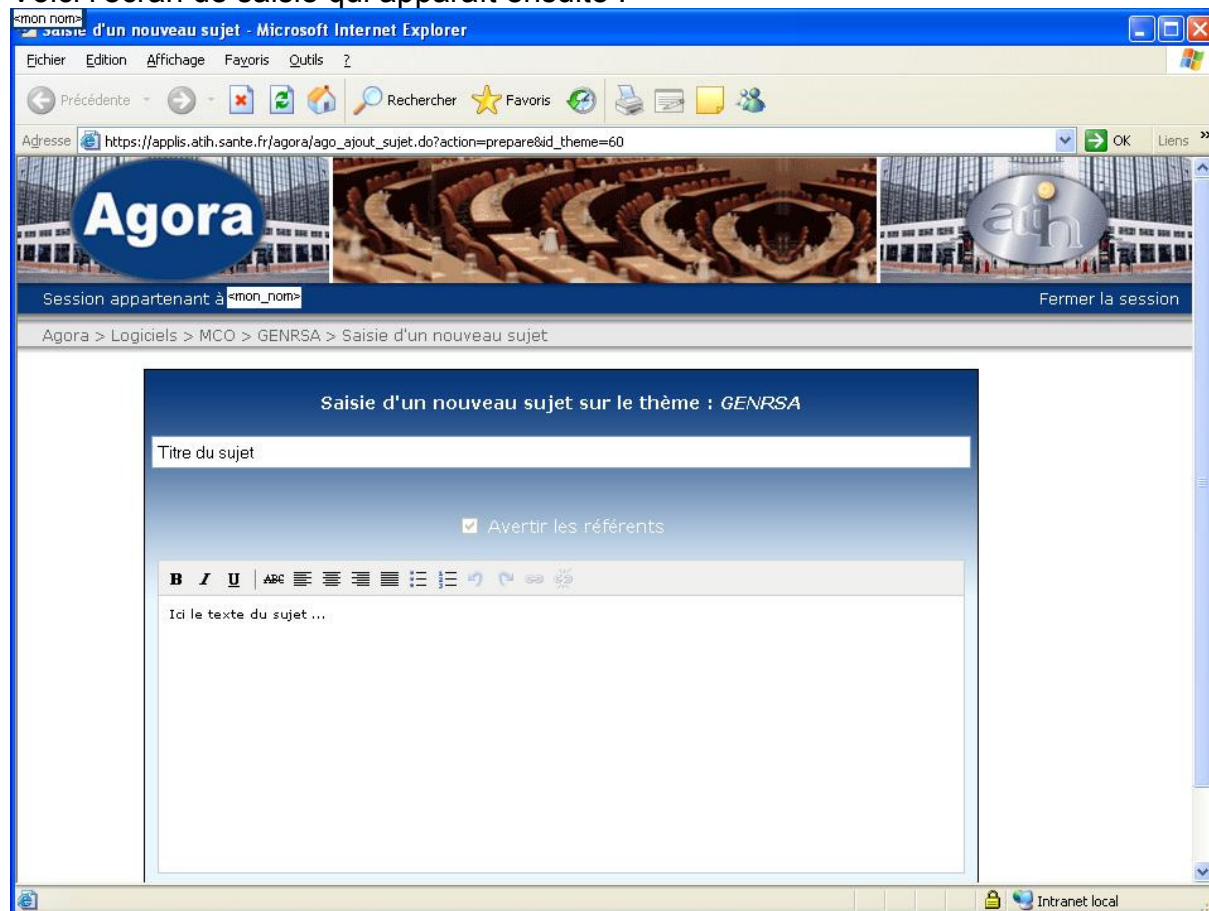


The screenshot shows the AGORA website interface. At the top, there are three banners: the 'Agora' logo, a photograph of a large assembly hall, and the 'aih' logo. Below the banners is a navigation bar with 'Session appartenant à <mon nom>' and 'Fermer la session'. A search bar contains 'Mots clés' and 'Recherche sur :'. There are three radio buttons for search criteria: 'un seul de ces mots clés', 'tous ces mots clés' (selected), and 'ce thème et ses sous-thèmes'. A 'Lancer la recherche' button is also present. Below the search bar is a breadcrumb trail: 'Agora > Logiciels > MCO > GENRSA'. The main heading is 'GENRSA'. Below it, a message states 'Vous êtes référent pour ce thème'. Underneath, it says 'Sous-thèmes : Aucun' and provides links for 'Enrichir la Base de Connaissance', 'Ajouter un sujet', and 'S'abonner'. The section 'Base de connaissance' is followed by the text 'La base de connaissance de ce thème est vide'. Below this is the 'Sujets' section, which features a table with the following header:

Auteur	Discussion	Lancée le	Dernier message	Nbr de messages
--------	------------	-----------	-----------------	-----------------

Une fois dans le thème (dans cet exemple c'est GENRSA), vous pouvez cliquer sur Ajouter un sujet

Voici l'écran de saisie qui apparaît ensuite :



La saisie d'un nouveau sujet sur AGORA

Nous vous recommandons de renseigner au mieux le titre du sujet.

Annexes

Configuration minimale requise

Avant de procéder à l'installation, assurez vous que votre système est compatible avec la configuration minimale requise. Nous insistons sur le fait que les logiciels de la suite POP-T2A est **une application à usage local et n'est pas destinée à être utilisée en réseau.**

Systemes d'exploitation supportés :

- Windows 2000 Service Pack 1.0 ou supérieur
- Windows ME
- Windows NT 4.0 avec Service Pack 6.0a ou supérieur
- Windows XP
- Windows 2003

Configuration matérielle : 32 Mo de RAM (mémoire vive) sont nécessaires à l'installation des logiciels « Suite logicielle POP-T2A »

Logiciels requis : Internet Explorer 5.01 (ou supérieur)

Avertissement

Les utilisateurs de Windows NT 4.0/XP/2000 doivent se connecter sous le compte « **Administrateur de la machine locale** » avant de procéder à l'installation des logiciels constitutifs de la suite logicielle POP-T2A et désactiver tous les programmes résidents (anti-virus, programmeurs de tâches, etc.)

Après l'installation du logiciel, vous devez lancer le programme au moins une fois avec le compte « Administrateur de la machine locale » pour l'enregistrement des bibliothèques. L'utilisation du logiciel devra s'effectuer avec au moins un compte d' « **Utilisateur standard ou avec pouvoir** ».

Sauvegarde du fichier de RSS à la source du fichier de RSAc (ou de RSA), sécurisation des données et fonctionnement du contrôle externe

Rappel : l'article 7-I de l'arrêté « PMSI » du 31 décembre 2003 oblige tous les établissements qui transmettent leurs RSAc (ou provisoirement leurs RSA) à conserver une sauvegarde du fichier de RSS source : **« pour chaque établissement, le médecin chargé de l'information médicale, sauvegarde le fichier de RSS qui est à la source du fichier de RSAc et assure la conservation de la copie produite. »**

Le bon déroulement des procédures de traitements des données PMSI-MCO (MAT2A, DATIM), et de préparation des contrôles externes (LEDDA) supposent un strict respect des fichiers et de leur intégrité. Les outils PMSI-MCO officiels diffusés ou utilisés par l'ATIH, vérifient tous cette signature depuis le traitement des données du 1^{er} trimestre 2006.

Avec la mise en place des outils informatiques pour les contrôles externes réalisés par les praticiens de l'assurance maladie, ce principe devient impératif et strictement contrôlé.

Pour systématiser la sauvegarde du fichier de RSS source en limitant les oublis, l'outil officiel (GENRSA) qui anonymise le fichier de RSS et produit les RSA adaptés à la transmission, crée automatiquement pour l'établissement, un fichier de sauvegarde du fichier de RSS avec une clé de sécurité qui permet de l'authentifier et de vérifier ultérieurement qu'il n'a pas été modifié.

C'est ce fichier signé par GENRSA qui correspond à la sauvegarde exigée par l'Art 7-I de l'arrêté du 31 décembre 2003.

C'est ce fichier de copie automatique signé qui est nécessaire à la levée de l'anonymat par l'établissement avec l'outil LEDDA au moment du contrôle. LEDDA recherche ce fichier et vérifie que la clé de sécurité est la bonne et n'a pas été altérée.

Si l'établissement venait à modifier un seul RSS de ce fichier sans transmettre un nouveau fichier de RSA alors la clé de sécurisation ne fonctionnerait plus, le fichier serait considéré comme corrompu et la levée de l'anonymisation serait bloquée dans LEDDA. L'établissement doit alors solliciter une dévalidation des données déjà validées et une reprise complète du processus de traitement des données (MAT2A, DATIM, Feuille d'extraction). De même si l'établissement venait à perdre le fichier de sauvegarde automatique généré par GENRSA sans pouvoir le restaurer (perte des données stockées, incendie, effacement accidentel et pas de sauvegarde...), la procédure de recherche de RSS et de levée de l'anonymat préparatoire au contrôle externe serait bloquée. Une pénalisation pourrait être appliquée à l'établissement pour incapacité à produire les documents nécessaires au contrôle.

