

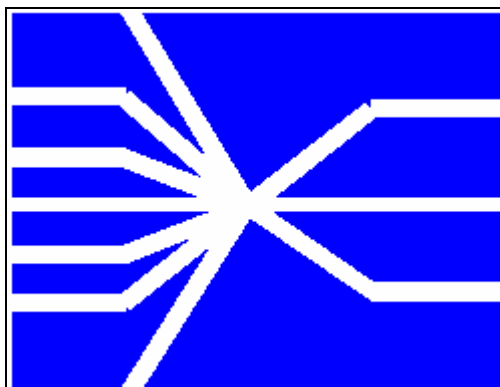


Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
SIRET n° 180 092 298 00017 – code APE : 751A

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)
. Courriel : support@atih.sante.fr



Manuel d'utilisation de GENRSA ***Version 10.5.5***



Sommaire

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1. PRESENTATION GENERALE | 4 |
| 2. FONCTIONNALITES | 5 |
| 2.1 PERIODE DE TRAITEMENT | 6 |
| 2.2 GESTION DES UNITES MEDICALES | 6 |
| <i>Mettre à jour</i> | 8 |
| <i>Ajouter</i> | 8 |
| <i>Supprimer</i> | 8 |
| <i>Analyse du fichier</i> | 8 |
| <i>Annuler</i> | 9 |
| <i>Validation</i> | 9 |
| 2.3 FICHIERS COMPLEMENTAIRES FACULTATIFS | 10 |
| 2.4 LANCEMENT | 11 |
| 2.5 MENU | 13 |
| <i>Visualisation</i> | 13 |
| <i>Aide</i> | 14 |
| 2.6 EXPORT | 14 |
| 2.7 QUITTER LE PROGRAMME | 16 |
| 2.8 SAUVEGARDE | 16 |
| 3. TRANSMISSION ET TRAITEMENT DES DONNEES SUR E-PMSI : MODE D'EMPLOI | 18 |
| 3.1 GENRSA | 19 |
| 3.2 E-POP..... | 20 |
| 3.3 E-PMSI..... | 20 |
| ANNEXES | 22 |
| CONFIGURATION MINIMALE REQUISE..... | 23 |
| SAUVEGARDE DU FICHIER DE RSS A LA SOURCE DU FICHIER DE RSAC (OU DE RSA), SECURISATION DES DONNEES ET FONCTIONNEMENT DU CONTROLE EXTERNE..... | 24 |
| FORMAT DE RSS GROUPE 113 | 26 |
| FORMAT ANO-HOSP 2008 | 28 |
| FORMAT 2008 DU FICHIER HOSP-PMSI | 32 |
| FORMATS DES FICHIERS SUPPLEMENTAIRES | 33 |
| FORMAT DE RSA GROUPE EN CCAM (215)..... | 34 |
| FORMATS DES FICHIERS DE SORTIE SUIVI PAR PATIENT SUPPLEMENTAIRES..... | 40 |
| SEJOURS NON VALORISES (REGLES NON MISES A JOUR)..... | 42 |
| PROBLÈMES CONNUS..... | 44 |
| « <i>An unhandled exception has occured in your application</i> »..... | 44 |
| « <i>Application has generated an exception that could not be handled</i> » | 45 |
| « <i>Signature de l'application incorrecte, veuillez réeffectuer la mise à jour</i> » | 46 |
| « <i>Le fichier ne peut être importé dans la base de données, le traitement ne peut s'effectuer</i> » | 46 |
| « <i>Problème de CRC dans ANO-HOSP : avez-vous utilisé la bonne version de MAGIC ?</i> »..... | 46 |

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.

