

1 LE RAPPORT DE CONTROLE

1.1 Onglet « 1 »

FINESS :

ETABLISSEMENT :

Date du contrôle externe :	Date du bordereau :
Médecin(s) responsable(s) du DIM :	Directeur de l'établissement :
Médecin chargé de l'organisation du contrôle :	

ACTIVITES CIBLEES

Requêtes :	Effectifs (Ctlés/Soumis ctl)
1 - Activité test DATIM 111	119/119
2 - Séjours sans nuitée et sans anesthésie	401/401
3 - Séjours en hospitalisation complète avec niveau de sévérité 4	74/74
4 - Séjours en hospitalisation complète avec niveau de sévérité 3	214/214
Période soumise au contrôle : du	01/01/20.. au 31/12/20..
Nombre de RSS soumis au contrôle :	808
Nombre de RSS contrôlés :	808
Nombre de RSS avec recalcul après contrôle:	583
dont :	
. nombre de RSS avec changement de GHS :	187
. nombre de RSS injustifiés :	396
. nombre de dossiers manquants :	0

1.2 Onglet « 5 »

CONCLUSIONS

Date du bordereau :

Observations des praticiens-conseils :

Signature du médecin responsable du contrôle :

Observations de l'établissement :

Signature du médecin responsable du DIM :

Signature du Directeur de l'établissement :

1.3 Onglet « A N-2 »

FINESS :	
ETABLISSEMENT :	
Date du contrôle externe :	Date du bordereau :
Médecin(s) responsable(s) du DIM :	Directeur de l'établissement :
Médecin chargé de l'organisation du contrôle :	

ACTIVITE CIBLEE	
Requêtes :	Effectifs (Ctlés/Soumis ctl)
1 - Activité test DATIM 111	119/119
Période soumise au contrôle : du	01/01/20.. au 31/12/20..
Nombre de RSS soumis au contrôle :	119
Nombre de RSS contrôlés :	119
Nombre de RSS avec recalcul après contrôle:	103
dont :	
. nombre de RSS avec changement de GHS :	103
. nombre de RSS injustifiés :	0
. nombre de dossiers manquants :	0

1.4 Onglet « A N-3 »

Informations colligées pour **chaque séjour du champ N contrôlé**

N°OGC	Recalcul	RSS injustifié	Dossier manquant	Désaccord	GHM - Divergence groupage Ets et groupage Initial	GHS - Ets	GHS - MC	Médicaments coûteux	DMI
-------	----------	----------------	------------------	-----------	---	-----------	----------	---------------------	-----

Codage initial de l’établissement

Autres éléments RSA initial	
N°OGC	
RSAl: Nb RUM composant RSS d'origine (NbRUM)	
RSAl: Nb de séances	
RSAl: Nb jours au-delà de la borne sup	
RSAl: Type séjour inférieur à la borne inf	
RSAl: Nb journées EXB	
RSAl: "Forfait dial (GHS 9500-9503 ou D01-D05 ("""av	
RSAl: Top UHCD	
RSAl: Confirmation du codage du séjour	
RSAl: Nb sup pr hémodial hors séances	
RSAl: Nb sup entraîn. dial péritonéale auto HS	
RSAl: Nb sup entraîn. dial périton. continu amb	
RSAl: Nb sup pr entraîn. à l'hémodial H	
RSAl: Nb d'actes menant au GHS 9615	
RSAl: Nb sup radiothéra pédiatrique	
RSAl: Nb ANT	
RSAl: Nb sup caisson hyperbare	
RSAl: Type presta prélev. d'organe(1, 2 ou 3)	
RSAl: Nb REA	
RSAl: Nb sup soins intensifs réanimation	
RSAl: Nb STF	
RSAl: Nb SRC	
RSAl: Nb NN1	
RSAl: Nb NN2	
RSAl: Nb NN3	
RSAl: Nb REP	
RSAl: Passage dans lit de soins palliatifs	
RSAl: Type de machine en radiothéra	
RSAl: Type de dosimétrie	
RSAl: Numéro d'innovation	
RSAl: Nombre de faisceaux	