En conséquence il appartient au médecin responsable de l'information médicale de veiller à la conservation et à l'intégrité de ce fichier de RSS source. Il est très vivement recommandé qu'il en constitue une copie archivée en toute sécurité qui pourra être restaurée en cas de besoin.

En pratique, il faut sauvegarder le contenu du dossier [Dossier d'installation]\sauvegarde. Les dossiers par défaut sont :

- Voir le guide mise à niveau disponible à partir du menu Aide de GENRSA

Il est fortement recommandé de procéder à une sauvegarde externe (bandes magnétiques, DVD ou CD par exemple) afin de rendre possible une restauration des données en cas de problèmes liés au matériel (disque dur de la machine irrécupérable notamment).

Formats de RSS groupé 113

Intitulé		position	taille
Groupage : Version de la classification		1-2	2
Groupage : N° de GHM	N° de CMD	3-4	2
	N° de GHM	5-8	4
Filler		9-9	1
N° de version du format de RSS (113)		10-12	3
Groupage Code retour		13-15	3
Numéro FINESS		16-24	9
Version du format du RUM (013)		25-27	3
N° de RSS		28-47	20
N° Administratif local de séjour	(Equivalent de HOSP-PMSI sauf si IPP)	48-67	20
N° de RUM		68-77	10
Date de naissance		78-85	8
Sexe		86-86	1
Numéro de l'unité médicale		87-90	4
Type d'autorisation du lit dédié		91-92	2
Date d'entrée dans l'unité médicale		93-100	8
Mode d'entrée dans l'unité médicale		101-101	1
Provenance (si mode d'entrée est mutation, transfert ou domicile)		102-102	1
Date de sortie de l'unité médicale		103-110	8
Mode de sortie de l'unité médicale		111-111	1
Destination (si mode de sortie est mutation, transfert ou domicile)		112-112	1
Code postal de résidence (ou 99 suivi du code Insee du pays pour les patients résidant hors de France)		113-117	5
Poids du nouveau-né à l'entrée de l'unité médicale (en grammes)		118-121	4
Age gestationnel (nb de semaines révolues d'aménorrhée)		122-123	2
Nombre de séances		124-125	2
Nombre de diagnostics associés significatifs (nDAS) dans ce RUM		126-127	2
Nombre de données à visée documentaire (nDAD) dans ce RUM		128-129	2
Nombre de zone d'actes (nZA) dans ce RUM		130-131	2
Diagnostic principal (DP)		132-139	8
Diagnostic relié (DR)		140-147	8
IGS 2		148-150	3
Zone réservée		151-165	15
DAS n° 1			8
.....			* 8
DAS n° nDAS			8
DAD n° 1			8
.....			* 8

DAD n° nDAD		8
Zone d'acte n° 1	Date de réalisation	8
	Code CCAM	7
	Phase	1
	Activité	1
	Extension documentaire	1
	Modificateurs	4
	Remboursement exceptionnel	1
	Association non prévue	1
	Nombre d'exécutions de l'acte n° 1 pendant le séjour	2
.....		*26
Zone d'acte n° nZa	Date de réalisation	8
	Code CCAM	7
	Phase	1
	Activité	1
	Extension documentaire	1
	Modificateurs	4
	Remboursement exceptionnel	1
	Association non prévue	1
	Nombre d'exécutions de l'acte n° nZA pendant le séjour	2

Dans ce format de RSS groupé 113, la zone N° de version du format de RSS doit être renseignée à la valeur 113 et la zone version du format du RUM doit être renseignée à la valeur 013.

Un outil de transposition du format 111 vers le format 113 est mis à disposition des établissements. Il est disponible dans l'espace de téléchargement du site Internet de l'ATIH.

La zone type d'autorisation qui était en position 68-69 a été supprimée. Elle apparaissait dans le format de RSS groupé 111 à la position, elle n'existe plus dans le format RSS groupé 113.

Formats de RSS groupé 114

Intitulé		position	taille
Groupage : Version de la classification		1-2	2
	N° de CMD	3-4	2
Groupage : N° de GHM	N° de GHM	5-8	4
Filler		9-9	1
N° de version du format de RSS (114)		10-12	3
Groupage Code retour		13-15	3
Numéro FINESS		16-24	9
Version du format du RUM (014)		25-27	3
N° de RSS		28-47	20
N° Administratif local de séjour	(Equivalent de HOSP-PMSI sauf si IPP)	48-67	20
N° de RUM		68-77	10
Date de naissance		78-85	8
Sexe		86-86	1
Numéro de l'unité médicale		87-90	4
Type d'autorisation du lit dédié		91-92	2
Date d'entrée dans l'unité médicale		93-100	8
Mode d'entrée dans l'unité médicale		101-101	1
Provenance (si mode d'entrée est mutation, transfert ou domicile)		102-102	1
Date de sortie de l'unité médicale		103-110	8
Mode de sortie de l'unité médicale		111-111	1
Destination (si mode de sortie est mutation, transfert ou domicile)		112-112	1
Code postal de résidence (ou 99 suivi du code Insee du pays pour les patients résidant hors de France)		113-117	5
Poids du nouveau-né à l'entrée de l'unité médicale (en grammes)		118-121	4
Age gestationnel (nb de semaines révolues d'aménorrhée)		122-123	2
Nombre de séances		124-125	2
Nombre de diagnostics associés significatifs (nDAS) dans ce RUM		126-127	2
Nombre de données à visée documentaire (nDAD) dans ce RUM		128-129	2
Nombre de zone d'actes (nZA) dans ce RUM		130-132	3
Diagnostic principal (DP)		133-140	8
Diagnostic relié (DR)		141-148	8
IGS 2		149-151	3
Confirmation du codage du RSS (cf. note)		152-152	1
Type de machine en radiothérapie		153-153	1
Type de dosimétrie		154-154	1
Zone réservée		155-165	11
DAS n° 1		166-173	8
.....			* 8

DAS n° nDAS		8
DAD n° 1		8
.....		* 8
DAD n° nDAD		8
	Date de réalisation	8
	Code CCAM	7
	Phase	1
	Activité	1
	Extension documentaire	1
	Modificateurs	4
	Remboursement exceptionnel	1
	Association non prévue	1
	Nombre d'exécutions de l'acte n° 1 pendant le séjour	
Zone d'acte n° 1		
.....		*26
	Date de réalisation	8
	Code CCAM	7
	Phase	1
	Activité	1
	Extension documentaire	1
	Modificateurs	4
	Remboursement exceptionnel	1
	Association non prévue	1
	Nombre d'exécutions de l'acte n° nZA pendant le séjour	
Zone d'acte n° nZa		

Dans ce format de RSS groupé 114, la zone N° de version du format de RSS doit être renseignée à la valeur 114 et la zone version du format du RUM doit être renseignée à la valeur 014.

Confirmation du codage du RSS : Dans certains GHM, lorsque la durée du séjour est courte, le contenu du RSS doit être modifié ou confirmé. Cette zone permet de le confirmer. La confirmation doit être faite dans le dernier RUM

Format ANO-HOSP 2008 (FMT3)

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
Signature de version	8	1	8	
Clé d'intégrité	8	9	16	
Code retour contrôle « n° immatriculation assuré »	1	17	17	
Code retour contrôle « date de naissance »	1	18	18	
Code retour contrôle « sexe »	1	19	19	
Code retour contrôle « n° d'identification administratif de séjour »	1	20	20	
N° anonyme	17	21	37	
N° d'identification administratif de séjour	20	38	57	
Code retour contrôle « code grand régime »	1	58	58	
Code retour contrôle « code justification d'exonération du ticket modérateur »	1	59	59	
Code retour contrôle « code de prise en charge du forfait journalier »	1	60	60	
Code retour contrôle « nature d'assurance »	1	61	61	
Code retour contrôle « type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire »	1	62	62	
Code retour contrôle « séjour facturable à l'assurance maladie »	1	63	63	
Code retour contrôle « facturation du 18 euro »	1	64	64	
Code retour contrôle « nombre de venues de la facture »	1	65	65	
Code retour contrôle « montant à facturer au titre du ticket modérateur »	1	66	66	
Code retour contrôle « montant à facturer au titre du forfait journalier »	1	67	67	
Code retour contrôle « montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes) »	1	68	68	
Code retour contrôle « montant lié à la majoration au parcours de soin »	1	69	69	
Code retour contrôle « montant base remboursement »	1	70	70	
Code retour contrôle « taux de remboursement »	1	71	71	
Code grand régime	2	72	73	
Code justification d'exonération du ticket modérateur	1	74	74	
Code de prise en charge du forfait journalier	1	75	75	
Nature d'assurance	2	76	77	
Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire	2	78	79	
Séjour facturable à l'assurance maladie	1	80	80	
Facturation du 18 euro	1	81	81	
Nombre de venues de la facture	3	82	84	
Montant à facturer au titre du ticket modérateur	10	85	94	
Montant à facturer au titre du forfait journalier	10	95	104	
Montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes)	10	105	114	
Montant lié à la majoration au parcours de soins	4	115	118	
Montant base remboursement	10	119	128	
Taux de remboursement	5	129	133	