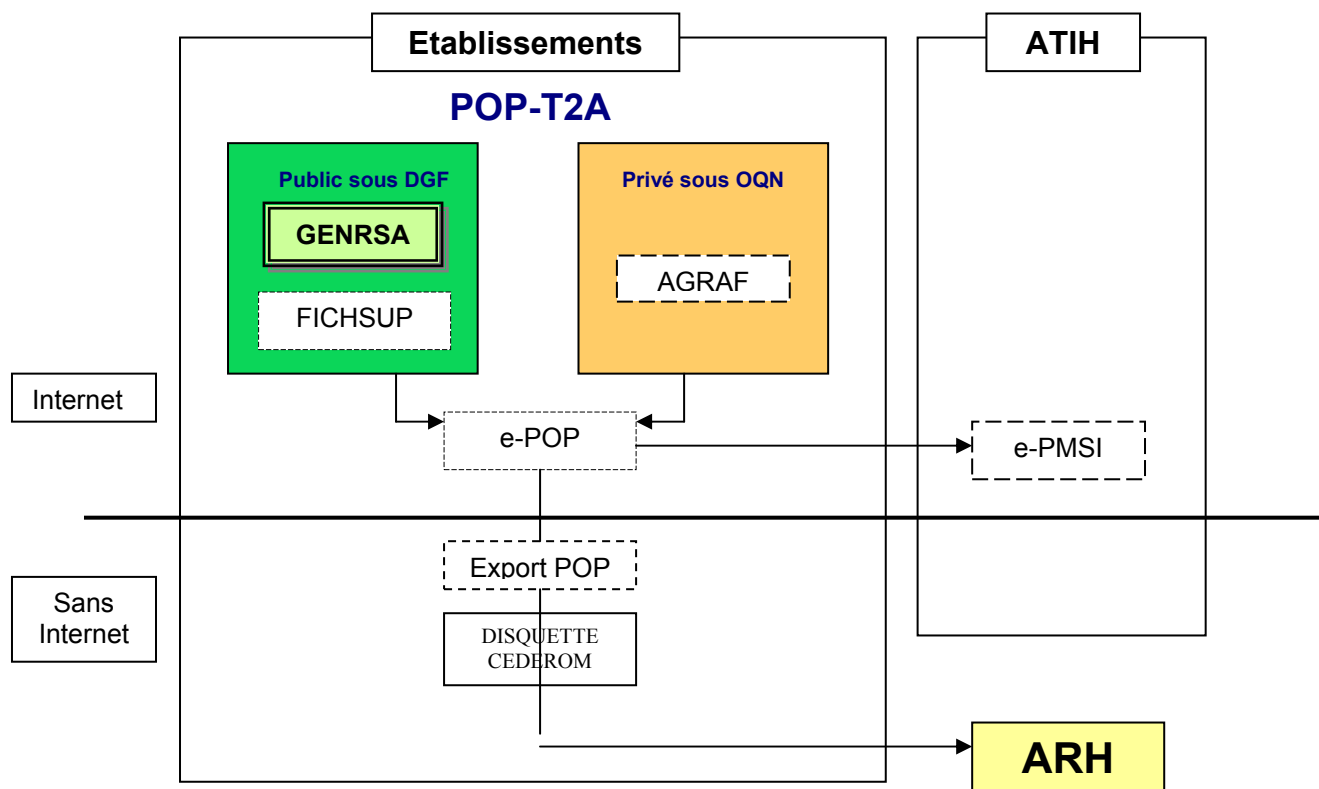
Les données d'activité concernent l'activité d'hospitalisation avec ou sans hébergement décrite par les GHS (fichiers de RSA et données d'activité relatives aux IVG), l'activité ambulatoire (actes et consultations externes) et l'activité d'urgences. En dehors de ces données PMSI (RSA), toutes les autres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

A compter d'avril 2007, les RSA seront 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)**.



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

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.

