



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DES FINANCES ET DES COMPTES PUBLICS
UNCAM



Projet FIDES

Cahier des charges fonctionnel Description des fonctionnalités attendues du module MOCA (MOdule de Centralisation et Analyse des flux en amont de DEFIS)

Version 1.0 du 30/06/2014

Sommaire

Introduction	4
1 Contexte : les besoins exprimés par les établissements de santé	5
1.1 <i>Le projet FIDES</i>	5
1.2 <i>Le groupe de travail des DIM</i>	5
2 Contexte : les objectifs du module de centralisation et d’analyse des flux (MOCA) en amont de DEFIS	7
2.1 <i>Le moteur de facturation DEFIS</i>	7
2.2 <i>Le schéma de la facturation sans MOCA</i>	9
2.3 <i>Le schéma de la facturation avec MOCA</i>	10
3 Les fonctionnalités attendues de MOCA	14
3.1 <i>Contrôles réalisés avant envoi à DEFIS</i>	14
3.1.1 <i>Bibliothèque de contrôles devant être intégrée</i>	14
3.1.2 <i>Activation/désactivation des contrôles</i>	15
3.1.3 <i>Niveau de criticité des contrôles</i>	15
3.1.4 <i>Rattachement des contrôles à des référents</i>	16
3.1.5 <i>Historisation et mises à jour des contrôles</i>	16
3.1.6 <i>Extraction des contrôles</i>	16
3.2 <i>Exploitation des contrôles réalisés avant envoi à DEFIS</i>	16
3.2.1 <i>Création de listes de travail</i>	16
3.2.2 <i>Validation des dossiers</i>	16
3.3 <i>Pilotage de la validation des factures dans DEFIS</i>	17
3.4 <i>Tableaux de bord de restitution</i>	18
3.4.1 <i>Pilotage du processus de production</i>	18
3.4.2 <i>Tableaux de pilotage de la production des factures des séjours</i>	19
3.4.3 <i>Tableaux de suivi de l’activité et de sa valorisation</i>	19
3.4.4 <i>Tableaux de restitution de DEFIS</i>	20
3.5 <i>Fonctionnalités générales</i>	21
3.5.1 <i>Intégration des modifications réglementaires</i>	21
3.5.2 <i>Traçabilité des contrôles et modifications apportées</i>	21
3.5.3 <i>Gestion des profils</i>	21
3.5.4 <i>Extraction des données</i>	21
3.5.5 <i>Conformité au cahier des charges</i>	22
4 Annexes	23
4.1 <i>Liste des contrôles réalisés dans DEFIS avec codes erreurs</i>	23
4.2 <i>Questions des industriels concernant les tests à réaliser avant mise en production du module</i>	23

4.3	<i>Fonctionnalités complémentaires souhaitées par le groupe de travail</i>	23
4.4	<i>Socle de contrôles minimum définis par le groupe de travail</i>	24
4.4.1	Vidhosp.....	24
4.4.2	RSS.....	24
	Test DATIM 67 Code T de complication en DP.....	26
4.4.3	Fichcomp MO	28
4.4.4	Fichcomp DMI.....	29
4.4.5	Fichcomp PO	31
4.4.6	Fichcomp PIE.....	31
4.4.7	Fichcomp ORP.....	32
4.4.8	Fichcomp DIP	33
4.4.9	Fichcomp PIP.....	33
4.4.10	Croisement Vidhosp – RSS	33
4.4.11	Croisement Vidhosp – Fichcomp MO.....	34
4.4.12	Croisement Vidhosp – Fichcomp DMI	34
4.4.13	Croisement Vidhosp – Fichcomp PO	35
	Hospitalisation pour prélèvement d'organe	35
	position 168 V008.....	35
4.4.14	Croisement Vidhosp – Fichcomp PIE	35
4.4.15	Croisement RSS – Fichcomp MO	35
4.4.16	Croisement RSS – Fichcomp DMI.....	36
4.4.17	Croisement RSS – Fichcomp PIE	37
4.4.18	Croisement RSS – Fichcomp PIP	38
4.4.19	Croisement RSS – Fichcomp DIP	38
4.4.20	Croisement RSS – Fichcomp PO	39
5	Glossaire	41

INTRODUCTION

Dans le cadre du projet de la facturation individuelle des établissements de santé (FIDES), et plus particulièrement du volet séjours hors hospitalisation à domicile, la mise en œuvre, au sein du système d'information hospitalier des établissements d'un module de centralisation et analyse des flux (MOCA) en amont de DEFIS (dispositif d'élaboration des factures individuelles des séjours) est préconisée.

Le présent document constitue le cahier des charges fonctionnel de ce module. Il s'adresse aux établissements de santé publics (EPS) et privés non lucratifs (PNL) concernés par la facturation individuelle des établissements de santé, pour l'acquisition et/ou l'installation de ce module, ainsi qu'aux industriels, pour son développement. Il constitue la version 1 du cahier des charges fonctionnel de ce module. Au fur et à mesure que des besoins arriveront à maturité, le cahier des charges pourra être enrichi, notamment en ce qui concerne l'ajout de sources de données complémentaires.

1 CONTEXTE : LES BESOINS EXPRIMÉS PAR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

1.1 Le projet FIDES

Le projet FIDES consiste en la mise en place de la facturation individuelle et directe des établissements de santé publics et PNL vers l'Assurance maladie obligatoire.

L'ensemble des documents relatifs au projet FIDES (cahiers des charges, liste des établissements expérimentateurs, documents pédagogiques, etc.) est disponible sur l'espace internet dédié au projet : <http://www.sante.gouv.fr/fides>.

Alors que la généralisation de la partie actes et consultations externes (ACE) a débuté en janvier 2013, l'expérimentation de la facturation individuelle des séjours se poursuit ; elle vise à déterminer les meilleures conditions de mise en œuvre en termes d'exhaustivité, de fiabilité, de qualité et de délais de facturation.

La facturation individuelle des séjours selon les règles de la tarification à l'activité (T2A) s'effectue sur la base du module actuel GENRSA d'anonymisation et de chaînage des séjours, développé par l'ATIH. Celui-ci a été étendu et renommé DEFIS (*Dispositif d'Élaboration des Factures Individuelles des Séjours*) pour FIDES ; au fil de l'eau celui-ci :

- valorise financièrement les séjours ;
- génère les lots de factures individuelles selon la norme B2 de l'Assurance maladie obligatoire ;
- génère les éléments constitutifs des titres correspondant aux factures.

En sortie, DEFIS utilise donc les données PMSI saisies et contrôlées par le DIM pour une génération unique par l'établissement de santé de données scindées en deux flux plus un :

- flux de facturation individuelle (en norme B2), sans les données médicales (diagnostics et actes CCAM) ;
- auquel sont associés les éléments permettant au logiciel de facturation de l'établissement de générer les titres correspondant aux factures ;
- et flux médico-économique anonymisé « PMSI », à destination de l'ATIH, incluant les données médicales.

La part complémentaire n'est pas traitée dans le cadre de ces travaux et de ce cahier des charges fonctionnel.

1.2 Le groupe de travail des DIM

Une cartographie des systèmes d'informations des séjours a été effectuée auprès des 55 établissements pilotes FIDES, puis généralisée aux 1 000 établissements de santé publics et PNL. Elle montre une très forte hétérogénéité de ces systèmes d'information, et que tous les

établissements ne disposent pas d'un outil industrialisé de contrôle qualité croisant les données des diverses sources.

Dans ce cadre, il est apparu nécessaire de mettre à la disposition du DIM un outil lui conférant la maîtrise de l'alimentation de DEFIS et instrumentant les contrôles qualité à mettre en œuvre pour déclarer un séjour comme pouvant être envoyé en facturation. En effet, en préalable à l'élaboration des factures, DEFIS a besoin de recevoir un top signalant que la facture est complète. Une facture comporte des éléments obligatoires (informations patients – fichier VIDHOSP-, informations médicales – fichier RSS-groupés), mais elle peut comporter également des éléments non présents de manière systématique (médicament ou DMI en sus – fichier FICHCOMP, ...) et le besoin de leur présence pour finaliser la facture n'est pas connu.

Sur la base de ces constats, un groupe de travail de médecins DIM des établissements expérimentateurs a été formé en février 2012 dans le but de :

- identifier les besoins (contrôles en amont de DEFIS, contrôles et restitutions à prévoir dans DEFIS) ;
- formaliser l'expression des besoins (contrôles des données (exhaustivité, qualité, cohérence), tableau de bord, suivi des flux et gestion des rejets) ;
- distinguer ce qui relève des éditeurs de logiciels des établissements de ce qui relève de l'ATIH ;
- définir les priorités.

Le groupe de travail, après une étude d'impact des changements apportés par le volet séjours de FIDES, s'est accordé sur un besoin de mise en œuvre d'un outil qualité en amont de DEFIS qui permettrait de pallier les difficultés de mise en cohérence des différentes sources de données hospitalières et permettrait également de sécuriser au maximum la complétude et l'exactitude des données de facturation des séjours, tout en raccourcissant au mieux les délais de production.

Parmi les différents besoins évoqués, le groupe de travail s'est accordé sur une préconisation de mise en œuvre d'un outil qualité qui permettrait de mener des contrôles intra-source et inter-source avant envoi à DEFIS et d'interroger DEFIS : il s'agit ainsi d'un module de centralisation et d'analyse des flux en amont de DEFIS (sans anonymisation), dénommé MOCA (MODule de Centralisation et d'Analyse des flux pré-DEFIS) dont les fonctionnalités sont présentées ci-après.

2 CONTEXTE : LES OBJECTIFS DU MODULE DE CENTRALISATION ET D'ANALYSE DES FLUX (MOCA) EN AMONT DE DEFIS

Le module MOCA décrit dans ce document a pour objectifs de :

- permettre aux établissements de facturer au plus juste dans les meilleurs délais en s'assurant de la complétude et de la qualité des données ;
- s'assurer du caractère facturable de chaque séjour ;
- outiller le pilotage de la validation des factures des séjours.