Format ANO-HOSP 2009 (FMT4)

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
Signature de version	8	1	8	
Clé d'intégrité	8	9	16	
Code retour contrôle « n° immatriculation assuré »	1	17	17	
Code retour contrôle « date de naissance »	1	18	18	
Code retour contrôle « sexe »	1	19	19	
Code retour contrôle « n° d'identification administratif de séjour »	1	20	20	
N° anonyme	17	21	37	
N° d'identification administratif de séjour	20	38	57	
Code retour contrôle « code grand régime »	1	58	58	
Code retour contrôle « code justification d'exonération du ticket modérateur »	1	59	59	
Code retour contrôle « code de prise en charge du forfait journalier »	1	60	60	
Code retour contrôle « nature d'assurance »	1	61	61	
Code retour contrôle « type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire »	1	62	62	
Code retour contrôle « séjour facturable à l'assurance maladie »	1	63	63	
Code retour contrôle « motif de la non facturation à l'assurance maladie »	1	64	64	
Code retour contrôle « facturation du 18 euro »	1	65	65	
Code retour contrôle « nombre de venues de la facture »	1	66	66	
Code retour contrôle « montant à facturer au titre du ticket modérateur »	1	67	67	
Code retour contrôle « montant à facturer au titre du forfait journalier »	1	68	68	
Code retour contrôle « montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes) »	1	69	69	
Code retour contrôle « montant lié à la majoration au parcours de soin »	1	70	70	
Code retour contrôle « montant base remboursement »	1	71	71	
Code retour contrôle « taux de remboursement »	1	72	72	
Code grand régime	2	73	74	
Code justification d'exonération du ticket modérateur	1	75	75	
Code de prise en charge du forfait journalier	1	76	76	
Nature d'assurance	2	77	78	
Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire	2	79	80	
Séjour facturable à l'assurance maladie	1	81	81	
Motif de la non facturation à l'assurance maladie	1	82	82	
Facturation du 18 euro	1	83	83	
Nombre de venues de la facture	3	84	86	
Montant à facturer au titre du ticket modérateur	10	87	96	
Montant à facturer au titre du forfait journalier	10	97	106	
Montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes)	10	107	116	
Montant lié à la majoration au parcours de soins	4	117	120	
Montant base remboursement	10	121	130	
Taux de remboursement	5	131	135	

Détail des codes retour

« N° immatriculation assuré »

- 0 : RAS
- 1 : format incorrect
- 2 : utilisation de la valeur manquante (13 fois le caractère « X »)
- 3 : n° non conforme suite au contrôle de la clé

« Date de naissance »

- 0 : RAS
- 1 : format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA) ou incohérente (exemple : 35032008)
- 2 : utilisation de la valeur manquante (8 fois le caractère « X »)

« Sexe »

- 0 : RAS
- 1 : Valeur non autorisée (1 : Masculin, 2 : Féminin)
- 2 : utilisation de la valeur manquante (« X »)

« N° d'identification administratif de séjour »

0 : RAS

1 : Non renseigné (20 caractères espace)

« Code grand régime »

0 : RAS

1 : Code non autorisé (cf. codes de l'annexe 2 du cahier des charges norme B2 juin 2005 ou « XX » lorsque l'on ne dispose pas de l'information)

« Code justification d'exonération du ticket modérateur »

0 : RAS

1 : Code non autorisé (cf. codes de l'annexe 9 du cahier des charges norme B2 juin 2005 ou « X » lorsque l'on ne dispose pas de l'information)

« Code de prise en charge du forfait journalier »

0 : RAS

1 : Code non autorisé (cf. codes de l'annexe 16 du cahier des charges norme B2 juin 2005 ou « X » lorsque l'on ne dispose pas de l'information)

« Nature d'assurance »

0 : RAS

1 : Code non autorisé (cf. tableau ci-dessous)

Code	Libellé
XX	Pas d'information
10	Maladie
13	Maladie régime local Alsace-Moselle
30	Maternité
41	Accident du travail
90	Prévention maladie

« Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire »

0 : RAS

1 : Code non autorisé (cf. tableau ci-dessous)

Code	Libellé
2 espaces	Pas d'information
85	Sortants du dispositif CMUC (géré par un organisme obligatoire)
87	Sortants du dispositif CMUC (géré par un organisme complémentaire)
88	Aide à la mutualisation (panier de bien = panier CMUC)
89	Bénéficiaire de la CMU complémentaire (en cours), quel que soit le gestionnaire

« Séjour facturable à l'assurance maladie »

0 : RAS

1 : Code non autorisé (cf. tableau ci-dessous)

Code	Libellé
0	Non
1	Oui
2	En attente de décision sur le taux de prise en charge du patient
3	En attente de décision sur les droits du patient

« Facturation du 18 euro »

0 : RAS

1 : Valeur non autorisée (0 : Non, 1 : Oui)

« Nombre de venues de la facture »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« **Montant à facturer au titre du ticket modérateur** »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« **Montant à facturer au titre du forfait journalier** »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« **Montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie** »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« **Montant lié à la majoration au parcours de soin** »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« **Montant base remboursement** »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« **Taux de remboursement** »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

Note :

Le cahier des charges « norme B2 juin 2005 » peut être téléchargé sur le site www.ameli.fr dans la section « Documentation technique ».

Détail des codes retour spécifiques à FMT4

« **Motif de la non facturation à l'assurance maladie** »

0 : RAS

1 : Code non autorisé (cf. tableau ci-dessous)

Cette variable permet de préciser la variable « Séjour facturable à l'assurance maladie » lorsqu'elle vaut 0 (séjour non facturable à l'assurance maladie). Elle doit être renseignée avec le caractère « espace » lorsque « Séjour facturable à l'assurance maladie » est différent de 0. Sinon, les valeurs autorisées sont listées dans le tableau ci-dessous :

Code	Libellé
1	Patient en AME
2	Patient sous convention internationale
3	Patient payant
4	Patient pris en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents (article L. 254-1 du CASF)
9	Autres situations

Format 2008 d'importation du fichier d'information des UM (utilisé par GENRSA)

Libellé	Taille	Position début	Position fin	Remarques
N° de l'unité médicale	4	1	4	Notation identique à celle du fichier RSS
N° FINESS Géographique	9	5	13	9 blancs si non renseigné
Type d'autorisation	2	14	15	Cf (*)
Date d'effet de l'autorisation	8	16	23	Format de date jjmmaaaa
Nombre de lits	3	24	26	3 caractères « espace » si pas d'autorisation, sinon au format « 000 » (par exemple pour un chiffre 2, écrire « 002 »)

(*) Codage Type d'autorisation de l'unité médicale

- 01 : Réanimation
- 02 : Soins Intensifs
- 03 : Surveillance Continue
- 04 : Néonatalogie sans soins intensifs (type 2A)
- 05 : Néonatalogie avec soins intensifs (type 2B)
- 06 : Néonatalogie et réanimation périnatale (type 3)
- 07 : Zone de surveillance de courte durée
- 08 : Soins Palliatifs
- 11 : Anesthésie ou chirurgie ambulatoire
- 12 : Hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit
- 13 : Réanimation pédiatrique
- 14 : Surveillance continue pédiatrique
- 15 : Clinique ouverte
- 16 : Unité d'hématologie équipée d'un système de traitement de l'air
- 17 : Unité neurovasculaire hors soins intensifs
- 18 : Soins intensifs en unité neurovasculaire
- 19 : Unité d'addictologie pour sevrage alcoolique complexe
- 21 : Centre d'hémodialyse
- 22 : Centre d'hémodialyse pour enfant
- 23 : Unité d'hémodialyse médicalisée
- 24 : Unité de court séjour gériatrique hors hospitalisation de jour
- 25 : Hospitalisation de jour gériatrique
- 2 caractères « espace » : Pas d'autorisation

Format 2008 du fichier HOSP-PMSI

Libelle	Taille	Position	Remarques
N° de RSS	20	1-20	Obligatoire
N° administratif du séjour	20	21-40	Obligatoire : doit être strictement identique à celui de VID-HOSP

Formats des fichiers complémentaires

Format générique pour tous les types de prestations recueillis par FICHCOMP

Libellé	Début	Fin	Taille
N° FINESS	1	9	9
Type de prestation	10	11	2
N° Identifiant de séjour	12	31	20
N° de RUM	32	41	10
Date de début	42	49	8
Date de fin	50	57	8
Code	58	72	15
Nombre	73	82	10
Montant payé	83	92	10

Particularités de codage en fonction du type de prestation (NA : Non Appliqué. Cette information n'est pas utilisée)

	Médicaments (UCD)	DMI (LPP)	Prélèvements d'organes	Prestations inter établissements	Dialyse Péritonéale	Enquêtes
Type de prestation	01	02	03	04	05	99
N° Identifiant de séjour	N° Administratif local de séjour	N° Administratif local de séjour	N° Administratif local de séjour	N° Administratif local de séjour	N° Administratif local de séjour	N° RSS
N° de RUM	NA	NA	NA	NA	NA	N° RUM
Date de début	Date d'administration	Date de pose	Date de réalisation du prélèvement d'organe	Date de début de la prestation	Date de début de séjour	NA
Date de fin	NA	NA	NA	Date de fin de la prestation	Date de fin de séjour	NA
Code	Code UCD	Code LPP	PO4-P05-P06-P07-P08-P09	Prestation REA, SRA, SSC, SRC, STF, NN1, NN2, NN3	D15-D16	Code CIM 10
Nombre	Nombre administré éventuellement fractionnaire (7+3)	Nombre posé (10+0)	Egal à 1	Nombre de suppléments payés (10+0)	Nombre de semaines	NA
Montant	Prix d'achat multiplié par le nombre administré (7+3)	Prix d'achat par le nombre posé (7+3)	NA	NA	NA	NA

Format des fichiers des indicateurs SIIPS et variables complémentaires

Ces fichiers sont à importer uniquement par les établissements participant à l'étude sur la charge en soins.