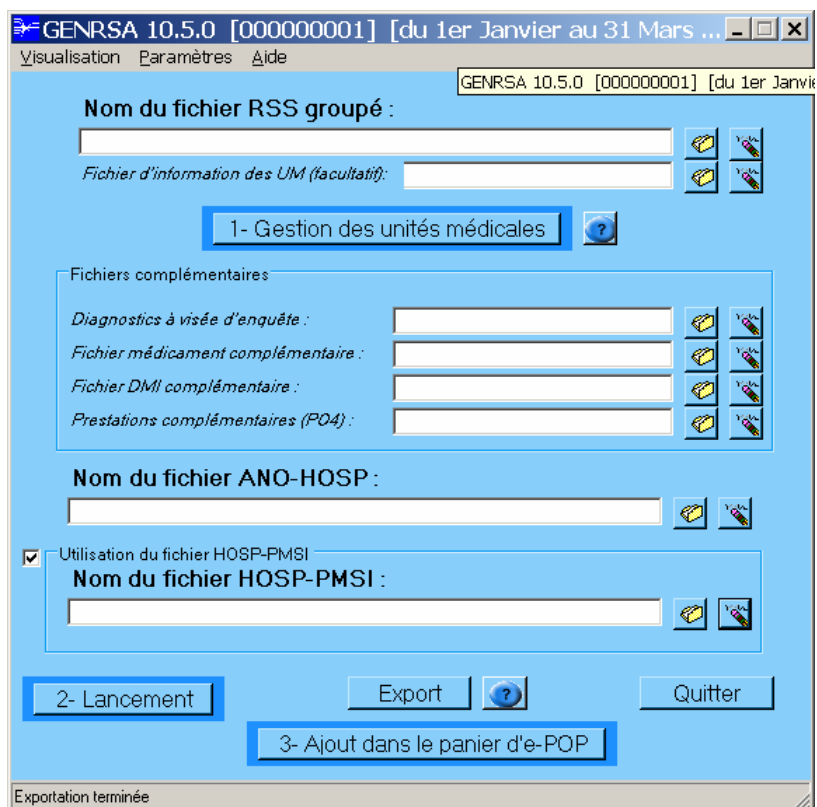
- A compter du 1er octobre 2007 : production de FICHCOMP pour tous les DMI autorisant un paiement en sus des GHS. »

Il y a deux manières de renseigner les informations sur les autorisations des UM :

- par saisie
- par importation d'un fichier

Le logiciel génère le fichier « ANO-RSA » qui devra être fourni au logiciel e-POP afin d'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 (l'affichage n'a pas changé depuis la version précédente) :



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.

- ✚ Dans cette version, on peut visualiser les deux premiers mois (M1 et M2) au niveau des paramètres, cependant, ceux-ci ne sont pas utilisables pour l'année 2007.

ATTENTION : Il est important que la période de traitement soit correcte. En effet, il n'y aura plus possibilité de modifier la période de transmission au niveau du logiciel e-POP.

2.2 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° de 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 :

Renseignements des données sur les unités médicales

Numéro de l'unité médicale :

Numéro FINESS géographique : (optionnel)

Types d'activités autorisées :

Date de début d'effet d'autorisation : (au format jjmmaaaa)

Nombre de lits autorisés :

Mettre à jour Ajouter Supprimer Analyse du fichier:

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

Annuler Validation

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.

Analyse du fichier

Affiche les informations suivantes pour chaque association « unité médicale- type d'autorisation » :

- *Nb RUM* : nombre de RUM concerné,
- *% RUM* : pourcentage que cela représente sur le nombre de RUM du fichier,

- *Nb RSS* : nombre de séjour (RSS) concerné,
- *% RSS* : pourcentage que cela représente sur le nombre de séjour (RSS) du fichier.

NOTE : Ce fichier est uniquement imprimable

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

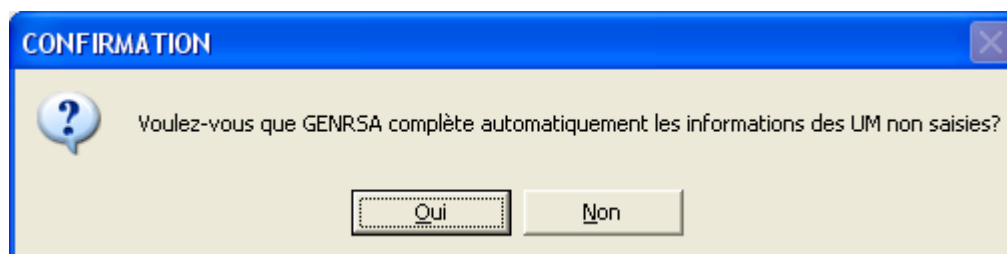
L'ensemble des données validées constituera le fichier d'information sur les autorisations d'UM. Ce fichier sera anonymisé et exporté par GENRSA.