2.1 Le moteur de facturation DEFIS

Le moteur de facturation DEFIS, développé par l'ATIH, concerne uniquement les séjours d'hospitalisation, hors hospitalisation à domicile ; dans ce contexte DEFIS assure deux fonctions :

- il établit les factures à partir des flux de données qui leur sont directement nécessaires : RSS groupés, Vidhosp, Fichcomp (MO, DMI, DIP, PO, PIE) ;
- il génère les fichiers nécessaires aux remontées réglementaires mensuelles ePMSI à destination de l'ATIH, en ajoutant aux fichiers décrits ci-dessus le reste des fichiers Fichcomp (PIP, ORP...) qui ne sont pas nécessaires à la facturation individuelle.

DEFIS permet ainsi la facturation individuelle de la part AMO de chaque séjour par l'intermédiaire d'une facture envoyée au format B2, en lieu et place d'une valorisation globale mensuelle des séjours réalisée par l'ATIH en aval de la chaîne GENRSA/ePMSI/MAT2A, et aboutissant à l'élaboration des arrêtés mensuels de versement. Il est destinataires des flux retours de l'Assurance maladie obligatoire, NOEMIE 578 et 908.

DEFIS n'a pas vocation à être un outil de contrôle de la qualité « métier » de la facture : les contrôles qu'il intègre sont ceux nécessaires à la réalisation des deux fonctions décrites supra ; disponibles en annexe 4.1 du présent document, ces contrôles, qui peuvent être qualifiés de « techniques », sont de trois types :

- contrôles réalisés lors de l'intégration des flux : contrôles de format (par exemple : date au format JJMMAAAA, renseignement du champ « FINESS », etc.) ;
- contrôles réalisés lors de la validation « technique » de la facture (en particulier présence de l'ensemble des éléments nécessaires à son établissement et respect des versions ad hoc des référentiels) ;
- contrôles lors de la production de la facture, ou génération B2, qui reprend les contrôles liés aux référentiels réalisés lors de l'étape précédente de validation, ces référentiels ayant pu être mis à jour entre les deux étapes de contrôle.

Les fonctionnalités relatives au moteur de facturation DEFIS, flux entrants et sortants, sont détaillées dans la documentation propre au module DEFIS, disponible sur le site internet de

l'ATIH : http://www.atih.sante.fr/plateformes-de-transmission-et-logiciels/logiciels-espace-de-telechargement/id_lot/933.

Les moyens permettant la communication avec DEFIS sont de trois types :

- envoi de flux webservice ;
- utilisation d'un répertoire tampon ;
- accès par l'interface DEFIS.

Le cycle de vie d'une facture dans DEFIS est le suivant :

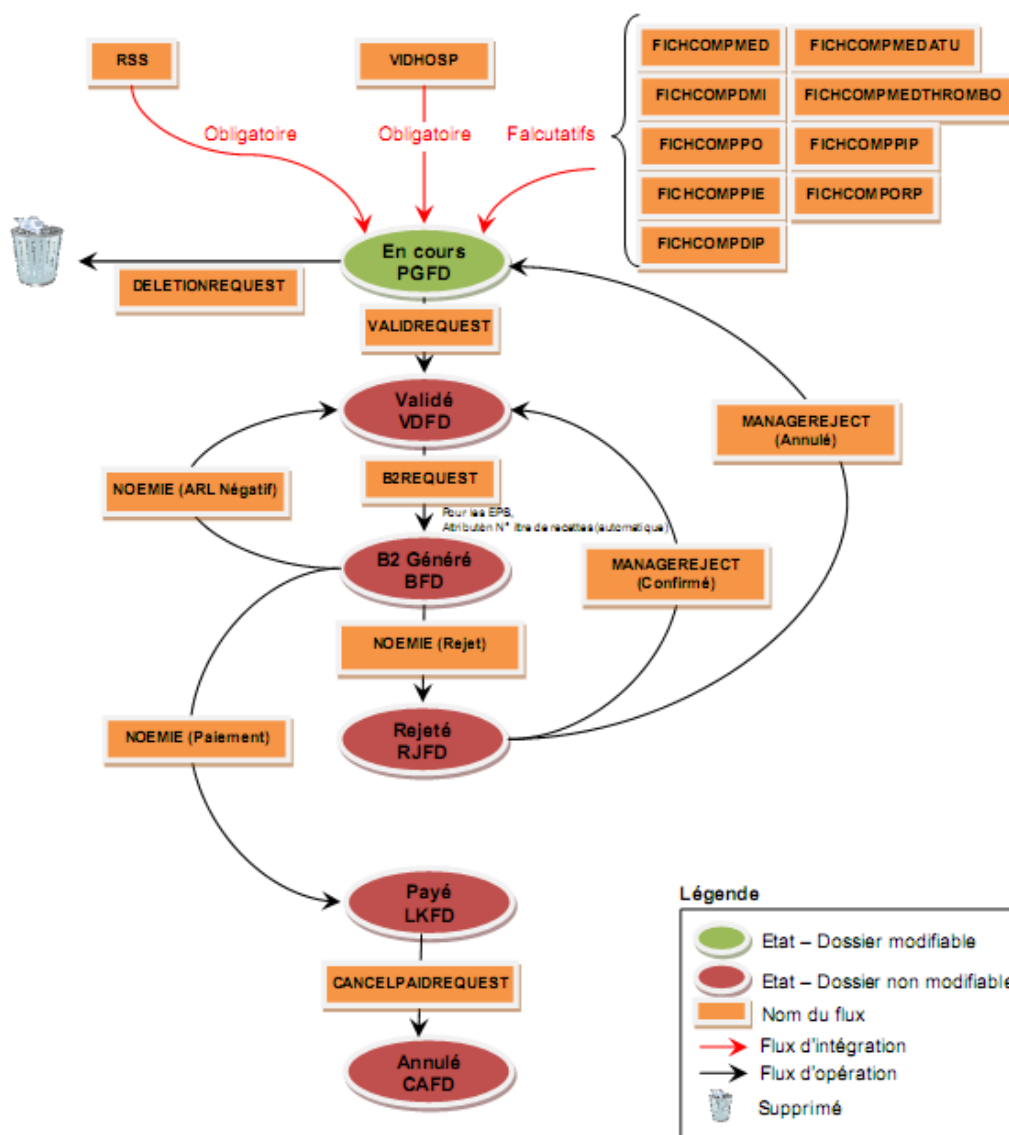


Figure 1 – cycle de vie d'une facture dans DEFIS

La communication avec DEFIS permet, en particulier, de connaître le statut de chaque dossier au regard de ce cycle de vie.

2.2 Le schéma de la facturation sans MOCA

Le moteur de facturation DEFIS est un logiciel autonome permettant à lui seul de constituer des lots de factures adressées à la Caisse de paiement unique (CPU) de l'Assurance maladie obligatoire (AMO) ; pour ce faire, il utilise trois types de flux de données (RSS groupés, Vidhosp et divers Fichcomp) selon le schéma suivant :

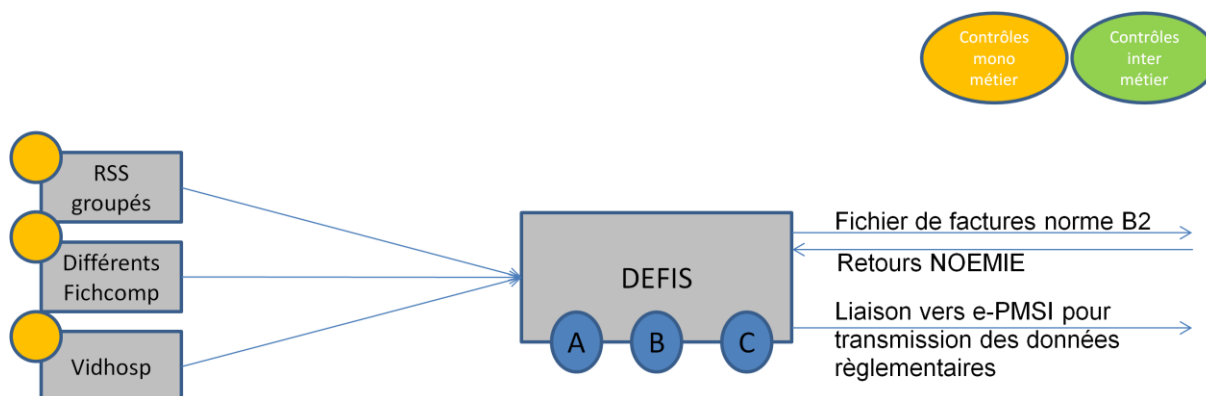


Figure 2 – Alimentation de DEFIS – cas de figure numéro 1 – sans fonction écho

Légende :

- ☒ A : Contrôles réalisés lors de l'intégration des flux
- ☒ B : Contrôles réalisés lors de la validation de la facture
- ☒ C : Contrôles réalisés lors de la génération B2 de la facture (reprend les contrôles liés aux référentiels réalisés lors de l'étape B de validation, référentiels qui auraient pu être mis à jour entre les deux étapes de contrôle).