Chaque fichier SIIPS est au format « csv ». Les champs de chaque enregistrement (ou ligne) SIIPS sont séparés par des « point virgule ».

Champ à fournir	Spécificité du champ
FINESS	n° FINESS de l'établissement (9 caractères)
Unité de Soins	Code interne de l'unité de soins dans l'établissement
Identifiant séjour PMSI	n° de RSS
Identifiant séjour dans l'établissement	n° administratif local de séjour dans l'établissement
Date d'entrée dans l'unité de soins	JJ/MM/AAAA
Date de sortie de l'unité de soins	JJ/MM/AAAA
Charge totale en soins de base	coefficient SiiPS sur les soins de base (nombre entier)
Charge totale en soins technique	coefficient SiiPS sur les soins techniques (nombre entier)
Charge totale en soins éducatifs et relationnels	coefficient SiiPS sur les soins éducatifs et relationnels (nombre entier)
Incapacité à effectuer ses soins d'hygiène	Niveau de sévérité de 0 à 3 : 0 pas de problème, 1 limité, 2 modéré, 3 majeur
Atteinte à l'intégrité de la peau	idem
Altération de l'élimination urinaire et/ou fécale	idem
Altération de la mobilité physique	idem
Incapacité partielle ou totale à s'alimenter	idem
Isolement social	idem
Altération des opérations de la pensée	idem
Perte d'espoir	idem
Anxiété/Peur	idem
Manque de connaissances	idem
Complications post-opératoires	idem
Douleur	idem

Exemple de fichier SIIPS:

```
012345678;USIC;123456;000A125;01/05/2009;25/05/2009;54;226;240;1;2;3;2;1;2;3;1;2;3;1;3
012345678;USIC;B654231;012386;10/05/2009;15/05/2009;50;20;50;2;2;2;2;1;2;3;1;2;1;2;1
012345678;USIC;00541364;2B369;12/05/2009;22/05/2009;10;58;170;3;1;3;3;2;3;2;1;2;3;1;1
```

Remarque :

Pour les établissements qui ne recueillent pas les variables explicatives (recueil de niveau 1 seulement), les dernières colonnes du fichier seront donc une succession de 12 « ; », sans caractère blanc entre les points-virgules.

Format du fichier de correspondance enquête PMSI (Enquête sur le dénombrement des actes)

Le fichier de correspondance doit être au format « csv ». Les champs de chaque enregistrement (ou ligne) sont séparés par des « point virgule ».

Champ à fournir	Spécificité du champ
Identifiant séjour dans l'établissement	n° administratif local de séjour dans l'établissement
Identifiant séjour PMSI	n° de RSS
Identifiant séjour dans l'enquête	n° séquentiel d'enquête

Exemple de fichier de correspondance enquête/PMSI :

```
000A125;123456;52  
012386; B654231;53  
2B369; 00541364;54
```

Remarque :

Ce fichier n'est pas à importer pour les établissements qui ne se seront pas investis sur le recueil complémentaire du nombre d'acte de soins par séjour SIIPS.

Format de RSA groupé en CCAM (216)

Format de RSA applicable à compter du 1er janvier 2009				
Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
Numéro FINESS	9	1	9	
Numéro de version du format du RSA	3	10	12	216
N° d'index du RSA	10	13	22	
Numéro de version du format du "RSS-groupé"	3	23	25	
Numéro séquentiel de tarifs	3	26	28	
Groupage lu :Version de la classification	2	29	30	
Groupage lu : GHM	CMD	2	31	32
	Type	1	33	33
	Numéro	2	34	35
	Complexité	1	36	36
Groupage lu : code-retour	3	37	39	
Groupage GENRSA :Version de la classification	2	40	41	
Groupage GENRSA : GHM	CMD	2	42	43
	Type	1	44	44
	Numéro	2	45	46
	Complexité	1	47	47
Groupage GENRSA : code-retour	3	48	50	
Nombre de RUM composant le RSS d'origine (NbRUM)	2	51	52	
Age en années	3	53	55	
Age en jours	3	56	58	
Sexe	1	59	59	
Mode d'entrée dans le champ du PMSI-MCO	1	60	60	
Provenance	1	61	61	
Mois de sortie	2	62	63	
Année de sortie	4	64	67	
Mode de sortie du champ PMSI-MCO	1	68	68	
Destination	1	69	69	
Type de séjour	1	70	70	
Durée totale du séjour dans le champ du PMSI (vide si séances)	4	71	74	
Code géographique de résidence	5	75	79	
Poids d'entrée (en grammes)	4	80	83	
Age gestationnel	2	84	85	
Nombre de séances	2	86	87	
IGS 2	3	88	90	
Numéro de GHS (du GHM GENRSA)	4	91	94	
Nombre de journées au-delà de la borne extrême haute	4	95	98	
Type de séjour inférieur à la borne extrême basse	1	99	99	
Nb journées EXB	3	100	102	2+1
Forfait dialyse	4	103	106	
Top UHCD	1	107	107	
Confirmation du codage du séjour	1	108	108	
Nombre de suppléments pour hémodialyse hors séances	3	109	111	
Nombre de suppléments pour les entraînements à la dialyse péritonéale automatisée hors séances	3	112	114	
Nombre de suppléments pour les entraînements à la dialyse péritonéale continue ambulatoire hors séances	3	115	117	
Nombre de suppléments pour les entraînements à l'hémodialyse hors séances	3	118	120	
Nombre d'actes menant dans le GHS 9610	3	121	123	9610

Nombre d'actes menant dans le GHS 9611	3	124	126	9611
Nombre d'actes menant dans le GHS 9612	3	127	129	9612
Nombre d'actes menant dans le GHS 9619	3	130	132	9619
Nombre d'actes menant dans le GHS 9620	3	133	135	9620
Nombre d'actes menant dans le GHS 6523	3	136	138	6523(gammaknife)
Nombre d'actes menant dans le GHS 9621	3	139	141	9621(cyberknife)
Nombre d'actes menant dans le GHS 9615	3	142	144	9615(aphérèse sanguine)
Filler	2	145	146	Nb séances avant SROS (M1 et M2)
	3	147	149	Nombre de suppléments pour SRA (réanimation)
	3	150	152	Nombre de suppléments pour SSC (surveillance continue)
	15	153	167	
Nombre de suppléments caisson hyperbare	3	168	170	
Type de prestation de prélèvement d'organe	1	171	171	1, 2 ou 3
Nombre de suppléments pour REA (réanimation)	3	172	174	
Nombre de suppléments soins intensifs provenant de la réanimation	3	175	177	
Nombre de suppléments pour STF (soins intensifs)	3	178	180	
Nombre de suppléments pour SRC (surveillance continue)	3	181	183	
Nombre de suppléments NN1	3	184	186	
Nombre de suppléments NN2	3	187	189	
Nombre de suppléments NN3	3	190	192	
Nombre de suppléments REP (réanimation pédiatrique)	3	193	195	
Passage dans un lit dédié de soins palliatifs	1	196	196	
Type de machine en radiothérapie	1	197	197	
Type de dosimétrie	1	198	198	
N° séquentiel du RUM ayant fourni le DP	2	199	200	
Diagnostic principal (DP)	6	201	206	
Diagnostic relié (DR)	6	207	212	
Nombre de diagnostics associés significatifs (nDAS) dans ce RSA	2	213	214	
Nombre de zones d'actes (nA) dans ce RSA	5	215	219	
Zone d'UM n°1	Type d'UM	2		
	Durée séjour partielle	3		
	Valorisation réa	1		1=O/2=N
	Indicateur de SRC	1		1=O/2=N
	Valorisation partielle	1		1, 2, 3 ou 4
	DP	6		
DR	6			
...				
Zone d'UM n°NbRUM	Type d'UM	2		
	Durée séjour partielle	3		
	Valorisation réa	1		1=O/2=N
	Indicateur de SRC	1		1=O/2=N
	Valorisation partielle	1		1, 2, 3 ou 4
	DP	6		
DR	6			
DAS n° 1	6			
.....				
DAS n° nDAS	6			
Zone d'acte n° 1	N° séquentiel du RUM	2		N° séquentiel du RUM d'où provient l'acte
	Délai depuis la date d'entrée	3		
	Code CCAM	7		