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.







2.3 Fichiers complémentaires facultatifs

Fichiers complémentaires

Diagnostics à visée d'enquête :  

Fichier médicament complémentaire :  

Fichier DMI complémentaire :  

Prestations complémentaires (PO4) :  

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)

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 **FICHOMP** 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. »

2.4 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.

Veillez 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.

Veillez 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).

Veillez consulter également le format en annexe.

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.

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.

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.

2.5 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.

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}.

2.6 Export

IMPORTANT : Le logiciel e-POP sera unique quel que soit le champs PMSI (MCO, SSR, HAD ou PSY) ou le type d'établissement (ex-DGF ou ex-OQN) à partir du 1er trimestre 2007.

Le fichier d'export « ANO-RSA » regroupant les fichiers RSA, de chaînage et de contrôle à transmettre au logiciel e-POP se présente sous la forme d'un fichier zip dont le contenu est défini plus loin.

GENRSA propose deux possibilités d'exportation :

1^{ère} possibilité :

Le logiciel e-POP est installé sur le même ordinateur que GENRSA :

Le bouton [3 - Ajout dans le panier d'e-POP] permet de lancer l'application e-POP et de préparer automatiquement le fichier d'export pour la transmission vers la plate-forme e-PMSI. Si vous n'avez pas installé e-POP dans le répertoire par défaut, GENRSA vous demandera d'indiquer l'emplacement correct.

2^{ème} possibilité :

Le logiciel e-POP n'est pas sur le même ordinateur que GENRSA :

Le bouton [Export] permet d'exporter le fichier « ANO-RSA » qui devra être fourni au logiciel e-POP afin d'être transmis à la plate-forme e-PMSI.

ATTENTION : 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 exporté « ANO-RSA » se présente sous la forme d'un fichier ZIP et porte un nom défini comme suit :

[FINESS].[Année].[Mois].ano_rsa.zip

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

FINESS : 999999999

Période de transmission : M9

Année de transmission : 2007

Nom du fichier d'export : 999999999.2007.9.ano_rsa.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**»
 - 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 »)
- 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.

2.7 Quitter le programme

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

2.8 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

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-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 :

- Pour GENRSA : C:\Program Files\POP-T2A\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).

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 via le logiciel e-POP 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 (le seul format autorisé est 111 : 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).

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 et celui de l'anonymisation des fichiers complémentaires (s'il y a lieu) s'affichent à l'écran.

10- Cliquer ensuite sur le bouton [**3- Ajout dans le panier d'e-POP**] qui a pour effet de lancer l'application e-POP permettant la transmission des données vers la plate-forme e-PMSI. La période de transmission sur la plate-forme e-PMSI est désormais calée sur la période de traitement utilisée.

3.2 e-POP

11- Dans le logiciel e-POP, indiquer votre identifiant (« Login ») et le mot de passe correspondant à votre compte sur la plate-forme e-PMSI. Eventuellement, si votre établissement possède un serveur Proxy (serveur filtrant les accès à Internet), cocher la case correspondante et renseigner les champs nécessaires (demander ces informations au service informatique de votre établissement).

12- Appuyer sur le bouton [**Envoi e-PMSI**] pour effectuer la transmission.

13- Une fois le panier envoyé vous accédez au rapport indiquant si la transmission s'est bien déroulée : « OK » après le nom de fichier.

NOTE : pour plus d'informations concernant l'utilisation d'e-POP, veuillez vous référer au manuel d'utilisation de ce dernier.

3.3 e-PMSI

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

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

16- Exemple de traitement du premier trimestre 2005

Menu « Applications »

« MAT2A »

« MAT2A MCO DGF » ou « MAT2A MCO OQN »

« Année 2005 » « T1 : De Janvier à Mars »

17- 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 par e-POP. Il n'est plus nécessaire, à cette étape, de refaire une transmission.

18- 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.

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

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/>).

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 98
- Windows 98 SE
- 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).

Format 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.

Format ANO-HOSP 2008

| 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 | |

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 ».