Un paramètre de DEFIS amène celui-ci à mettre à disposition d'éventuels utilisateurs l'ensemble des fichiers qui lui ont été envoyés dans un répertoire dit « écho », de localisation paramétrable par l'utilisateur. Cette fonctionnalité amène à proposer ce deuxième schéma de fonctionnement de DEFIS :

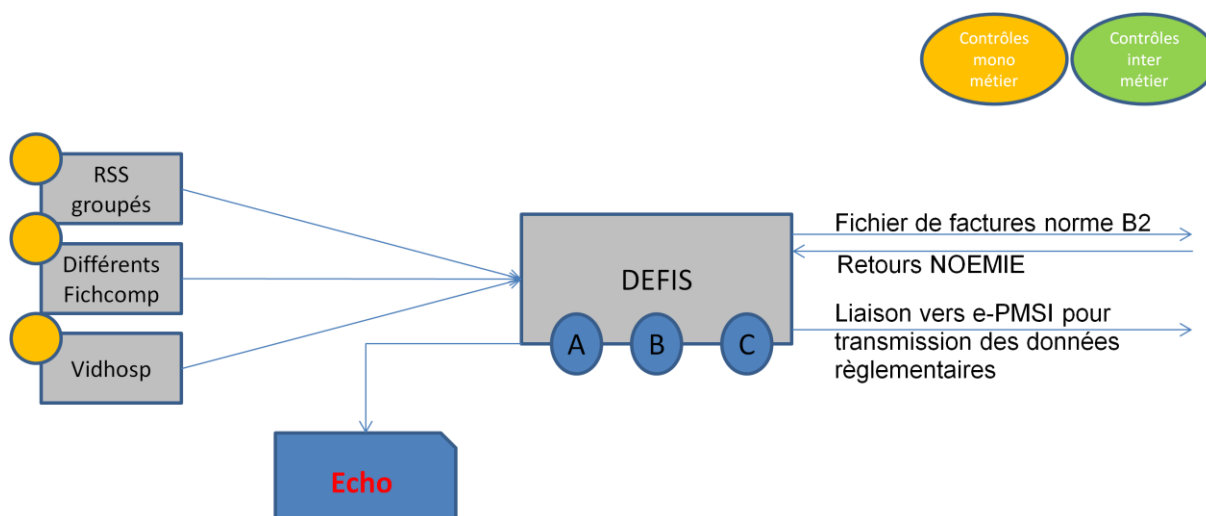


Figure 3 – Alimentation de DEFIS – cas de figure numéro 2 – avec fonction écho

La validation « métier » d'une facture, permettant de garantir que celle-ci est complète (elle intègre toutes les prestations facturables à l'AMO) et optimale (les GHM/GHS produits correspondent à la prise en charge réalisée) pour son intégration à un flux B2 exige de s'assurer que :

- les éléments « administratifs » caractérisant le patient, sa caisse de rattachement et ses modalités de prise en charge par l'AMO correspondent à sa situation au regard des données de l'AMO ;
- l'ensemble des pathologies et des actes aboutissant au classement du séjour dans un Groupe homogène de malade (GHM), éventuellement tarifé par l'intermédiaire d'un Groupe homogène de séjour (GHS), correspondent au parcours du patient dans l'établissement, aux prises en charges réalisées, et aux conditions de production définies par le guide méthodologique en cours de validité ;
- l'ensemble des compléments facturables en sus du GHS, et en particulier les dispositifs médicaux implantables (DMI) et les molécules onéreuses (MO) facturables en sus et rattachables à ce séjour, l'on bien été.

Lorsque DEFIS fonctionne de manière autonome, les seuls contrôles « métiers » réalisables le sont dans les différents applicatifs sources (dénommés sources infra), en amont de la génération des fichiers administratifs et d'activité (RSS groupés, Fichcomp et Vidhosp) ; nous parlerons alors de contrôles qualité mono métier, ou intra-flux. Ceux-ci ne diffèrent pas de ceux qui sont réalisés actuellement dans le cadre des remontées par GENRSA. Ils sont symbolisés par les disques jaunes dans les schémas supra.

2.3 Le schéma de la facturation avec MOCA

Pour réaliser la validation « métier » des factures, MOCA doit disposer :

- de l'ensemble des données nécessaires à la réalisation de la facture, i.e. le contenu de la totalité des flux d'entrée dans DEFIS ;
- d'un accès aux données de statut du dossier dans DEFIS ;
- d'un jeu de contrôles « métier » applicables aux dossiers.

Pour que MOCA dispose du contenu des flux source, deux modes d'organisation sont possibles.

Dans le premier cas de figure, MOCA intercepte les flux avant que ceux-ci ne soient intégrés par DEFIS, et est responsable de leur transmission à DEFIS (flèche verte) ; il s'agit donc d'une organisation séquentielle « sources – MOCA – DEFIS » ; MOCA détermine les dossiers / factures qui seront transmis à DEFIS, et la fréquence de cette transmission :

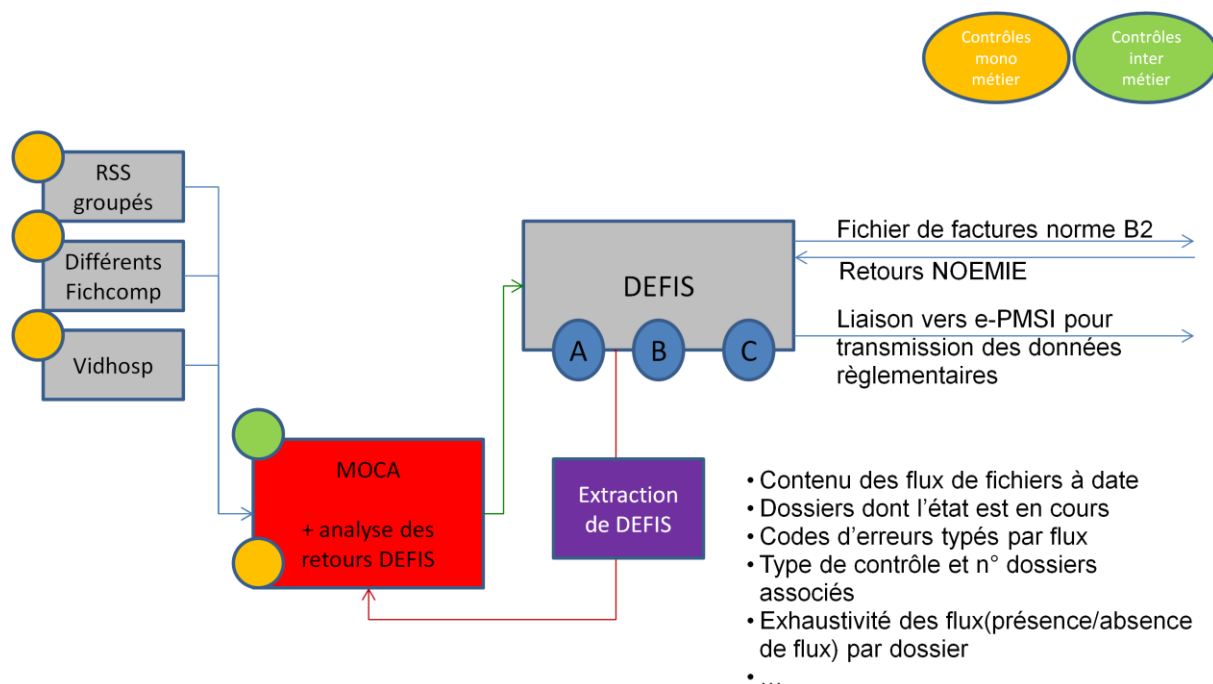


Figure 4 – Positionnement de MOCA en amont de DEFIS

Légende :

- A : Contrôles lors de l'intégration des flux
- B : Contrôles lors de la validation de la facture
- C : Contrôles lors de la production génération B2 de la facture (reprend les contrôles liés aux référentiels réalisés lors de l'étape B de validation, référentiels qui auraient pu être mis à jour entre les deux étapes de contrôle).

Dans le deuxième cas de figure, MOCA récupère les fichiers transmis à DEFIS après que celui-ci les a intégrés, et mis à disposition dans le répertoire « écho » ; il s'agit donc d'une organisation en dérivation ; DEFIS est systématiquement destinataire de l'ensemble des flux générés par les sources :

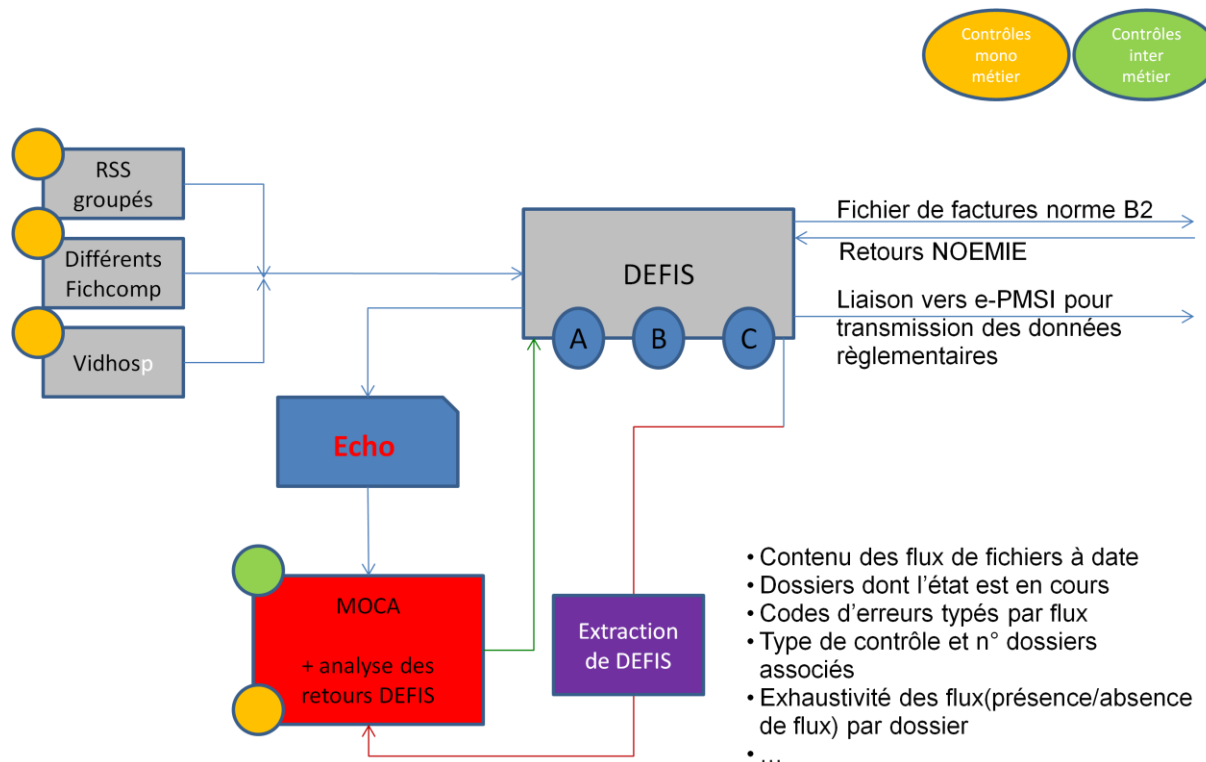


Figure 5 – Position de MOCA en aval du répertoire écho

Légende :

- ☒ A : Contrôles lors de l'intégration des flux
- ☒ B : Contrôles lors de la validation de la facture
- ☒ C : Contrôles lors de la production génération B2 de la facture (reprend les contrôles liés aux référentiels réalisés lors de l'étape B de validation, référentiels qui auraient pu être mis à jour entre les deux étapes de contrôle).