	Phase	1			
	Activité	1			
	Extension documentaire	1			
	Modificateurs	4			
	Remboursement exceptionnel	1			
	Association non prévue	1			
	Nombre de réalisations de l'acte n° 1 pendant le séjour	2			
...					
Zone d'acte n° nZA	N° séquentiel du RUM	2		-	N° séquentiel du RUM d'où provient l'acte
	Délai depuis la date d'entrée	3		-	
	Code CCAM	7		-	
	Phase	1			
	Activité	1			
	Extension documentaire	1			
	Modificateurs	4			
	Remboursement exceptionnel	1			
	Association non prévue	1			
	Nombre de réalisations de l'acte n° 1 pendant le séjour	2			

Fichier de chaînage (ANO)

Avec renseignement des variables de suppression de taux de conversion :

Format avant intégration dans e-PMSI

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
N° FINESS	9	1	9	
N° format	3	10	12	
N° format VID-HOSP	3	13	15	
Mois de sortie	2	16	17	
Année de sortie	4	18	21	
Code retour contrôle « n° sécurité sociale »	1	22	22	
Code retour contrôle « date de naissance »	1	23	23	
Code retour contrôle « sexe »	1	24	24	
Code retour contrôle « n° d'identification administratif de séjour »	1	25	25	
Code retour « fusion ANO-HOSP et HOSP-PMSI »	1	26	26	
Code retour « fusion ANO-PMSI et fichier PMSI »	1	27	27	
Code retour contrôle « date de référence » (date d'entrée)	1	28	28	
N° anonyme	17	29	45	
N° de séjour	5	46	50	
N° séquentiel dans fichier PMSI	10	51	60	
Date d'entrée	8	61	68	(*)
Date de sortie	8	69	76	(*)
Code retour contrôle « code grand régime »	1	77	77	
Code retour contrôle « code justification d'exonération du ticket modérateur »	1	78	78	
Code retour contrôle « code de prise en charge du forfait journalier »	1	79	79	
Code retour contrôle « nature d'assurance »	1	80	80	
Code retour contrôle « type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire »	1	81	81	
Code retour contrôle « séjour facturable à l'assurance maladie »	1	82	82	
Code retour contrôle « motif de la non facturation à l'assurance maladie »	1	83	83	
Code retour contrôle « facturation du 18 euro »	1	84	84	
Code retour contrôle « nombre de venues de la facture »	1	85	85	
Code retour contrôle « montant à facturer au titre du ticket modérateur »	1	86	86	
Code retour contrôle « montant à facturer au titre du forfait journalier »	1	87	87	
Code retour contrôle « montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes) »	1	88	88	
Code retour contrôle « montant lié à la majoration au parcours de soin »	1	89	89	
Code retour contrôle « montant base remboursement »	1	90	90	
Code retour contrôle « taux de remboursement »	1	91	91	
Code grand régime	2	92	93	Type 2 CP positions 49-50
Code justification d'exonération du ticket modérateur	1	94	94	cf. annexe 9 du cahier des charges normes B2 {0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, C, X}
Code de prise en charge du forfait journalier	1	95	95	cf. annexe 16 du cahier des charges normes B2
Nature d'assurance	2	96	97	{10, 13, 30, 41, 90, XX} cf. normes B2
				10 : Maladie
				13 : Maladie régime local (Alsace – Moselle)

				30 : Maternité
				41 : Accident du travail
				90 : Prévention maladie
Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire	2	98	99	
Séjour facturable à l'assurance maladie	1	100	100	0 : non
				1 : oui
				2 : en attente de décision sur le taux de prise en charge du patient
				3 : en attente de décision sur les droits du patient
Motif de la non facturation à l'assurance maladie	1	101	101	
Facturation du 18 euro	1	102	102	0 : non / 1 : oui
Nombre de venues de la facture	3	103	105	
Montant à facturer au titre du ticket modérateur	10	106	115	8+2 : montant en centimes d'euro
Montant à facturer au titre du forfait journalier	10	116	125	8+2 : montant en centimes d'euro
Montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes)	10	126	135	8+2 : montant en centimes d'euro
Montant lié à la majoration au parcours de soins	4	136	139	2+2 : montant en centimes d'euro
Montant base remboursement	10	140	149	8+2 : montant en centimes d'euro
Taux de remboursement	5	150	154	3+2

(*) seule la CNAMTS est destinataire de ces informations

Le N° de séjour est un numéro permettant de séquencer les différentes hospitalisations du patient.

Le code retour du chaînage, permet de suivre le processus (MAGIC – « fusion ANO-HOSP et HOSP-PMSI »– « fusion ANO-PMSI et fichier PMSI »).

Détail des codes retour :

« n° de sécurité sociale »

cf. format ANO-HOSP.

« date de naissance »

cf. format ANO-HOSP.

« sexe »

cf. format ANO-HOSP.

« n° d'identification administratif de séjour »

cf. format ANO-HOSP.

« fusion ANO-HOSP et HOSP-PMSI »

0 : pas de problème à signaler

1 : présence d'une erreur A20 ou A20B

2 : présence d'une erreur C10

3 : présence d'une erreur (A20 OU A20B) ET C10

« fusion ANO-PMSI et fichier PMSI »

0 : pas de problème à signaler

1 : présence d'une erreur A10 ou A10B

« date de référence »

0 : pas de problème à signaler

- 1 : erreur dans le format de la date de référence
2 : date de référence inutilisable car trop ancienne (antérieure à 1990)

« code grand régime »

cf. format ANO-HOSP.

« code justification d'exonération du ticket modérateur »

cf. format ANO-HOSP.

« code de prise en charge du forfait journalier »

cf. format ANO-HOSP.

« Nature d'assurance »

cf. format ANO-HOSP.

« type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire »

cf. format ANO-HOSP.

« Séjour facturable à l'assurance maladie »

cf. format ANO-HOSP.

« Facturation du 18 euros »

cf. format ANO-HOSP.

« Nombre de venues »

cf. format ANO-HOSP.

« montant à facturer au titre du ticket modérateur »

cf. format ANO-HOSP.

« montant à facturer au titre du forfait journalier »

cf. format ANO-HOSP.

« montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes) »

cf. format ANO-HOSP.

« montant lié à la majoration au parcours de soin »

cf. format ANO-HOSP.

« montant base remboursement »

cf. format ANO-HOSP.

«taux de remboursement»

cf. format ANO-HOSP.

Fichiers LEG et STA

Fichier LEG

Liste d'erreurs de groupage
FINESS
Mois période
Année période
N° d'index du RSA
Nb d'erreurs Nberr
CR 1
...
CR Nberr
Fichier avec séparateur ";"

LES ERREURS DANS CE FICHIER LEG SONT DE TROIS TYPE :

- ERREUR DE GROUPEGE** : l'erreur de groupage commence par la lettre G et un nombre composé de 3 chiffres, (exemple : G002, INCOMPATIBILITE SEXE-DIAGNOSTIC PRINCIPAL)
- ERREUR DE CONTROLE** : l'erreur de contrôle commence par la lettre C et un nombre composé de 3 chiffres.
- ERREUR D'IMPLEMENTATION** : l'erreur d'implémentation est moins fréquents et il commence par la lettre I suivi par un nombre composé de 3 chiffres.

Liste détaillée des erreurs

C010 RSS MULTI-UNITÉ AVEC NUMÉRO DE RSS INCONSTANT
 C011 NUMÉRO DE RSS ABSENT
 C013 DATE DE NAISSANCE ABSENTE
 C014 DATE DE NAISSANCE NON NUMÉRIQUE
 C015 DATE DE NAISSANCE IMPROBABLE PAR RAPPORT À LA DATE D'ENTRÉE
 C016 CODE SEXE ABSENT
 C017 CODE SEXE ERRONÉ
 C019 DATE D'ENTRÉE ABSENTE
 C020 DATE D'ENTRÉE NON NUMÉRIQUE
 C021 DATE D'ENTRÉE INCOHÉRENTE
 C023 RSS MULTI-UNITÉ : CHÂINAGE DATE D'ENTRÉE - DATE DE SORTIE INCOHÉRENT
 C024 MODE D'ENTRÉE ABSENT
 C025 MODE D'ENTRÉE ERRONÉ OU PROVENANCE ERRONÉE
 C026 MODE D'ENTRÉE INCORRECT OU PROVENANCE INCORRECTE POUR COMMENCER UN RSS
 RSS MULTI-UNITÉ : MODE D'ENTRÉE INCORRECT OU PROVENANCE INCORRECTE SUR UN
 C027 RUM DE SUITE
 C028 DATE DE SORTIE ABSENTE
 C029 DATE DE SORTIE NON NUMÉRIQUE
 C030 DATE DE SORTIE INCOHÉRENTE
 C032 RUM AVEC INCOHÉRENCE DATE DE SORTIE - DATE D'ENTRÉE
 C033 MODE DE SORTIE ABSENT
 C034 MODE DE SORTIE ERRONÉ, OU DESTINATION ERRONÉE
 C035 MODE DE SORTIE INCORRECT OU DESTINATION INCORRECTE POUR CLORE UN RSS
 C036 NOMBRE DE SÉANCES NON NUMÉRIQUE
 C037 RSS MULTI-UNITÉ : PRÉSENCE DE SÉANCES SUR UN DES RUM
 C039 DATE DE NAISSANCE INCOHÉRENTE
 C040 DIAGNOSTIC PRINCIPAL ABSENT
 C041 CODE DE DIAGNOSTIC PRINCIPAL NE RESPECTANT PAS LE FORMAT DE LA CIM
 C042 CODE DE DIAGNOSTIC ASSOCIÉ NE RESPECTANT PAS LE FORMAT DE LA CIM