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 supplémentaires

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

| | Médicaments (UCD) | DMI (LPP) | Prélèvements d'organes | Prestations inter établissements | Enquêtes |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------|
| Type de prestation | 01 | 02 | 03 | 04 | 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° RSS |
| N° de RUM | 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 | NA |
| Date de fin | NA | NA | NA | Date de fin de la prestation | NA |
| Code | Code UCD | Code LPP | PO4-P05-P06-P07-P08-P09 | Prestation REA, SRA, SSC, SRC, STF, NN1, NN2, NN3 | Code CIM 10 |
| Nombre | Nombre administré éventuellement fractionnaire (7+3) | Nombre posé (10+0) | Egal à 1 | Nombre de suppléments payés (10+0) | 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 : Non Appliqué. Cette information n'est pas utilisée

Format de RSA groupé en CCAM (215)

| Format RSA 215 applicable à compter du 1er janvier 2008 | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------|-----|--------------------------------------------|
| Libellé | Taille | Début | Fin | Remarques |
| Numéro FINESS | 9 | 1 | 9 | |
| Numéro de version du format du RSA | 3 | 10 | 12 | 215 |
| 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 | Forfait lorsque GHM dialyse ("après SROS") |
| Nombre de journées au-delà de la borne extrême haute | 4 | 95 | 98 | |
| Séjour inférieur à la borne extrême basse | 1 | 99 | 99 | |
| Forfait dialyse | 4 | 100 | 103 | GHS 9500-9503 ou D01-D05 ("avant SROS") |
| Nombre de suppléments pour hémodialyse hors séances | 3 | 104 | 106 | |
| Nombre de suppléments pour les entraînements à la dialyse péritonéale automatisée hors séances | 3 | 107 | 109 | |
| Nombre de suppléments pour les entraînements à la dialyse péritonéale continue ambulatoire hors séances | 3 | 110 | 112 | |
| Nombre de suppléments pour les entraînements à l'hémodialyse hors séances | 3 | 113 | 115 | |
| Nombre de séances avant SROS | 2 | 116 | 117 | |

| | | | | |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre d'actes menant dans le GHS 9510 | 3 | 118 | 120 | |
| Nombre d'actes menant dans le GHS 9511 | 3 | 121 | 123 | |
| Nombre d'actes menant dans le GHS 9512 | 3 | 124 | 126 | |
| Nombre d'actes menant dans le GHS 9515 | 3 | 127 | 129 | |
| Nombre d'actes menant dans le GHS 9524 | 3 | 130 | 132 | |
| Nombre de suppléments caisson hyperbare | 3 | 133 | 135 | |
| Type de prestation de prélèvement d'organe | 1 | 136 | 136 | 1, 2 ou 3 |
| Nombre de suppléments pour SRA (réanimation) | 3 | 137 | 139 | |
| Nombre de suppléments pour REA (réanimation) | 3 | 140 | 142 | |
| Nombre de suppléments soins intensifs provenant de la réanimation | 3 | 143 | 145 | |
| Nombre de suppléments pour STF (soins intensifs) | 3 | 146 | 148 | |
| Nombre de suppléments pour SSC (surveillance continue) | 3 | 149 | 151 | |
| Nombre de suppléments pour SRC (surveillance continue) | 3 | 152 | 154 | |
| Nombre de suppléments NN1 | 3 | 155 | 157 | |
| Nombre de suppléments NN2 | 3 | 158 | 160 | |
| Nombre de suppléments NN3 | 3 | 161 | 163 | |
| Nombre de suppléments REP (réanimation pédiatrique) | 3 | 164 | 166 | |
| Passage dans un lit dédié de soins palliatifs | 1 | 167 | 167 | |
| N° séquentiel du RUM ayant fourni le DP | 2 | 168 | 169 | |
| Diagnostic principal (DP) | 6 | 170 | 175 | |
| Diagnostic relié (DR) | 6 | 176 | 181 | |
| Nombre de diagnostics associés significatifs (nDAS) dans ce RSA | 2 | 182 | 183 | |
| Nombre de zones d'actes (nA) dans ce RSA | 4 | 184 | 187 | |
| Zone d'UM n°1 | Type d'UM | 2 | | Type d'autorisation de l'UM au dernier jour passé dans l'UM (date de sortie -1 si date de sortie > date d'entrée, date de sortie si date d'entrée = date sortie) |
| | Durée séjour partielle | 3 | | |
| | Valorisation réa | 1 | | 1=O/2=N |
| | Valorisation partielle | 1 | | 1=O (partielle) / 2=N (totale) (Totale : l'unité médicale est autorisée en Type d'UM pendant toute la durée du séjour dans l'UM) |
| | DP | 6 | | |
| | DR | 6 | | |
| ... | | | | |
| Zone d'UM n°NbRUM | Type d'UM | 2 | | |
| | Durée séjour partielle | 3 | | |
| | Valorisation réa | 1 | | 1=O/2=N |
| | Valorisation partielle | 1 | | 1=O (partielle) / 2=N (totale) |
| | 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 d'exécutions 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 d'exécutions de l'acte n° 1 pendant le séjour | 2 | | | |