Dans le premier cas de figure, MOCA doit mettre en œuvre sa propre solution d'accusés de réception de fichiers transmis à destination des sources ; dans le deuxième cas de figure, DEFIS gère seul ces accusés de réception.

Les deux modes d'organisation sont possibles ; chaque éditeur est libre de mettre en œuvre la solution qu'il juge la plus adaptée à son mode de fonctionnement.

Par ailleurs, pour connaître le statut des dossiers au regard du cycle de validation technique réalisé par DEFIS, MOCA interroge DEFIS et récupère des données d'extraction de DEFIS (flèche rouge) ; pour chaque dossier, ces dernières fournissent en particulier l'état du dossier, les éventuels codes erreur par flux, la présence ou l'absence de chacun des flux... ; une interrogation particulière permet d'obtenir une image des flux sources à date, en complément ou en substitution des fichiers disponibles dans le répertoire « écho ».

DEFIS est la seule source opposable de montant facturé du dossier, et seul un passage par DEFIS, *a minima à chaque modification pour le premier cas de figure supra*, permet d'obtenir en retour d'une demande de validation « technique » une valorisation exacte.

MOCA disposant de toutes les informations en provenance de l'ensemble des sources peut réaliser les contrôles mono métier – intra-flux (disques jaunes), à l'image de ceux disponibles dans les applications sources, mais surtout les contrôles inter métiers – inter-flux (disque vert) en croisant les différentes sources de données.

Les principales fonctionnalités attendues de MOCA sont donc :

- contrôles mono métier – intra-flux ;
- contrôles inter métiers – inter-flux ;
- pilotage de la valorisation et de la validation des factures concernant les séjours dans DEFIS ;
- réalisation de tableaux de bord.

3 LES FONCTIONNALITÉS ATTENDUES DE MOCA

3.1 Contrôles réalisés avant envoi à DEFIS

Les contrôles réalisés peuvent être des contrôles intra-flux et inter-flux.

Les contrôles intra-flux sont réalisés de préférence dans les applicatifs sources mais doivent pouvoir être réalisés dans MOCA. Ils comprennent :

- des contrôles de format (ex : la ligne de texte n'a pas la bonne longueur, donnée indispensable manquante (ex : champ FINESS non renseigné, tarif MO, ...)) ;
- des contrôles de cohérence avec les référentiels hospitaliers (UCD périmé, valorisation) ;
- des contrôles qualité, par exemple :
 - incompatibilité sexe-diagnostic ;
 - clé NIR incompatible avec la racine, erreurs de groupage ;
 - tests Ovalide (ex DATIM de type Q3 (disponibles ici : http://sap.atih.sante.fr/epmsi/doc/guides/lecture/guide_lecture_OVALIDE_MCO_DGF_2014.pdf et <http://www.atih.sante.fr/datim-mco-documentations>)) ;
 - etc.

Les contrôles inter-flux sont réalisés par MOCA sur l'ensemble des flux devant alimenter DEFIS (RSS groupés, Vidhosp, Fichcomp). Ils comprennent :

- des contrôles sur l'exhaustivité des données (ex : flux RSS manquant) ;
- des contrôles de cohérence avec les référentiels hospitaliers ;
- des contrôles qualité, par exemple :
 - données du Fichcomp médicaments en dehors de la période du séjour ;
 - séjour sans DMI et actes ou GHM supposant un ou des DMI ;
 - etc.

3.1.1 Bibliothèque de contrôles devant être intégrée

La bibliothèque de contrôles que MOCA doit intégrer est issue de trois sources principales :

1. Le socle minimum de contrôles, défini par le groupe DIM, que le module doit intégrer dans sa totalité. Il comprend :

- l'intégralité des contrôles réalisés par DEFIS et mis à disposition par l'ATIH ;
- les contrôles « Ovalide » (ex DATIM) ;
- les contrôles définis comme minimum par le groupe de travail et détaillés en annexe du présent document.

2. Des contrôles proposés par les industriels

- Les industriels peuvent proposer aux établissements une liste complémentaire de contrôles pré-paramétrés issus de leur expertise sur le sujet.

3. Des contrôles paramétrables par les établissements :

- par typologie de variables, sur l'ensemble des champs disponibles :
 - variable unique : par code, par mot clé en utilisant plusieurs types de recherche comme « contient ... » ou « commence par » (ex : pour certaines UF, UM et autorisations, par MO, par DMI, selon les diagnostics, selon les actes CCAM, par spécificité (ex : dialyse), par type de mouvements, par durée de séjour, par type de prise en charge, etc.) ;
 - ensemble de variables (variables intra-flux ou inter-flux).
- par échantillonnage (pourcentage de dossiers tirés au sort de manière aléatoire pour lesquels des contrôles plus poussés sont réalisés) ;
- via la création de règles calculées : le module doit pouvoir calculer certains champs (ex : réalisation de contrôles sur les doses cumulées minimales / maximales pour les molécules onéreuses) ;
- via la création de règles intégrant des éléments de valorisation en lien avec Visualvalosej ;
- avec plusieurs niveaux de criticité (contrôle bloquant, alerte simple...).

Chacun des contrôles doit être numéroté et identifié.

3.1.2 Activation/désactivation des contrôles

MOCA doit permettre la mise en œuvre d'une partie ou de l'ensemble des contrôles via un dispositif d'activation / désactivation des contrôles (par exemple : case à cocher ou équivalent). Ce champ est activé manuellement et il est ainsi possible de suspendre le contrôle et le réactiver en fonction des besoins.

MOCA doit permettre d'associer les contrôles à une période (date de début – date de fin), appliquée en fonction de la date de sortie du patient :

- une date d'effet est associée obligatoirement à chaque contrôle ; cette date active automatiquement le contrôle.
- le contrôle peut être activé pour une période donnée ; dans ce cas, une date de fin est indiquée et le contrôle est désactivé automatiquement lorsque cette échéance est atteinte.
- en l'absence de date de fin, le contrôle reste activé automatiquement.

3.1.3 Niveau de criticité des contrôles

La criticité des contrôles réalisés (contrôle bloquant (type feu rouge), alerte simple (type feu orange)) doit être paramétrable. L'établissement doit pouvoir régler le niveau de criticité des contrôles dans le temps en fonction de ses priorités.

Les contrôles bloquants doivent pouvoir être désinhibés manuellement, lorsque, par exemple, l'anomalie détectée s'avère être conforme à la réalité de la prise en charge : la criticité du contrôle doit ainsi passer d'une alerte bloquante « type feu rouge » à un statut sans alerte « type feu vert ».

3.1.4 Rattachement des contrôles à des référents

Le module doit permettre le rattachement de chaque contrôle à un ou plusieurs référent(s), en charge de gérer les anomalies détectées, afin d'alimenter les listes de travail.

3.1.5 Historisation et mises à jour des contrôles

Les contrôles réalisés devront être mis à jour et historisés par l'éditeur, a minima lors de chaque campagne tarifaire et :

- à chaque changement de nomenclature et évolution règlementaire (CIM10, CCAM,...) et mise à jour des référentiels (UCD, LPP,...) ;
- à chaque mise à jour du socle minimum de contrôles ;
- à chaque mise à jour du guide des interfaces de DEFIS, qui détaille les différents flux devant alimenter DEFIS, téléchargeable à l'adresse http://www.atih.sante.fr/plateformes-de-transmission-et-logiciels/logiciels-espace-de-telechargement/id_lot/933.

3.1.6 Extraction des contrôles

Le module doit permettre l'extraction d'un ou des contrôle(s) d'un environnement applicatif à un autre (base de qualification / base de production de l'établissement).

3.2 Exploitation des contrôles réalisés avant envoi à DEFIS

3.2.1 Création de listes de travail

MOCA doit intégrer une fonction de création de listes de travail avec mises à jour automatiques et alimentées par :

- type de contrôles ;
- typologie d'erreurs (dont dossiers cumulant plusieurs types d'erreurs) ;
- niveau de criticité (feux rouge / orange / vert) ;
- référent.

MOCA doit permettre l'envoi de messages électroniques permettant de communiquer avec les référents et services (ex : TIM, praticiens, pharmacie, soignants) concernant les anomalies détectées avec, si possible, l'intégration de liens permettant d'accéder directement aux dossiers concernés.

3.2.2 Validation des dossiers

MOCA doit permettre l'envoi des dossiers selon la préférence de l'établissement :

- soit l'envoi des seuls dossiers validés au sein de MOCA ;

- soit l'envoi de tous les dossiers, avec un pilotage de la validation dans DEFIS indiquant la suppression ou la validation.

MOCA doit présenter :

- les dossiers non validés (présentation des volumes, % et valorisation des RSS pour les dossiers non validés) ;
- aux différentes étapes (et donner accès aux listes de dossiers et aux RSS correspondants) :
 - dossiers créés mais de patients non sortis ;
 - dossiers de patients sortis mais en attente de pièce médico-administrative ;
 - à l'étape de codage mais codage non validé ;
 - codage réalisé mais pas en feu vert pour la totalité des tests ;
 - pas de feu vert pour les tests interflux ;
 - visé/validé par le DIM, par les autres acteurs choisis pour certains tests (pharmacien, hygiéniste, etc.).

Concernant la validation des dossiers, les fonctionnalités suivantes sont nécessaires :

- recherches multicritères (par GHS, par UF...) ;
- validation unitaire ;
- validation en masse par atypie, typologie d'erreurs, par type de contrôles, par statut, etc. ;
- fonction de blocage temporaire de dossiers (ex : en cas de flux manquant) avec mise à jour automatique du statut en fonction des données du dossier ;
- fonction de blocage définitif de dossiers ;
- fonction de mise en quarantaine de dossiers qui ne doivent pas être envoyés en facturation avec la possibilité de créer des listes et de qualifier le motif de la mise en quarantaine (ex : Fichcomp PO qui doivent être étudiés individuellement avant envoi, dossier en attente de DMI).