- C043 CODE D'ACTE NE RESPECTANT PAS LE FORMAT DE LA CCAM
- C045 RSS MULTI-UNITÉ : DATE DE NAISSANCE INCONSTANTE
- C046 RSS MULTI-UNITÉ : CODE SEXE INCONSTANT
RSS MULTI-UNITÉ : MODE DE SORTIE INCORRECT OU DESTINATION INCORRECTE POUR UN
- C049 RUM AUTRE QUE LE DERNIER
DÉLAI DE SÉJOUR INCOMPATIBLE AVEC LE PRINCIPE ADMINISTRATIF DE PRESTATION
- C050 INTERETABLISSEMENT
- C051 CODE DE DIAGNOSTIC RELIÉ NE RESPECTANT PAS LE FORMAT DE LA CIM
- C052 NOMBRE DE RÉALISATIONS D'ACTES NON NUMÉRIQUE, OU ERRONÉ
- C053 PROVENANCE ABSENTE
- C054 DESTINATION ABSENTE
- C055 NOMBRE DE DA OU DE DAD ABSENT
- C056 NOMBRE DE DA OU DE DAD NON NUMÉRIQUE
- C057 NOMBRE DE ZONES D'ACTES ABSENT
- C058 NOMBRE DE ZONES D'ACTES NON NUMÉRIQUE
- C059 FORMAT DE RUM INCONNU
- C061 NUMÉRO DE RSS NON NUMÉRIQUE
- C062 UNITÉ MÉDICALE NON RENSEIGNÉE
- C064 DATE SYSTÈME ANTÉRIEURE À LA DATE D'ENTRÉE
- C065 DATE SYSTÈME ANTÉRIEURE À LA DATE DE SORTIE
- C066 NOMBRE DE SÉANCES : VALEUR INVRAISEMBLABLE
- C067 DIAGNOSTIC PRINCIPAL : N'A JAMAIS EXISTÉ DANS LA CIM
- C068 DIAGNOSTIC PRINCIPAL : N'EXISTE PLUS DANS LA CIM
- C070 DIAGNOSTIC ASSOCIÉ : N'A JAMAIS EXISTÉ DANS LA CIM
- C071 DIAGNOSTIC ASSOCIÉ : N'EXISTE PLUS DANS LA CIM
- C073 ACTE : N'A JAMAIS EXISTÉ DANS LA CCAM
- C076 NUMÉRO FINISS DE FORMAT INCORRECT
- C077 DATE D'ENTRÉE IMPROBABLE CAR TROP ANCIENNE
- C078 DATE D'ENTREE DU RUM INCOMPATIBLE AVEC UTILISATION D'UN ACTE CCAM
- C079 DATE DE SORTIE DU RUM INCOMPATIBLE AVEC UTILISATION D'UN ACTE CCAM
- C080 CODE POSTAL NON RENSEIGNÉ
- C081 CODE POSTAL NON NUMÉRIQUE
- C082 POIDS D'ENTRÉE NON NUMÉRIQUE
- C083 ZONE RÉSERVÉE NON VIDE
- C084 DIAGNOSTIC PRINCIPAL INVRAISEMBLABLE CAR RARE
- C085 DIAGNOSTIC PRINCIPAL INVRAISEMBLABLE EN RAISON DE L'ÂGE
- C086 DIAGNOSTIC PRINCIPAL INCOMPATIBLE AVEC LE SEXE
- C087 DIAGNOSTIC PRINCIPAL IMPRECIS
- C088 CODES Z A ÉVITER EN DP CAR N'EST HABITUELLEMENT PAS UN MOTIF D'HOSPITALISATION
- C090 DIAGNOSTIC ASSOCIÉ INVRAISEMBLABLE CAR RARE
- C091 DIAGNOSTIC ASSOCIÉ INVRAISEMBLABLE EN RAISON DE L'ÂGE
- C092 DIAGNOSTIC ASSOCIÉ INCOMPATIBLE AVEC LE SEXE
- C093 DIAGNOSTIC ASSOCIÉ IMPRECIS
- C094 DIAGNOSTIC RELIÉ : N'A JAMAIS EXISTÉ DANS LA CIM
- C095 DIAGNOSTIC RELIÉ : N'EXISTE PLUS DANS LA CIM
- C096 DIAGNOSTIC RELIÉ INVRAISEMBLABLE CAR RARE
- C097 DIAGNOSTIC RELIÉ INVRAISEMBLABLE EN RAISON DE L'ÂGE
- C098 DIAGNOSTIC RELIÉ INCOMPATIBLE AVEC LE SEXE
- C099 DIAGNOSTIC RELIÉ IMPRECIS
- C100 TYPE D'AUTORISATION DE L'UNITÉ MÉDICALE NON ACCEPTE
- C101 TYPE D'AUTORISATION DE LIT DÉDIÉ NON ACCEPTE
- C102 DATE DE REALISATION DE L'ACTE CCAM INCOHÉRENTE
- C103 ACTIVITE D'UN ACTE CCAM NON RENSEIGNEE OU VALEUR ERRONEE
- C110 ACTIVITE 4 INEXISTANTE POUR L'ACTE CCAM
- C111 CODE D'ACTIVITE AUTRE QUE 4 INEXISTANT POUR UN ACTE CCAM

C112 GESTE COMPLEMENTAIRE SANS ACTE PRINCIPAL
 C113 CODE INTERDIT EN DP CAR TRES IMPRÉCIS
 CODE INTERDIT EN DP PARCE QU'IL S'AGIT D'UNE CAUSE EXTERNE DE MORBIDITÉ
 C114 (V,W,X,Y)
 CODE INTERDIT EN DP PARCE QU'IL S'AGIT D'UNE CATÉGORIE NON VIDE OU D'UN CODE
 C115 PERE INTERDIT
 C116 CODE INTERDIT EN DR CAR TRES IMPRÉCIS
 CODE INTERDIT EN DR PARCE QU'IL S'AGIT D'UNE CAUSE EXTERNE DE MORBIDITÉ
 C117 (V,W,X,Y)
 CODE INTERDIT EN DR PARCE QU'IL S'AGIT D'UNE CATÉGORIE NON VIDE OU D'UN CODE
 C118 PERE INTERDIT
 CODE INTERDIT EN DA PARCE QU'IL S'AGIT D'UNE CATÉGORIE NON VIDE OU D'UN CODE
 C119 PERE INTERDIT
 C120 CONFIRMATION DU RSS NÉCESSAIRE MAIS ABSENTE
 C121 CODE DE CONFIRMATION DU RSS INCORRECT
 C122 CODE DE TYPE DE MACHINE DE RADIOTHÉRAPIE INCORRECT
 C123 CODE DE DOSIMÉTRIE INCORRECT
 C223 CONFIRMATION DU RSS NÉCESSAIRE ET PRÉSENTE
 G002 INCOMPATIBILITE SEXE DIAGNOSTIC PRINCIPAL
 G003 DIAGNOSTIC PRINCIPAL INCOHÉRENT
 G004 TABLES ENDOMMAGÉES OU ERREUR DANS LE PARCOURS DE L'ARBRE
 DIAGNOSTIC PRINCIPAL : CODE INSUFFISAMMENT PRÉCIS POUR LA CLASSIFICATION DES
 G005 GHM
 G007 POIDS INCOMPATIBLE POUR UN NOUVEAU-NÉ
 G080 SÉJOUR AVEC ACTE OPERATOIRE MINEUR RECLASSANT DANS UN GHM MÉDICAL
 G222 SÉJOUR AVEC ACTE OPÉRATOIRE NON MINEUR RECLASSANT DANS UN GHM MÉDICAL
 I004 TABLES ENDOMMAGÉES
 I008 CORRUPTION D'UNE TABLE
 I009 TABLE INTROUVABLE
 I500 FICHER D'AUTORISATIONS DES UNITÉS MÉDICALES NON TROUVÉ
 I501 FICHER D'AUTORISATIONS DES UNITÉS MÉDICALES CORROMPU
 I502 DATE DE SORTIE DU RSS NON GÉRÉE PAR LES TABLES BINAIRES

Fichier STA

Format de fichier de signatures applicable à compter du 1er janvier 2009

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
Numéro FINESS	9	1	9	
N° d'index du RSA	10	10	19	
Signature FG	5	20	24	
Signature RSS	20	25	44	
Signature Contrôle	8	45	52	