Fichier de chaînage (ANO)

Avec renseignement des variables de suppression de taux de conversion :

| Libellé | Taille | Début | Fin | Remarques |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------|
| N° FINESS | 9 | 1 | 9 | |
| N° format | 3 | 10 | 12 | 001 |
| 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 | 4 | 46 | 49 | |
| N° séquentiel dans fichier PMSI | 10 | 50 | 59 | |
| Code retour contrôle « code grand régime » | 1 | 60 | 60 | |
| Code retour contrôle « code justification d'exonération du ticket modérateur » | 1 | 61 | 61 | |
| Code retour contrôle « code de prise en charge du forfait journalier » | 1 | 62 | 62 | |
| Code retour contrôle « nature d'assurance » | 1 | 63 | 63 | |
| Code retour contrôle « type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire » | 1 | 64 | 64 | |
| Code retour contrôle « séjour facturable à l'assurance maladie » | 1 | 65 | 65 | |
| Code retour contrôle « facturation du 18 euro » | 1 | 66 | 66 | |
| Code retour contrôle « nombre de venues de la facture » | 1 | 67 | 67 | |
| Code retour contrôle « montant à facturer au titre du ticket modérateur » | 1 | 68 | 68 | |
| Code retour contrôle « montant à facturer au titre du forfait journalier » | 1 | 69 | 69 | |
| Code retour contrôle « montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes) » | 1 | 70 | 70 | |
| Code retour contrôle « montant lié à la majoration au parcours de soin » | 1 | 71 | 71 | |
| Code retour contrôle « montant base remboursement » | 1 | 72 | 72 | |
| Code retour contrôle « taux de remboursement » | 1 | 73 | 73 | |
| Code grand régime | 2 | 74 | 75 | Type 2 CP positions 49-50 |
| Code justification d'exonération du ticket modérateur | 1 | 76 | 76 | 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 | 77 | 77 | cf. annexe 16 du cahier des charges normes B2 |

| | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|-----|----------------------------------------------------------------------|
| Nature d'assurance | 2 | 78 | 79 | {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 | 80 | 81 | |
| Séjour facturable à l'assurance maladie | 1 | 82 | 82 | 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 | 1 | 83 | 83 | 0 : non / 1 : oui |
| Nombre de venues de la facture | 3 | 84 | 86 | |
| Montant à facturer au titre du ticket modérateur | 10 | 87 | 96 | 8+2 : montant en centimes d'euro |
| Montant à facturer au titre du forfait journalier | 10 | 97 | 106 | 8+2 : montant en centimes d'euro |
| Montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes) | 10 | 107 | 116 | 8+2 : montant en centimes d'euro |
| Montant lié à la majoration au parcours de soins | 4 | 117 | 120 | 2+2 : montant en centimes d'euro |
| Montant base remboursement | 10 | 121 | 130 | 8+2 : montant en centimes d'euro |
| Taux de remboursement | 5 | 131 | 135 | 3+2 |

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.