Les filtres proposés doivent l'être :

- par étape d'avancement du dossier (cf. ci-dessus) ;
- par périmètre « géographique » (UM, praticien, service, pôle, global) ;
- par période (dates bornant une période) d'entrée/ de sortie ;
- par type de prise en charge (Chirurgie ambulatoire, HdJ, UHCD, Chirurgie, Médecine, Obstétrique, etc.)
- par durée de séjour (0 nuits, >3 nuits, durée longue) ;
- par caractéristiques du patient (âge, mode d'entrée, sexe...) ;
- par test intra-flux, inter-flux.

3.3 Pilotage de la validation des factures dans DEFIS

MOCA doit permettre de piloter DEFIS via l'envoi de flux techniques, dont :

- flux de suppression totale ou partielle de dossiers ;
- flux de validation des dossiers ;
- flux de génération de B2 ;
- flux d'annulation de facture.

3.4 Tableaux de bord de restitution

Pour valider les dossiers à facturer et piloter efficacement son processus de facturation des séjours, l'établissement doit disposer de tableaux de bord des flux et stock des dossiers, de leur statut au regard des différents tests requis pour la validation de conformité et de qualité, et de leur état d'avancement dans la chaîne des étapes de traitement, depuis la programmation de l'hospitalisation jusqu'au retour d'information quant au traitement par l'AMO.

Ces tableaux de bords sont nécessairement articulés :

- avec les éditions de listes, qu'elles soient liées aux tests ou qu'elles soient liées au suivi de l'état des dossiers (identification de l'étape d'avancement et du statut du dossier dans le processus de traitement) ;
- avec la gestion des traces des modifications (capacité à quantifier les signalements initiaux aux tests et après correction, valorisation avant/après les modifications, calculs de délais de passage d'une étape à une autre).

L'objectif de ces tableaux de bord est d'apporter une visibilité sur les données pour réaliser efficacement :

- le travail quotidien de visa des dossiers jusqu'à la validation des factures ;
- mais également le pilotage global du processus de production des factures des séjours, incluant notamment le respect des objectifs de qualité, exhaustivité, et délais, ainsi que le suivi du niveau de production et de recettes de l'établissement (volume et valorisation), le suivi des rejets et la nature des anomalies.

3.4.1 Pilotage du processus de production

Des tableaux de suivi de l'activité équivalents à ceux d'OVALIDE/DALIA doivent pouvoir être suivis en interne (a minima ceux décrits dans le socle de contrôles).

Les tableaux de bord sont à présenter selon différents critères (pour pouvoir si nécessaire être adressés ou accessibles aux utilisateurs concernés notamment les responsables médicaux) : global (pour l'établissement), par pôle / service / UM. En complément, le module doit permettre de :

- distinguer les résultats pour :
 - les séances ;
 - les séjours en ambulatoires (avec distinction C, K, M, Z) ;
 - les séjours d'UHCD seule (quand elle est la seule UM) qui sont valorisés comme des 0 jours ;
 - l'hospitalisation complète sans UM à supplément ;

- l'hospitalisation complète avec passage dans les UM à supplément (intégrant ou identifiant en plus une estimation des suppléments).
- identifier spécifiquement les dossiers non facturables pour erreur de groupage ou séjour non facturable à l'AMO ;
- d'estimer la valorisation à l'instant t *via l'interrogation de DEFIS* ;
 - d'une part pour les séjours sortis mais non facturés ;
 - d'autre part pour les séjours commencés mais non clos.
- d'intégrer ou exclure des tableaux (par l'intermédiaire soit d'un filtrage, soit de tableaux spécifiques) les séjours non facturables à l'AMO (IVG, étrangers, PIE, esthétiques) ;
- d'accéder de façon simple et immédiate à la liste des dossiers concernés ;
- d'appliquer des filtres en fonction des besoins sur des tableaux types programmés (ex : filtres sur les séjours de plus de x jours selon les niveaux de sévérité, EXH...) ;
- de modifier aisément la mise en forme des tableaux (par exemple reclassement du plus grand au plus petit pour la colonne choisie).

3.4.2 Tableaux de pilotage de la production des factures des séjours

MOCA doit produire les tableaux suivants :

- production générale : volumes de dossiers, délais moyens ;
- production PMSI (volumes, exhaustivité, % d'anomalies des tests, volume de correction (nb), impact des corrections (valorisation) et délais de production des RSS, dont délais d'intégration des DMI et MOs) ;
dans l'analyse des flux de cette partie, il est souhaitable de pouvoir suivre les volumes, l'exhaustivité, les délais et l'estimation d'encours entre les différentes étapes et de gérer au travers des affichages (couleurs différentes par exemple), les résultats par rapport à des objectifs paramétrés ; le paramétrage des indicateurs de suivi doit donc être possible (ex : fixer un repère de x% des dossiers de 0 jour visés à 10 jours et alerter quand le % est en dessous) ;
- tableaux de suivi des résultats des tests inter-flux et des statuts des dossiers associés ;
- tableaux de suivi de l'étape finale de facturation (nombre, types, contenu, et délais de mise en facturation, depuis la sortie du patient et depuis le visa, montants concernés, accès aux listes des dossiers non soldés (basées sur les flux NOEMIE 908 et 578)).

Les outils doivent proposer des visualisations graphiques des étapes de la chaîne globale de facturation, mais également des évolutions dans le temps ou comparatives entre les producteurs de soins de certains indicateurs (volumes, délais, taux d'erreurs).

3.4.3 Tableaux de suivi de l'activité et de sa valorisation

Contrairement aux tableaux liés aux tests et contrôles en cours de production, il s'agit ici par des indicateurs globaux et des tests appliqués sur des lots de séjours / prestations (activité de l'année, depuis le début de l'année, par mois, par semaine, etc.) d'identifier des éléments méritant un travail d'analyse à la recherche d'un gisement d'optimisation (analyse des DMS / niveau ou par GHM à la recherche d'un sous codage, analyse de l'étendue/concentration des CMA utilisées par niveau et/ou par CMD etc.).

Ces tableaux doivent présenter les chiffres bruts cumulés depuis le début de l'exercice, le début du mois et le dernier envoi. L'accès rapide à une présentation graphique pour visualiser les évolutions dans le temps et comparer les UM, services/pôles est une option utile. L'utilisation de DALIA (tableaux équivalent à OVALIDE en interne) est un aspect possible mais ni obligatoire ni suffisant. Les données concernent :

- les volumes (nombres de séjours) ;
- les recettes T2A liées au RSS (GHS, suppléments, EXH et EXB) avec le total de la production, les séjours non facturables à l'Assurance Maladie, et pour les séjours facturables les différentes composantes (part AMO, part patient et AMC) ;
- pour les recettes liées au RSS, en plus des montants totaux et des PMCT, il faut systématiser l'analyse de la recette journalière moyenne (PMJP – poids moyen de la journée de présence) ;
- les autres recettes T2A (molécules onéreuses, DMI, etc.) ;
- les autres types de recette.

Un contexte d'analyse présentera ces données pour l'ensemble d'un exercice comptable, en se basant en particulier sur l'identifiant de l'exercice repris dans les titres des factures des établissements publics de santé, pour servir lors de la clôture de l'exercice.

3.4.4 Tableaux de restitution de DEFIS

DEFIS permet une interrogation par flux. MOCA doit être en capacité de restituer les données obtenues par lot et en cumulé :

- liste de dossiers transmis à DEFIS ;
- liste des dossiers par état (flux de récupération de la liste des dossiers correspondant à un état) ;
- liste des dossiers en erreur dans DEFIS (codes erreurs typés par flux) :
 - anomalies détectées lors de l'intégration des flux ;
 - contrôles de référentiels : autorisations, tarifs, codes...
 - respect des consignes de remplissage (ex : AT et n° d'accident obligatoire) ;
- exhaustivité des flux (présence / absence de flux par dossier) ;
- état de la facture (flux technique d'interrogation sur l'état de la facture) ;
- valorisation des dossiers (100% T2A, valorisation AMO, part patient) ;
- factures détaillées (format B2, VisualValoSej (fichiers de valorisation des séjours destiné aux établissements MCO ex-DG)) ;
- statut des factures (envoyées, payées, rejetées) ;
- factures rejetées et codes/libellés des rejets ;
- information sur la version des référentiels utilisés par DEFIS.

En complément, MOCA doit restituer des données sur les contrôles et validations de dossiers réalisés en son sein :

- détail de l'état des dossiers (bloqué, en erreur, validé, envoyé à DEFIS) ;

statistiques :

- actions réalisées sur le module lors des dernières 24h, semaine, mois ;
- suivi des contrôles réalisés ;
- fréquence de sollicitation des contrôles et décision appliquée ;
- pourcentage de résolution.

3.5 Fonctionnalités générales

3.5.1 Intégration des modifications réglementaires

MOCA devra intégrer au fil de l'eau les modifications réglementaires :

- CCAM ;
- CIM10 ;
- Ovalide ;
- ...

3.5.2 Traçabilité des contrôles et modifications apportées

Les contrôles réalisés ainsi que les modifications réalisées doivent être tracés dans le système et éditables ; les informations recherchées sont a minima :

- type de contrôle appliqué ;
- règle utilisée ;
- dossiers auxquels le contrôle a été appliqué ;
- date à laquelle le contrôle a été réalisé ;
- traçabilité des actions (ex : qui accède à quel dossier pour quel contrôle) et modifications par utilisateur ;
- horodatage des changements des états des dossiers.

3.5.3 Gestion des profils

MOCA doit permettre une gestion des profils et des droits par utilisateur et par groupe d'utilisateurs / métier (illustration : accès aux données médicales, accès aux dossiers validés et à certaines variables de ces dossiers uniquement).

3.5.4 Extraction des données

MOCA doit permettre une extraction des contrôles réalisés ainsi qu'une extraction complète des données permettant la sauvegarde des données et une reprise de l'historique et de l'intégralité des données en cas de changement d'éditeur, via un export dans l'un des formats habituels : XLS, XLSX, TXT, CSV...

L'industriel fournira à l'établissement le modèle conceptuel des données ou la description des tables.

3.5.5 Conformité au cahier des charges

La vérification de la conformité au cahier des charges sera effectuée par le 1^{er} établissement se dotant de la solution proposée par l'industriel.