Recodage par les praticiens-conseils

Autres éléments RSA final	
N°OGC	
RSA: Nb RUM composant RSS d'origine (NbRUM)	
RSA: Nb de séances	
RSA: Nb jours au-delà de la borne sup	
RSA: Type séjour inférieur à la borne inf	
RSA: Nb journées EXB	
RSA: "Forfait dial (GHS 9500-9503 ou D01-D05 ("""avan	
RSA: Top UHCD	
RSA: Confirmation du codage du séjour	
RSA: Nb sup pr hémodial hors séances	
RSA: Nb sup entraîn. dial péritonéale auto HS	
RSA: Nb sup entraîn. dial périton. continu amb	
RSA: Nb sup pr entraîn. à l'hémodial H	
RSA: Nb d'actes menant au GHS 9615	
RSA: Nb sup radiothéra pédiatrique	
RSA: Nb ANT	
RSA: Nb sup caisson hyperbare	
RSA: Type presta prélev. d'organe(1, 2 ou 3)	
RSA: Nb REA	
RSA: Nb sup soins intensifs réanimation	
RSA: Nb STF	
RSA: Nb SRC	
RSA: Nb NN1	
RSA: Nb NN2	
RSA: Nb NN3	
RSA: Nb REP	
RSA: Passage dans lit de soins palliatifs	
RSA: Type de machine en radiothéra	
RSA: Type de dosimétrie	
RSA: Numéro d'innovation	
RSA: Nombre de faisceaux	

Informations complémentaires

Informations complémentaires	
Activ	
Libellé activité	
Divergence - Argumentaire	
Divergence - Prestation	
Divergence - Fait	
Divergence - Précision	
Version de RSS	
N°OGC	
Actes externes	

1.5 Onglet « A N-4 »

N°	libellé de l'argumentaire	liste des séjours concernés
88	La facturation du GHS par l'établissement n'est pas conforme à l'article 1 de l'arrêté du 19 février 2015 du fait d'un non-respect des règles de codage édictées dans l'annexe II de l'arrêté du 16 décembre 2014 modifiant l'arrêté du 22 février 2008. Le non-respect des règles porte sur un diagnostic associé significatif (DAS) codé par l'établissement dans le résumé d'unité médicale (RUM). Ce DAS n'est -ni conforme aux règles de codage des diagnostics rappelées par l'annexe II, chapitre IV : « Il ne peut figurer dans le RUM, comme diagnostic principal, diagnostic relié ou diagnostic associé, que des problèmes de santé présents, actifs, au moment de l'hospitalisation » -ni conforme aux règles de codage des diagnostics rappelées par l'annexe II, chapitre IV paragraphe 2.1 : « Les informations attestant des prises en charge en rapport avec chaque DAS, notamment les comptes rendus des interventions de médecins ou d'auxiliaires médicaux, doivent figurer dans le dossier médical conformément à l'article R. 1112-2 du Code de la Santé Publique. » Le DAS codé par l'établissement ne peut être retenu puisque l'affection codée n'est pas mentionnée dans le dossier du patient.	533, 540, 541, 544, 573, 578
89	La facturation du GHS par l'établissement n'est pas conforme à l'article 1 de l'arrêté du 19 février 2015 du fait d'un non-respect des règles de codage édictées dans l'annexe II de l'arrêté du 16 décembre 2014 modifiant l'arrêté du 22 février 2008. Le non-respect des règles porte sur un diagnostic associé significatif (DAS) codé par l'établissement dans le résumé d'unité médicale (RUM). Ce DAS n'est pas conforme aux règles de codage des diagnostics rappelées par l'annexe II, chapitre V, paragraphe 1.2 : « Les diagnostics doivent figurer dans le RUM sous forme codée selon la plus récente mise à jour de la 10e révision de la Classification internationale des maladies (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé et selon les extensions nationales données dans la plus récente version du Manuel des groupes homogènes de malades. (...). Le meilleur code est le plus précis par rapport à l'information à coder. » Au vu des éléments présents dans le dossier du patient, le code CIM-10 choisi pour le DAS par l'établissement n'est pas le plus précis par rapport à l'information à coder.	537, 540, 542, 552, 557, 562, 567, 580, 581, 582, 586, 591, 593, 594
91	La facturation du GHS par l'établissement n'est pas conforme à l'article 1 de l'arrêté du 19 février 2015 du fait d'un non-respect des règles de codage édictées dans l'annexe II de l'arrêté du 16 décembre 2014 modifiant l'arrêté du 22 février 2008. Le non-respect des règles porte sur un diagnostic associé significatif (DAS) codé par l'établissement dans le résumé d'unité médicale (RUM). Ce DAS n'est pas conforme aux règles de codage des diagnostics rappelées par l'annexe II, chapitre IV, paragraphe 2.1 : « L'enregistrement dans le RUM d'une affection correspondant à la définition d'un DAS est obligatoire » Au vu des éléments du dossier du patient, le codage d'un diagnostic correspondant à la définition d'un DAS a été omis par l'établissement.	542, 562, 566, 579

1.6 Onglet « A N-5 »

Divergence de codage n'ayant pas entraîné de revalorisation de séjour	
N° OGC	N° GHS
1	2836
3	2836
7	2840
19	2840
29	2840
88	2840
108	2840
112	2836