Formats des fichiers de sortie suivi par patient supplémentaires

(*.med, *.enq, *.dmip, *.porg, *.pie, *.diap, *.ium)

Médicament (*.med)				
Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
N° FINESS	9	1	9	
Type de prestation	2	10	11	01
Année période	4	12	15	
N° période (mois)	2	16	17	
N° d'index du RSA	10	18	27	
Nombre de séjours impliqués	6	28	33	
Code UCD	9	34	42	
Nombre administré éventuellement fractionnaire	10	43	52	7+3
Prix d'achat multiplié par le nombre administré	10	53	62	7+3
Mois de la date d'administration	2	63	64	
Année de la date d'administration	4	65	68	
Délai entre la date d'entrée du séjour et la date de dispensation	4	69	72	
DMI (*.dmip)				
Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
N° FINESS	9	1	9	
Type de prestation	2	10	11	02
Année période	4	12	15	
N° période (mois)	2	16	17	
N° d'index du RSA	10	18	27	
Code LPP	9	28	36	
Nombre posé	10	37	46	
Prix d'achat multiplié par le nombre posé	10	47	56	7+3
Mois de la date de pose	2	57	58	
Année de la date de pose	4	59	62	
Délai entre la date d'entrée du séjour et la date de pose	4	63	66	
Prélèvements d'organes (*.porg)				
Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
N° FINESS	9	1	9	
Type de prestation	2	10	11	03
Année période	4	12	15	
N° période (mois)	2	16	17	
N° d'index du RSA	10	18	27	
Code PO	3	28	30	PO4, PO5, PO6, PO7, PO8, PO9
Mois de la date de réalisation du prélèvement d'organe	2	31	32	
Année de la date de réalisation du prélèvement d'organe	4	33	36	
Délai entre la date d'entrée du séjour et la date de réalisation du prélèvement d'organe	4	37	40	

Prestations interétablissements (*.pie)

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
N° FINESS	9	1	9	
Type de prestation	2	10	11	04
Année période	4	12	15	
N° période (mois)	2	16	17	
N° d'index du RSA	10	18	27	
Code Prestation	9	28	36	
Mois de la date de début de la prestation	2	37	38	
Année de la date de début de la prestation	4	39	42	
Nombre de suppléments payés	10	43	52	
Délai entre la date d'entrée du séjour et la date de début de la prestation	4	53	56	
Durée de la prestation	4	57	60	

Dialyses péritonéales (*.diap)

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
N° FINESS	9	1	9	
Type de prestation	2	10	11	05
Année période	4	12	15	
N° période (mois)	2	16	17	
N° d'index du RSA	10	18	27	
Code Prestation	3	28	30	
Nombre de semaine	10	31	40	

Enquêtes (*.eng)

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
N° FINESS	9	1	9	
Type de prestation	2	10	11	99
Année période	4	12	15	
N° période (mois)	2	16	17	
N° d'index du RSA	10	18	27	
N° séquentiel du RUM	2	28	29	
Code diagnostic (CIM-10)	6	30	35	

UM (*.ium)				
Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
N° FINESS	9	1	9	
N° de format	2	10	11	98
Année période	4	12	15	
N° période (mois)	2	16	17	
N° FINESS géographique	9	18	26	
N° UM	4	27	30	
Type d'autorisation	2	31	32	
Date de début d'effet	8	33	40	
Nombre de lits	3	41	43	

Format du fichier SIIPS, du fichier de correspondance enquête/PMSI et du fichier d'erreur de la charge en soins en sortie

Le fichier SIIPS en sortie est au format « csv ». Les champs de chaque enregistrement (ou ligne) SIIPS sont séparés par des « point virgule ». Il en va de même pour le fichier de correspondance.

A noter : GENRSA tente d'associer chaque séjour SIIPS et chaque correspondance enquête soins/PMSI par 2 moyens : soit par le N° de RSS, soit par le N° Administratif local de séjour. Le premier est prioritaire sur le second.

Indicateurs SIIPS et variables complémentaires (*.siips)

FINESS
Mois période
Année période
N° d'index du RSA
Unité de Soins
Durée du séjour dans l'unité de soins
Charge totale en soins de base
Charge totale en soins technique
Charge totale en soins éducatifs et relationnels
Incapacité à effectuer ses soins d'hygiène
Atteinte à l'intégrité de la peau
Altération de l'élimination urinaire et/ou fécale
Altération de la mobilité physique
Incapacité partielle ou totale à s'alimenter
Isolement social
Altération des opérations de la pensée
Perte d'espoir
Anxiété/Peur
Manque de connaissances
Complications post-opératoires
Douleur

Correspondance n° PMSI et n° enquête (*.enqsoin)

FINESS
Mois période
Année période
N° d'index du RSA
Identifiant séjour dans l'enquête

Erreurs détectées lors du contrôle des fichiers siips/enqsoin (*.ceserr)

FINESS
Mois période
Année période
N° d'index du RSA
Nb d'erreurs NbErr
CR n° 1
...
CR n° NbErr

CR : code erreur (voir paragraphe intitulé : « Fichiers concernant la charge en soins » au paragraphe 2.7.)

Séjours non valorisés

CONVENTIONS ET NOTATIONS

Vous trouverez, ci-dessous, les conventions et notations utilisées dans la suite de ce document :

Les variables du RSA sont préfixées par « RSA_ » :

- RSA_CMD
- RSA_GHM
- RSA_GHS
- RSA_TYPORG : Type de prélèvement d'organes
- RSA_TYPSEJ : Type de séjour (prestations inter établissement)
- RSA_DSTOT : Durée de séjour totale

Les variables du fichier de chaînage sont préfixées par « ANO_ » :

- ANO_CRET5 : Code retour « fusion ANO-HOSP et HOSP-PMSI »
- ANO_CRET6 : Code retour « fusion ANO-PMSI et fichier PMSI »
- ANO_CRET8 : Code retour contrôle « code justification d'exonération du ticket modérateur »
- ANO_CRET9 : Code retour contrôle « code de prise en charge du forfait journalier »
- ANO_CRET10 : Code retour contrôle « nature d'assurance »
- ANO_CRET11 : Code retour contrôle « séjour facturable à l'assurance maladie »
- ANO_CRET13 : Code retour contrôle « nombre de venues de la facture »
- ANO_EXOTM : Code justification d'exonération du ticket modérateur
- ANO_EXOFJ : Code de prise en charge du forfait journalier
- ANO_NATASS : Nature d'assurance
- ANO_SEJ_FACT : Séjour facturable à l'assurance maladie

Le formalise, ci-dessous, sera utilisé pour la description des règles :

REGLE N° i : *Libellé de la règle*

SELECTION

Critères de sélection

EXCLUSION

Critères d'exclusion : parmi les séjours sélectionnés, on ne comptabilise pas ceux qui remplissent les critères d'exclusion

REGLE N°1 : Séjours transmis avec problème de chaînage**SELECTION**

- ANO_CRET5 est différent de 0
- Ou ANO_CRET6 est différent de 0
- Et ANO_SEJ_FACT est différent de 2

EXCLUSION

- Les séjours de nouveaux-nés (CMD=15 ou GHS est égal à 8308,8310, 8351,8352)
- Les séjours de radiothérapie (GHM égal à 28Z08Z, 29Z09Z, 28Z11Z, 28Z12Z, 28Z13Z)
- Les séjours en erreurs (GHM égal à 90Z00Z, 90Z01Z, 90Z02Z, 90H01Z, 90Z03Z)
- Les séjours en GHS 9999
- Les séjours avec prélèvements d'organe (RSA_TYPPORG différent de 0)
- Les séjours avec mode d'entrée et mode sortie = 0 (RSA_TYPPSEJ=B)

REGLE N°2 : Séjours avec problème de codage des variables bloquantes**SELECTION**

- ANO_CRET8 différent de 0
- Ou Code exonération du ticket modérateur = 'X'
- Ou ANO_CRET9 différent de 0 et Durée de séjour différent de 0 et GHM n'est pas une séance ou un séjour de polysomnographie
- Ou Code de prise en charge du forfait journalier = 'X' et durée de séjour différent de 0 et GHM n'est pas une séance ou un séjour de polysomnographie
- Ou ANO_CRET10 différent de 0
- Ou ANO_CRET11 différent de 0
- Ou ANO_CRET13 différent de 0
- Ou Nature d'assurance ='XX'
- Et séjours sans problème de chaînage
- Et ANO_SEJ_FACT est différent de 0, 2, 3

EXCLUSION

Idem règle 1

REGLE N°3 : Séjours non pris en charge par l'assurance maladie**SELECTION**

- Séjour facturable à l'assurance maladie est égal à 0 ou 3
- Et séjours sans problème de chaînage

EXCLUSION

- Idem règle 1 si ANO_SEJ_FACT=3
- Si ANO_SEJ_FACT=0 :
Les séjours en erreurs (GHM égal à 90Z00Z, 90Z01Z, 90Z02Z, 90H01Z, 90Z03Z)
Les séjours avec mode d'entrée et mode sortie = 0 (RSA_TYPPSEJ=B)
Les séjours en GHS 9999