4 ANNEXES

4.1 Liste des contrôles réalisés dans DEFIS avec codes erreurs

La liste des contrôles réalisés dans DEFIS est disponible ici : http://www.atih.sante.fr/plateformes-de-transmission-et-logiciels/logiciels-espace-de-telechargement/id_lot/933

4.2 Questions des industriels concernant les tests à réaliser avant mise en production du module

MOCA ne fera pas l'objet d'une certification. Pour toute question sur l'interface avec le module DEFIS de l'ATIH et le test des interfaces, les industriels et établissements peuvent s'adresser à defis@atih.sante.fr.

4.3 Fonctionnalités complémentaires souhaitées par le groupe de travail

En complément des fonctionnalités du module détaillées précédemment, le groupe de travail a identifié des fonctionnalités complémentaires qui pourront faire l'objet d'une demande de la part des établissements mais ne sont pas intégrées à cette version du cahier des charges fonctionnel national.

Il s'agit notamment de :

- l'intégration de données complémentaires aux flux normés et de l'intégration de ces données dans les contrôles. Ces données peuvent être par exemple :
 - les résultats de biologie (i.e. natrémie et kaliémie hors normes CIM10) ;
 - les résultats de bactériologie (germe codé en CIM10, caractérisé en BMR ou non) ;
 - les résultats d'anatomopathologie codés en CIM10 ;
 - fichier de transfusés ;
 - résultats de BMI du système d'information (instantané et mesures distantes) ;
 - les médicaments codés hors molécules onéreuses ;
 - dispositifs médicaux implantables hors ceux facturables en sus ;
 - les passages au bloc opératoire.
- l'identification par MOCA :
 - d'une liste des séjours à fusionner qui concernerait les séjours contigus/simultanés (ré-hospitalisation à J0 et J1) avec renvoi et blocage possible sur les RSS concernés (leur dépistage intégré serait un plus, par exemple au niveau des filtres proposés ;
 - d'une liste des séjours à transformer en activité externe.

- ☒ la possibilité de déléguer des contrôles comme par exemple un webservice avec envoi des données et retour d'un résultat ;
- ☒ l'estimation des encours (valorisation estimée des dossiers créés mais non facturés) : l'estimation doit être intégrée dans certains tableaux destinés au pilotage de la production (pour la méthode de calcul il y a plusieurs possibilités, par exemple basée sur le PMCT de l'UM de sortie ou le PMJP ; cette estimation statistique peut être complétée par la valorisation provisoire issue des données disponibles) :
 - d'une part pour les séjours sortis mais non facturés ;
 - d'autre part pour les séjours commencés mais non clos.

4.4 Socle de contrôles minimum définis par le groupe de travail

4.4.1 Vidhosp

type	Description du contrôle
Format	Vérifications de formats
	N° SS au format incorrect ou codés avec la valeur manquante "X"
	sexe et date de naissance codés avec la valeur manquante "X"
	taux de remboursement interdits (autres que les valeurs autorisées): par ex 81 %
	problèmes de codage des variables bloquantes de ANOHOSP avec non valorisation des séjours correspondants
	patients en attente de droits ou en attente de taux
	TM facturé malgré taux de prise en charge AMO à 100 %
	TM non facturé alors que taux AMO < 100 %
	(Tableaux MAT2A 02 03 04 et 05)

4.4.2 RSS

type	Description du contrôle
Actes	SÉJOUR AVEC ACTE OPERATOIRE MINEUR RECLASSANT DANS UN GHM MÉDICAL

type	Description du contrôle
Actes	Erreur FG G222 SÉJOUR AVEC ACTE OPERATOIRE NON MINEUR RECLASSANT DANS UN GHM MÉDICAL
Actes	Erreur FG C112 GESTE COMPLEMENTAIRE SANS ACTE PRINCIPAL
Actes	ERREUR FG 102 DATE DE REALISATION DE L'ACTE CCAM INCOHERENTE
Actes	Test DATIM 89 DP requérant un acte mais pas d'acte
Actes	Test DATIM 104 DP (ou DAS) de séance de dialyse sans acte de dialyse
Actes	Test DATIM 71 Séjour sans nuitée et acte externe admettant un FSE
Actes	Test DATIM 72 Séjour sans nuitée et acte externe admettant un FFM
Actes	Test DATIM 73 Séjour sans nuitée et acte externe "autre" (hors FSE FFM FSD)
Actes	Test DATIM 106 Séjour sans nuitée et acte externe admettant un FSD
Actes	Test DATIM 70 Séjour sans nuitée et sans acte
Actes	Erreur FG 148 ACTE INCOMPATIBLE AVEC LE SEXE INDIQUE
Actes	Acte de prélèvement d'organe et MS différent de 9
Diagnostic	Test DATIM 23 Incompatibilité Sexe/Diagnostics (DP DR ou DAS)
Diagnostic	Test DATIM 25 Incompatibilité Age/Diagnostics (DP DR ou DAS)
Diagnostic	Test DATIM 26 Diagnostic rare en DP
Diagnostic	Test DATIM 27 Diagnostic rare en DAS
Diagnostic	Test DATIM 30 Diagnostic inhabituel en DP
Diagnostic	Test DATIM 31 Code Z en DP et durée séjour > 15 j
Diagnostic	Test DATIM 33 Diagnostic imprécis en DP
Diagnostic	Test DATIM 34.1 Diagnostic imprécis en DR
Diagnostic	Test DATIM 34.2 Diagnostic imprécis en DAS

type	Description du contrôle
Diagnostic	Test DATIM 38 Code "symptôme" en DP
Diagnostic	Test DATIM 46 Code Z "Affection chronique" en DP mais pas de DR
Diagnostic	Test DATIM 48 Présence DR avec DP non Z
Diagnostic	Test DATIM 60 Code T d'intoxication en DAS et non en DP
Diagnostic	Test DATIM 67 Code T de complication en DP
Diagnostic	Actes de dialyse sans diagnostic d'IRA ou IRC
Diagnostic	Diagnostic d'IRC avec dépendance dialyse sur séjours durée > 4 jours sans acte dialyse
Diagnostic	Séjours avec un code "Z" en DP (hors "Soins Palliatifs") et une durée de séjour supérieure à 15 jours sans DAS ou groupé dans un GHM niveau 1, 2 ou Z
Diagnostic	Séjours avec un code Z en DP et un mode de sortie décès (hors soins palliatifs)
Diagnostic	DP Z515 et GHM hors racine 23Z02
Diagnostic	Test DATIM 84 Code Z "Surveillance ou traitement tumeur" en DP mais pas de DR ou DR différent de cancer
GHM	Test DATIM 36 Racine GHM 23C02
GHM	Test DATIM 37 Racine GHM 23M06
GHM	Test DATIM 68 GHM 23M02Z
GHM	Test DATIM 69 GHM 23M16Z
GHM	Test DATIM 82 GHM 23M20Z
GHM	Test DATIM 66 Niveau GHM en Z, 1 ou 2 et (plus de 30 ?) EXB
GHM	Erreur C223 CONFIRMATION DU RSS NÉCESSAIRE ET PRÉSENTE
Séquences atypiques	Test DATIM 98 et 112
Autorisation / Lit	Racine GHM 23Z02Z hors USP ou UF avec LISP
Autorisation / Lit	Passage en REA ou Néonats sans supplément REA ou NN
Autorisation / Lit	Séjour en CHIR AMBU et GHM médical
obstétrique	Test DATIM 54 Codage incorrect IVG ou IMG

type	Description du contrôle
obstétrique	Séjours avec acte d'accouchement sans code Z37_ (Résultat de l'accouchement) en DAS
obstétrique	Séjours de nouveau-nés avec DP en Z38_ absence de DAS mais présence acte (autre que dépistage surdité)
obstétrique	Séjours avec Z37_ d'accouchement sans acte
obstétrique	Séjours avec grossesse évolutive ou non sans DDR ou AG
obstétrique	Séjours d'antepartum sans Z35_
obstétrique	Séjours dans le GHM 15Z10E (Mort-nés) avec un âge en jours à l'entrée différent de 0
obstétrique	Séjours pour DP de mort-né (P95) avec une durée de séjour différente de 0 ou un MS différent de 9
obstétrique	Séjours d'accouchement en dehors de la CMD 14 et de Nouveau né en dehors de CMD 15
obstétrique	Coexistence de codes d'obstétrique et de néonatalogie (diagnostic en O Z35 Z37 Z39 avec diagnostic en P Z38)
obstétrique	DDR inconsistante ou incohérente avec date d'entrée
obstétrique	Forceps ou ventouse sans acte et inversement
obstétrique	Diagnostic césarienne sans acte et inversement
obstétrique	Forceps ou ventouse sans acte d'accouchement VB
obstétrique	Césarienne sans motif (DP O82_)
obstétrique	Cohérence entre diagnostics de la mère et diagnostics du nouveau-né naissance par forceps, ventouse, césarienne, siège grossesse multiple (O30_ et Z37_ naissances multiples) et codes P015 et Z38_ correspondant)
obstétrique	Cohérence entre diagnostic et PN ou AG du nouveau-né (Préma RCIU ...)
obstétrique	Discordance entre AG codé et AG calculé d'après DDR et date accouchement
Autres contrôles	DP de séance DE = DS mais nb séances différent de 1 (Groupage hors CMD 28)
Autres contrôles	Séjours d'une durée < 48 H ou maximum 1 nuitée avec entrée et sortie par transfert (PIE ou PIA possibles)
Autres contrôles	CP absents imprécis erronés ou interdits (type CEDEX) aboutissant à un code géographique en "__999"
Autres contrôles	CIRCULAIRE FRONTIERE (RUM avec DE=DS, ME=MS=8DP hors séances et UM hors UHCD)