Formats des fichiers de sortie suivi par patient supplémentaires (* .med, * .enq, * .dmip, * .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 | |
| Délai entre la date d'entrée du séjour et la date de dispensation | 4 | 65 | 68 | |
| DMI (* .dmip) | | | | |
| Libellé | Taille | Début | Fin | Remarques |
| N° FINESS | 9 | 1 | 9 | |
| Type de prestation | 3 | 10 | 12 | 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 (si renseignée) | 2 | 57 | 58 | |
| Délai entre la date d'entrée du séjour et la date de pose | 4 | 59 | 62 | |
| UM (* .ium) | | | | |
| Libellé | Taille | Début | Fin | Remarques |

| | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|------------|------------------|
| 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 | |
| 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 |
| Mois de la date de réalisation du prélèvement d'organe | 2 | 31 | 32 | |
| Délai entre la date d'entrée du séjour et la date de réalisation du prélèvement d'organe | 4 | 33 | 36 | |

Séjours non valorisés (règles non mises à jour)

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_TYPPORG : Type de prélèvement d'organes
- RSA_TYPPSEJ : 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

Problèmes connus

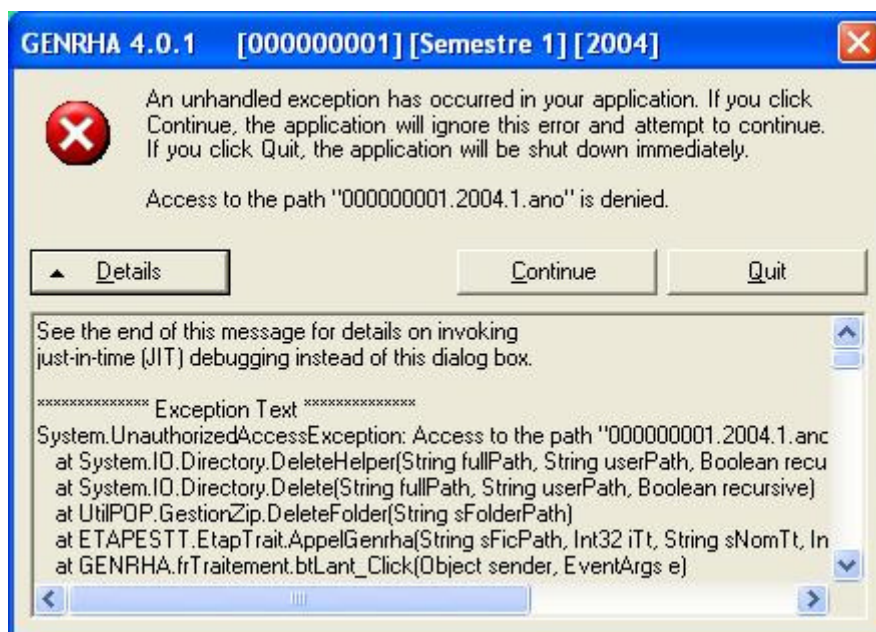
Les deux premiers sont les mêmes que ceux observés avec le logiciel d'anonymisation en soins de suite (GENRHA). Nous utiliserons ce logiciel pour illustrer les erreurs :

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

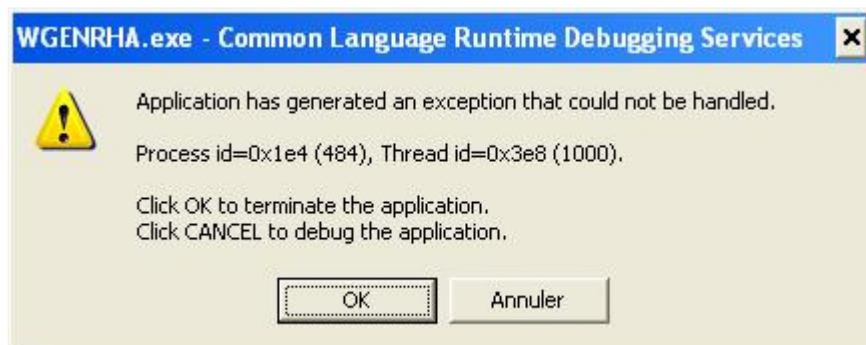
Sous les systèmes d'exploitation XP, 2000 et NT4 :



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 une 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.