REGLE N°4 : Séjours non valorisés au taux de remboursement indiqué

SELECTION

- Taux de remboursement indiqué (dans fichier VID-HOSP) différent de 0,80,90,ou 100.
- Et séjours sans problème de chaînage

EXCLUSION

- Idem règle 1
- Les mois de sortie <3 (janvier ou février)

Problèmes connus

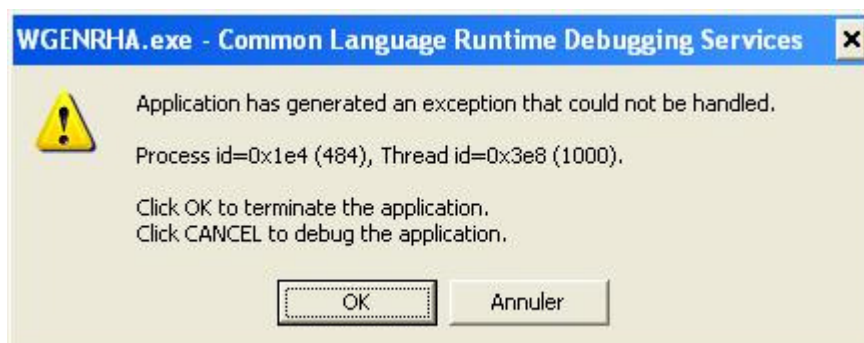
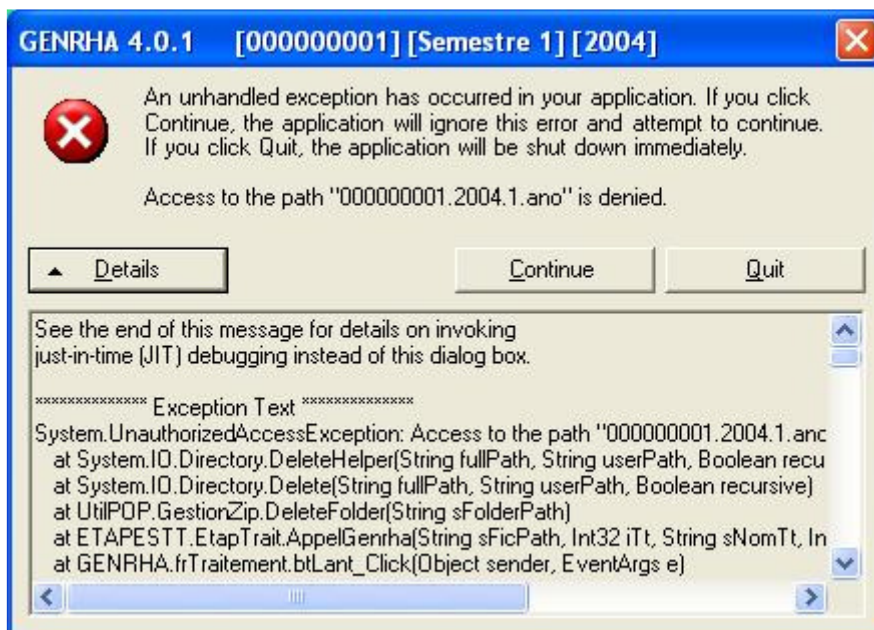
Les deux premiers sont les mêmes que ceux observés avec le logiciel d'anonymisation en soins de suite (GENRHA). Nous utiliserons ce logiciel pour illustrer les erreurs :

En utilisant les logiciels de la « Suite logicielle POP-T2A » avec un compte différent de celui d'« Administrateur de la machine locale », certaines erreurs peuvent apparaître :

« An unhandled exception has occurred in your application »

Droits insuffisants sur les dossiers d'installation

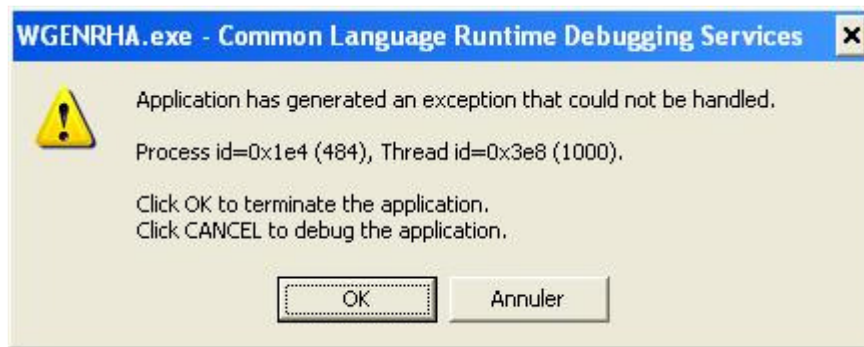
Sous les systèmes d'exploitation XP, 2000 et NT4 :



Lorsque vous obtenez l'un des messages d'erreurs précédents, vérifiez que les utilisateurs possèdent les droits suffisants pour l'utilisation du logiciel GENRSA :

- droits [contrôle total] pour le dossier d'installation de GENRSA (demander ces informations au service informatique de votre établissement).

« Application has generated an exception that could not be handled »



i) Problème d'enregistrement dans la base de registre

Sous tous les systèmes d'exploitation :

Le message d'erreur précédent peut indiquer un problème d'enregistrement des bibliothèques suivantes dans la base de registre: « xceedzip.dll » et « sortolx.ocx »

Pour résoudre le problème, il faut procéder ainsi :

- les utilisateurs sous les systèmes d'exploitation XP, 2000 et NT4 doivent se connecter sous un compte « Administrateur de la machine locale » (demander ces informations au service informatique de votre établissement).
- pour enregistrer « xceedzip.dll » : dans le menu {démarrer| Exécuter}, tapez la commande suivante : `regsvr32 c:\windows\system32\xceedzip.dll`, cliquez sur le bouton [OK] et vérifiez si l'enregistrement s'est bien effectué.
- pour enregistrer « sortolx.ocx » : dans le menu {démarrer| Exécuter}, tapez la commande suivante : `regsvr32 c:\windows\system32\sortolx.ocx`, cliquez sur le bouton [OK] et vérifiez si l'enregistrement s'est bien effectué.

Remarque :

Dans la commande, « windows » est remplacé par « winnt » si votre système d'exploitation est un Windows 2000 ou NT et « system32 » peut-être remplacé par « system » si votre système d'exploitation est un Windows 98 ou Millenium.

ii) Problème d'environnement de la machine

Principalement sous le système d'exploitation XP:

Si les manipulations précédentes ne résolvent pas le problème, il s'agit peut-être d'un problème d'environnement que l'application ne reconnaît pas.

Pour résoudre le problème, il faut procéder ainsi :

- les utilisateurs sous les systèmes d'exploitation XP, 2000 et NT4 doivent se connecter sous un compte « Administrateur de la machine locale » (demander ces informations au service informatique de votre établissement)
- Aller ensuite dans le menu {démarrer, Panneau de configuration, Ajout/Suppression de programmes}
- Désinstaller le composant « Microsoft .NET Framework 1.1 »
- Mettre le cédérom « Suite logicielle POP-T2A » d'avril 2004 dans le lecteur de cédérom
- Aller au niveau de « [Lecteur CD]:\install\agraf » et double-cliquez sur le fichier *1036dotnetfx.exe*. Celui-ci s'exécutera, il vous faudra alors accepter la licence et suivre les indications par défaut.
- Redémarrer votre ordinateur.

« Signature de l'application incorrecte, veuillez réeffectuer la mise à jour »

Désormais, les applications gèrent leur version, cela évite que les établissements bloquent lors de la transmission sur la plate-forme e-PMSI. Ce message s'affiche si la mise à jour s'est mal appliquée (un ou plusieurs fichiers ne sont pas modifiés). Fermez alors l'application et réappliquez la mise à jour.

« Le fichier ne peut être importé dans la base de données, le traitement ne peut s'effectuer »

Principalement sous le système d'exploitation Windows 2000, NT4, 98:

Pour résoudre le problème, il vous faut télécharger et installer les composants suivants : « Microsoft Data Access Components » et le moteur de base de données Microsoft Jet 4.0.

Vous pouvez trouver des versions compatibles avec l'application à l'adresse suivante sous les noms respectifs de « *mdac_typ.exe* » et « *Jet40SP7_9xNT.exe* » : http://download.atih.sante.fr/afficher.php?id_lot=81.

Pour des mises à jour plus récentes, vous pouvez les trouver sur le site de Microsoft (<http://www.microsoft.com/france/>) au niveau du menu {Ressources, Téléchargements} et en faisant un recherche sur les mots-clés « MDAC » et « moteur de base de données Microsoft Jet 4.0 ».

« Problème de CRC dans ANO-HOSP : avez-vous utilisé la bonne version de MAGIC ? »

Le fichier ANO-HOSP fourni au logiciel GENRSA n'a pas été généré par le logiciel MAGIC, le fichier ANO-HOSP a été modifié ou le fichier fourni n'est pas un fichier ANO-HOSP.