4.4.3 Fichcomp MO

type	erreur code	Description du contrôle	Commentaire	
Fichcomp		Somme négative ou nulle des quantités pour le séjour		
Fichcomp		Somme négative ou nulle du montant pour le séjour		
Fichcomp		Quantité et montant de signes différents		
format_Fichcomp	C001	La ligne de texte n'a pas la bonne longueur		
format_Fichcomp	C002	Le champ "date d'administration" ne contient pas une date valide (JJMMAAAA)		
format_Fichcomp	C003	Le champ "nombre administré" ne contient pas une valeur numérique valide (7+3)		
format_Fichcomp	C004	Le champ "montant" ne contient pas une valeur numérique valide (7+3)		
format_Fichcomp	C006	Le champ "type de prestation" doit être égale à "06" ou "09" ou "10"		
format_Fichcomp	C007	Le champ "validation initiale" doit être égale à "1" (oui) ou "2" (non)		
format_Fichcomp	C008	Le champ "n° Administratif local de séjour" doit être renseigné		
format_Fichcomp	C009	Le champ "FINESS" n'est pas renseigné		
lien fichier pharmaceutique local		Valeur du champ attendue à 1		
lien fichier pharmaceutique local		Dose administrée hors normes		
lien table_UCD		Discordance tarifs par rapport au tarif de responsabilité	Signalement à la pharmacie de codes UCD utilisés à tort ou de tarifs très discordants par rapport aux tarifs de responsabilité	nécessite de disposer de tables historisées en temps réel
lien table_UCD	C005	Le code UCD est inconnu		

type	erreur code	Description du contrôle	Commentaire	
lien table_UCD		Le code UCD est absent		
lien table_UCD		Le code UCD est non valide pour la date administration		
lien table_UCD		Montant incorrect en fonction des tarifs et nombre administré		

4.4.4 Fichcomp DMI

type	erreur code	Description du contrôle	Commentaire	
Fichcomp		Somme négative ou nulle des quantités pour le séjour		
Fichcomp		Somme négative ou nulle du montant pour le séjour		
Fichcomp		Quantité et montant de signes différents		
format_Fichcomp	C001	La ligne de texte n'a pas la bonne longueur		
format_Fichcomp	C002	Le champ "date de pose" ne contient pas une date valide (JJMMAAAA)		
format_Fichcomp	C003	Le champ "nombre posé" ne contient pas une valeur numérique valide (10+0)		
format_Fichcomp	C004	Le champ "montant" ne contient pas une valeur numérique valide (7+3)		
format_Fichcomp	C005	Le code LPP est inconnu		
format_Fichcomp	C006	Le champ "type de prestation" doit être égale à "02"		
format_Fichcomp	C007	Le champ "n° Administratif local de séjour" doit être renseigné		
format_Fichcomp	C008	Le champ "FINESS" n'est pas renseigné		
lien fichier pharmaceutique local		LPP non inscrit sur base locale (achat)		
lien fichier pharmaceutique local		LPP non inscrit sur base locale (traçabilité pose)		
lien fichier pharmaceutique local		Nbre LPP improbable	Eg. 2 matériels de PTH sur même séjour	
lien table CCAM_LPP		Code CCAM absent ou aucun qui correspondrait au LPP	table CCAM_LP	

type	erreur code	Description du contrôle	Commentaire	
			P non disponible a ce jour	
lien table CCAM_LPP		LPP absent en face d'un code CCAM associé à une pose	table CCAM_LP P non disponible a ce jour	
lien table_LPP	C005	Le code LPP est inconnu		Adéquation des codes LPP dans FICHCOMP DMI et des diagnostics et/ou actes codés dans RSS
lien table_LPP		Le code LPP est absent		
lien table_LPP		Le code LPP est non valide pour la date administration		
lien table_LPP		Discordance tarifs par rapport au prix d'achat	Signalement à la pharmacie de codes LPP utilisés à tort ou de tarifs très discordants par rapport aux tarifs de responsabilité	
lien table_LPP		Montant incorrect en fonction des tarifs et nombre administré		

4.4.5 Fichcomp PO

type	erreur code	Description du contrôle	Commentaire	
format_Fichcomp	C001	La ligne de texte n'a pas la bonne longueur		
format_Fichcomp	C002	Le champ "date de réalisation du prélèvement" ne contient pas une date valide (DDMMAAAA)		
format_Fichcomp	C003	Le champ "nombre de prélèvements" ne contient pas une valeur numérique valide (10+0)		
format_Fichcomp	C004	Le champ "nombre de prélèvements" doit être égal à 1		
format_Fichcomp	C005	Le code PO est inconnu	les codes autorisés sont : PO1, PO2, PO3, PO4, PO5, PO6, PO7, PO8, PO9, POA).	
format_Fichcomp		Le code PO est absent		
format_Fichcomp	C006	Le champ "type de prestation" doit être égal à "03"		
format_Fichcomp	C007	Le champ "n°Administratif local de séjour" doit être renseigné		
format_Fichcomp	C008	Le champ "FINESS" n'est pas renseigné		

4.4.6 Fichcomp PIE

type	erreur code	Description du contrôle	Commentaire	
format_Fichcomp	C001	La ligne de texte n'a pas la bonne longueur		
format_Fichcomp	C002	Le champ "date de début de prestation" ne contient pas une date valide (JJMMAAAA)		
format_Fichcomp	C003	Le champ "date de fin de prestation" ne contient pas une date valide		

type	erreur code	Description du contrôle	Commentaire
		(JJMMAAAA)	
format_Fichcomp	C004	La date de fin doit être supérieure ou égale à la date de début de prestation	
format_Fichcomp	C005	Le champ "nombre de suppléments" ne contient pas une valeur numérique valide (10+0)	
format_Fichcomp	C006	Le code de la prestation est inconnu	
format_Fichcomp		Le code de prestation est unique et limité à la liste REA, SRA, SSC, SRC, STF, NN1, NN2, NN3	
format_Fichcomp	C007	Le champ "type de prestation" doit être égale à "04"	
format_Fichcomp	C008	Le champ "n° Administratif local de séjour" doit être renseigné	
format_Fichcomp	C009	Le champ "FINESS" n'est pas renseigné	ES=B ici: ES prestataire
lien fichier pharmaceutique local		si LPP lié alors absent de fichcomp	
lien fichier pharmaceutique local		si UCD lié alors absent de fichcomp	

4.4.7 Fichcomp ORP

type	Description du contrôle
format_Fichcomp	La ligne de texte n'a pas la bonne longueur
format_Fichcomp	Code issu de la nomenclature "ORPHA"
format_Fichcomp	Le champ "type de prestation" doit être égale à "52"
format_Fichcomp	Le champ "n° Administratif local de séjour" doit être renseigné
format_Fichcomp	Le champ "FINESS" n'est pas renseigné
lien RSS	Le numéro FINESS renseigné n'est pas celui du fichier RSS
lien RSS	Le n° administratif de séjour n'apparaît pas dans le RSS

4.4.8 Fichcomp DIP

type	erreur code	Description du contrôle
format_Fichcomp	C001	La ligne de texte n'a pas la bonne longueur
format_Fichcomp	C002	Le champ "date de début de séjour" ne contient pas une date valide (JJMMAAAA)
format_Fichcomp	C003	Le champ "date de fin de séjour" ne contient pas une date valide (JJMMAAAA)
format_Fichcomp	C004	La date de fin doit être supérieure ou égale à la date de début de séjour
format_Fichcomp	C005	Le champ "nombre de suppléments" ne contient pas une valeur numérique valide (10+0)
format_Fichcomp	C006	La durée du séjour doit être supérieure ou égale au nombre de suppléments
format_Fichcomp	C007	Le code doit être égal à "DIP"
format_Fichcomp	C008	Le champ "type de prestation" doit être égale à "07"
format_Fichcomp	C009	Le champ "n° Administratif local de séjour" doit être renseigné
format_Fichcomp	C010	Le champ "FINESS" n'est pas renseigné

4.4.9 Fichcomp PIP

type	erreur code	Description du contrôle
format_Fichcomp	C001	La ligne de texte n'a pas la bonne longueur
format_Fichcomp	C007	Le code doit être égal à "PIP"
format_Fichcomp	C008	Le champ "type de prestation" doit être égale à "51"
format_Fichcomp	C009	Le champ "n° Administratif local de séjour" doit être renseigné
format_Fichcomp	C010	Le champ "FINESS" n'est pas renseigné

4.4.10 Croisement Vidhosp – RSS

type	Description du contrôle
lien Vidhosp	Vérifier que chaque RSS a un Vidhosp
lien Vidhosp	Vérifier le motif d'absence de RSS pour tout numéro de séjour présent dans Vidhosp
lien Vidhosp	Pour les nouveau-nés, vérifier la variable « présence auprès de la mère »
lien Vidhosp	Pour les nouveau-nés, vérifier la présence du numéro de séjour de la mère si

type	Description du contrôle
	hospitalisée en même temps
lien Vidhosp	Pour patient hospitalisé pour PO vérifier le codage variable correspondante
lien Vidhosp	Détection des séjours non pris en compte dans la valorisation, notamment les séjours avec problème de codage des variables bloquantes signalé dans le « ctl_mt2a.synth.log.txt » du log de GenRSA
lien Vidhosp	DATIM test 98 Séjours contigus avec DS1 « DE2 ou DE 2 » DS 1 + 1 jour
lien Vidhosp	DATIM test 112 Séjours simultanés
lien Vidhosp	Comparaison des données de Vidhosp et séjours avec GHS 9999 hors IVG
lien Vidhosp	Comparaison des données Vidhosp pour séjour avec acte CCAM de chirurgie esthétique ou de confort hors GHM 09Z02Z ou 23Z03Z
lien Vidhosp	Vérification du nombre de venues pour les numéros de séjour correspondant aux séances de chimiothérapie, de radiothérapie ou de dialyse si un numéro de séjour est utilisé mensuellement ou pour l'ensemble du traitement

4.4.11 Croisement Vidhosp – Fichcomp MO

type	Description du contrôle	Commentaire
lien Vidhosp	MO des séjours "supprimés" ou valorisés à 0	MAT2A_tableaux 36 accéder aux numsej en lien avec atypies décrites sur MAT2A qui seraient alors établis sur RSS

4.4.12 Croisement Vidhosp – Fichcomp DMI

type	Description du contrôle
lien Vidhosp	DMI des séjours "supprimés" ou valorisés à 0

4.4.13 Croisement Vidhosp – Fichcomp PO

type	Description du contrôle	Commentaire	
fichier_AnoHosp	Code retour contrôle « Hospitalisation pour prélèvement d'organe » =1	position 79 V008	0 : RAS 1 : Code non autorisé (1 pour oui, laisser à vide sinon)
fichier_AnoHosp	Hospitalisation pour prélèvement d'organe	position 168 V008	
fichier_VidHosp	"Hospitalisation pour prélèvement d'organe" vide	position 135 V008 //1 pour oui laisser à vide sinon	
fichier_VidHosp	PO non valorisés	tableau 27A	
fichier_VidHosp	Nombre de PO non facturables AMO > nombre de PO sur séjour avec patient arrivées décédés	tableau 27B	

4.4.14 Croisement Vidhosp – Fichcomp PIE

type	Description du contrôle
lien Vidhosp	Vérification données VIDHOSP non facturable AMO motif 5 pour PIE
lien Vidhosp	Inversement recherche données VIDHOSP non facturable AMO motif 5 hors PIE

4.4.15 Croisement RSS – Fichcomp MO

type	Description du contrôle	Commentaire	
lien RSS	Erreur FINESS - n'est pas le bon		
lien RSS	Administration hors dates du séjour	cas des séances avec un seul numéro RSS : Vérification de la présence de la date d'administration à l'intérieur des bornes du numéro	

type	Description du contrôle	Commentaire	
		de séjour et sur un jour de présence si numsej mensuel de séances	
lien RSS	Ligne Fichcomp associée à aucun séjour	MO avec numéro de séjour et date d'administration corrects mais numéro de séjour absent de l'export RSS car séjour non codé ou mal codé avec erreur bloquante ou RSS non clos (et donc exclu de l'export par choix du DIM)	MO avec numéro de séjour absent de l'export RSS car correspondant soit à un numéro de séjour d'autres champs PMSI (SSR HAD ou PSY) soit à un numéro de venue en consultation externe
lien RSS	MO des PIE ou PIA		
lien table DIAG_UCD	RSS avec MON sans Diagnostic correspondant	Fonctionnalité complémentaire	
lien table DIAG_UCD	Adéquation des codes UCD dans FICHCOMP MO et des diagnostics codés dans RSS (CBUM, AMM ...)		

4.4.16 Croisement RSS – Fichcomp DMI

type	Description du contrôle	Commentaire	
lien RSS	Erreur FINESS - n'est pas le bon		
lien RSS	Pose hors dates du séjour		
lien RSS	Ligne Fichcomp associée à aucun séjour	DMI avec numéro de séjour et date de pose corrects mais numéro de séjour absent de l'export RSS car séjour non codé ou mal codé avec erreur bloquante ou RSS non clos (et donc exclu de l'export par	DMI avec numéro de séjour absent de l'export RSS car correspondant soit à un numéro de séjour d'autres champs PMSI (SSR HAD ou PSY) soit à un numéro de venue

type	Description du contrôle	Commentaire	
		choix du DIM)	en consultation externe
lien RSS	DMI des PIE ou PIA		
lien RSS	non cohérence DMI et actes sur quelques racines	MAT2A_tableaux T38 : Valorisation des dispositifs médicaux implantables T39 : Analyse de la cohérence des DM et des actes	accéder aux numsej en lien avec atypies décrites sur MAT2Alike qui seraient alors établis sur RSS
lien table CCAM_LPP	Code CCAM absent ou aucun qui correspondrait au LPP	table CCAM_LPP non disponible a ce jour	
lien table CCAM_LPP	LPP absent en face d'un code CCAM associé à une pose	table CCAM_LPP non disponible a ce jour	

4.4.17 Croisement RSS – Fichcomp PIE

type	Description du contrôle	Commentaire	
lien RSS	Erreur FINESS - n'est pas le bon		
lien RSS	un seul numéro RSS par numéro de séjour (sinon enregistrement non exporté)		
lien RSS	le nombre de suppléments (par séjour) n'est pas compatible avec la durée du séjour	exemple ≥ 2	plus globalement, le tableau MAT2A 28F: présente le nombre de suppléments déclarés ou valorisés (y compris ceux du fichier PIE)
lien RSS	durée de séjour non compatible avec PIE	$(DS-DE) > 1$	
lien RSS	DS=0 alors exclusion de certaines séances (chimio, radiothérapie et dialyse)		
lien RSS	acte CCAM absent		
lien RSS	acte CCAM classant absent		
lien RSS	Z75.80 absent		
lien RSS	acte sur activité soumise à autorisation	séjours avec	

type	Description du contrôle	Commentaire	
	non acquise et Z75.80 absent	Z7580 (PIE type A)	

4.4.18 Croisement RSS – Fichcomp PIP

type	Description du contrôle	Commentaire	
lien RSS	CCAM : liste fermée (QEGA001 à4, QEKA001à2	codage pmsi: instruction DGOS du 25 janvier 2012	consignes pour DP (même circulaire)
lien RSS	Le numéro FINESS renseigné n'est pas celui du fichier RSS		
lien RSS	Le n° administratif de séjour n'apparaît pas dans le RSS		
lien RSS	un seul enregistrement PIP possible par séjour	code retour PI01	

4.4.19 Croisement RSS – Fichcomp DIP

type	Description du contrôle	Commentaire	
lien RSS	Le num FINESS renseigné n'est pas celui du fichier RSS		
lien RSS	Le n° administratif de séjour n'apparaît pas dans le RSS		
lien RSS	La date de fin du RSS rattaché doit être supérieure ou égale au 1er mars 2010.		
lien RSS	Le n° administratif de séjour n'apparaît pas dans le RSS		
lien RSS	Le nombre de suppléments DIP déclaré ne doit pas dépasser le nombre de jours défini par l'intervalle [Date de début – Date de fin].		
lien RSS	L'intervalle [Date de début – Date de fin] doit être inclus dans l'intervalle [Date de début du RSS rattaché – Date de fin du RSS rattaché].		
lien RSS	Pour un même séjour, les dates de début et de fin ne doivent pas se chevaucher.		
lien RSS	Le nombre total de suppléments DIP ne doit pas dépasser la durée du séjour du		

type	Description du contrôle	Commentaire	
	RSS rattaché.		
lien RSS	CCAM JVJB001 et/ou JVJB002		
lien RSS et règles	Nombre de DIP calculé par rapport présence actes CCAM de DIP et respect règles de calcul	tableau 25 MAT2A Séances et actes de dialyse en hospitalisation	

4.4.20 Croisement RSS – Fichcomp PO

type	erreur code	Description du contrôle	Commentaire	
lien RSS		Le code PO est non valide pour la date de réalisation		
lien RSS		Le champ "n° Administratif local de séjour" doit correspondre à celui du RSS		
lien RSS		Erreur FINESS - n'est pas le bon		
lien RSS		réalisation hors dates du séjour		
lien RSS		Comparaison forfaits PO et actes CCAM de prélèvement d'organe	liste CCAM_PO	
lien RSS		Vérifier codage correspondant des Z52		
lien RSS	PG02	Un code PO de la liste PO1, PO2, PO3, PO4 n'est pas associé à un code PO de la liste PO5, PO6, PO7, PO8, PO9, POA		
lien RSS	PG03	Un code PO de la liste PO5, PO6, PO7, PO8, PO9, POA n'est pas associé à un code PO de la liste PO1, PO2, PO3, PO4		
lien RSS	PG04	Un code PO de la liste PO1, PO2, PO3 est déclaré alors que la fonction groupage n'en trouve pas		
lien RSS	PG05	Pas de PO déclaré alors que la fonction groupage en trouve		
lien RSS		Mode sortie différent de 9	les codes PO1, PO2, PO3 et PO4 sont obligatoirement associés	

type	erreur code	Description du contrôle	Commentaire	
			aux séjours à l'issue desquels le patient décède	
lien RSS		EQMF003 absent		
lien RSS (ou fichier LEG)	PG01	Un même code PO (prélèvement d'organe) est déclaré plusieurs fois pour un même n°administratif local de séjour	erreur 5 dans fichier LEG (code retour)	actuellement suppression d'un doublon

5 GLOSSAIRE

ACE	Actes et consultations externes
AMO	Assurance maladie obligatoire
AT	Accident du travail
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
BMR	Bactérie multi-résistante
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CIM10	Classification internationale des maladies 10e révision
CMA	Complication ou morbidité associée
CMD	Catégories majeurs diagnostiques
Contrôles inter-flux	Contrôles réalisés à partir de plusieurs flux de facturation, par exemple RSS groupés et Vidhosp
Contrôles intra-flux	Contrôles réalisés à partir des données d'un seul flux de facturation, par exemple les RSS groupés
DAF	Direction des affaires financières
DALIA	Outil d'aide à l'analyse intra-établissement des informations du PMSI
DATIM	Dépistage des atypies de l'information médicale
DEFIS	Dispositif d'élaboration des factures individuelles des séjours
DIM	Département d'information médicale
DIP	Dialyse péritonéale (suppléments DIP)
DMI	Dispositifs médicaux implantables
DP	Diagnostic principal
ePMSI	Plateforme de l'ATIH conçue pour la transmission des fichiers PMSI
EPS	Etablissements publics de santé
EXB	Extrême bas
ex-DG	Anciennement sous dotation globale
EXH	Extrême haut
ex-OQN	Anciennement sous objectif quantifié national
FIDES	Facturation individuelle des établissements de santé
FINESS	Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux
GENRSA	Module d'anonymisation et de chaînage des séjours
GHM	Groupes homogènes de malades
GHS	Groupes homogènes de séjour

HdJ	Hôpital de jour
LPP	Liste des produits et des prestations
MO	Molécules onéreuses
MOCA	MOdule de Centralisation et d'Analyse des flux pré-DEFIS
N° SS	Numéro de sécurité sociale (numéro d'inscription au répertoire)
NIR	Numéro d'inscription au répertoire (numéro de sécurité sociale)
NOEMIE	Norme Ouverte Entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs
ORP	Maladies rares : format introduit en M12 2012
Ovalide	Outil de VALIdation des Données des Etablissements de santé
PIE	Prestations inter-établissements
PIP	Poly implant prothèse
PMCT	Poids moyen du cas traité (en recette)
PMJP	Poids moyen de la journée de présence (en recette)
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNL	Établissements privés à but non lucratif
PO	Prélèvement d'organes
RSS	Résumé de sortie standardisé
T2A	Tarifcation à l'activité
TIM	Technicien de l'information médicale
TM	Ticket modérateur
UCD	Unité commune de dispensation
UF	Unité fonctionnelle
UHCD	Unité d'hospitalisation de courte durée
UM	Unité médicale
Visualvalosej	Fichier produit par l'ATIH fournissant la valorisation des dossiers d'hospitalisation transmis