

Projet FIDES

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

**Version provisoire (juin 2013)
pour appel à commentaires publics**

Sommaire

Sommaire

Introduction	3
1. Contexte : les besoins exprimés par les établissements de santé	4
1.1 Le projet FIDES.....	4
1.2 Le groupe de travail des DIM	4
2. Contexte : les objectifs du module de centralisation et d'analyse des flux en amont de DEFIS	6
2.1 Le moteur de facturation DEFIS	6
2.2 Le schéma de la facturation sans module de contrôle	8
2.3 Le schéma de la facturation avec MOCA	9
3. Les fonctionnalités attendues du module de centralisation et d'analyse des flux en amont de DEFIS.....	10
3.1 Contrôles réalisés avant envoi à DEFIS	10
3.1.1 Bibliothèque de contrôles devant être intégrée	10
3.1.2 Activation/désactivation des contrôles	11
3.1.3 Niveau de criticité des contrôles.....	11
3.1.4 Rattachement des contrôles à des référents.....	11
3.1.5 Historisation et mises à jour des contrôles	12
3.2 Exploitation des contrôles réalisés avant envoi à DEFIS	12
3.2.1 Création de listes de travail	12
3.2.2 Validation des dossiers.....	12
3.3 Pilotage de DEFIS.....	13
3.4 Tableaux de bord de restitution	13
3.4.1 Pilotage du processus de production	14
3.4.2 Tableaux de pilotage de la production des factures.....	14
3.4.3 Tableaux de suivi de l'activité et de sa valorisation.....	15
3.4.4 Tableaux de restitution de DEFIS.....	15
3.5 Fonctionnalités générales complémentaires	16
3.5.1 Traçabilité des contrôles et modifications apportées	16
3.5.2 Gestion des profils.....	16
3.5.3 Extraction des données	17
4. Annexes	18
4.1 Liste des contrôles réalisés dans DEFIS avec codes erreurs	18
4.2 Questions des industriels concernant les tests à réaliser avant mise en production du module.....	18
4.3 Fonctionnalités complémentaires souhaitées par le groupe de travail.....	18
4.4 Socle de contrôles minimum définis par le groupe de travail	19
5. Glossaire	33

Introduction

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

Le présent document constitue le projet de cahier des charges du module de centralisation et d'analyse des flux en amont de DEFIS (MOCA). Ce cahier des charges est destiné à faire l'objet d'une phase de commentaires publics au cours des mois de juin et juillet 2013 afin de recueillir l'ensemble des remarques des différents acteurs concernés sur les fonctionnalités proposées, le socle de contrôles et l'ensemble du document (clarté des fonctionnalités, niveau de détail, etc.). A cette fin, il est disponible en téléchargement sur le site internet du ministère des affaires sociales et de la santé, rubriques systèmes d'information des offreurs de soins : <http://www.sante.gouv.fr/les-systemes-d-information-des-offreurs-de-soins>, rubrique FIDES : <http://www.sante.gouv.fr/facturation-individuelle-des-etablissements-de-sante.html>, ainsi que sur les sites internet de l'ANAP (www.anap.fr) et de l'ATIH (www.atih.sante.fr).

L'ensemble des acteurs concernés peut adresser ses commentaires sur ce document en remplissant le fichier de saisie des commentaires, disponible en téléchargement avec ce document, et en le renvoyant, avant le 18 juillet 2013, à l'adresse dqos-msios@sante.gouv.fr.

Ce document sera publié après une analyse des commentaires reçus, au second semestre 2013. Il s'adressera aux établissements de santé publics et privés d'intérêt collectif 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 constituera la version 1 du cahier des charges 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 privés d'intérêt collectif vers l'Assurance Maladie obligatoire.

L'ensemble des documents relatifs au projet FIDES (cahier 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.

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*) ; 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,
- 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.

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 et généralisée aux 1 000 établissements de santé publics et ESPIC. Elle montre une très forte hétérogénéité de ces systèmes d'information, et que tous les établissements ne disposent pas d'un outil de contrôle qualité inter-flux.

Dans ce cadre, il est apparu nécessaire d'étudier la maîtrise de l'alimentation de DEFIS et les contrôles qualité à mettre en œuvre qui permettraient de déclarer un séjour comme pouvant être envoyé en facturation. En effet, afin de permettre l'élaboration des factures, DEFIS a besoin d'avoir un top signalant que la facture est complète. La facture comporte des éléments obligatoires (informations patients -VIDHOSP-, informations médicales -RSS-groupés-), mais elle peut comporter également des éléments non présents de manière systématique (Médicament ou DMI en sus, ...).

Suite à ces constats et des interventions et échanges avec des établissements et médecins DIM, un groupe de travail des 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) ;

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

- 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'impacts 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 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-flux et inter-flux 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.

Version pour appel à commentaires publics

2. Contexte : les objectifs du module de centralisation et d'analyse des flux en amont de DEFIS

Le module de centralisation et d'analyse des flux décrit dans ce document a pour objectifs de :

- S'assurer de la facturabilité des séjours, Permettre aux établissements de facturer au plus juste dans les meilleurs délais en s'assurant de la complétude et de la qualité des données ;
- Outiller le pilotage.

2.1 Le moteur de facturation DEFIS

Le moteur de facturation DEFIS développé par l'ATIH concerne uniquement la valorisation de la part AMO sur les séjours d'hospitalisation : il transforme la gestion de la valorisation des séjours aboutissant à l'élaboration des arrêtés de versement à travers le système GENRSA/ePMSI/MAT2A en un système de facturation propre à l'établissement.

DEFIS n'a pas vocation à être un outil de contrôle qualité : les contrôles qu'il intègre sont ceux nécessaires à l'établissement des factures et concernent les flux nécessaires à la facturation : RSS groupés, Fichcomp (MO, DMI, PO, DIP, PIE, PIP, ORP), Vidhosp.

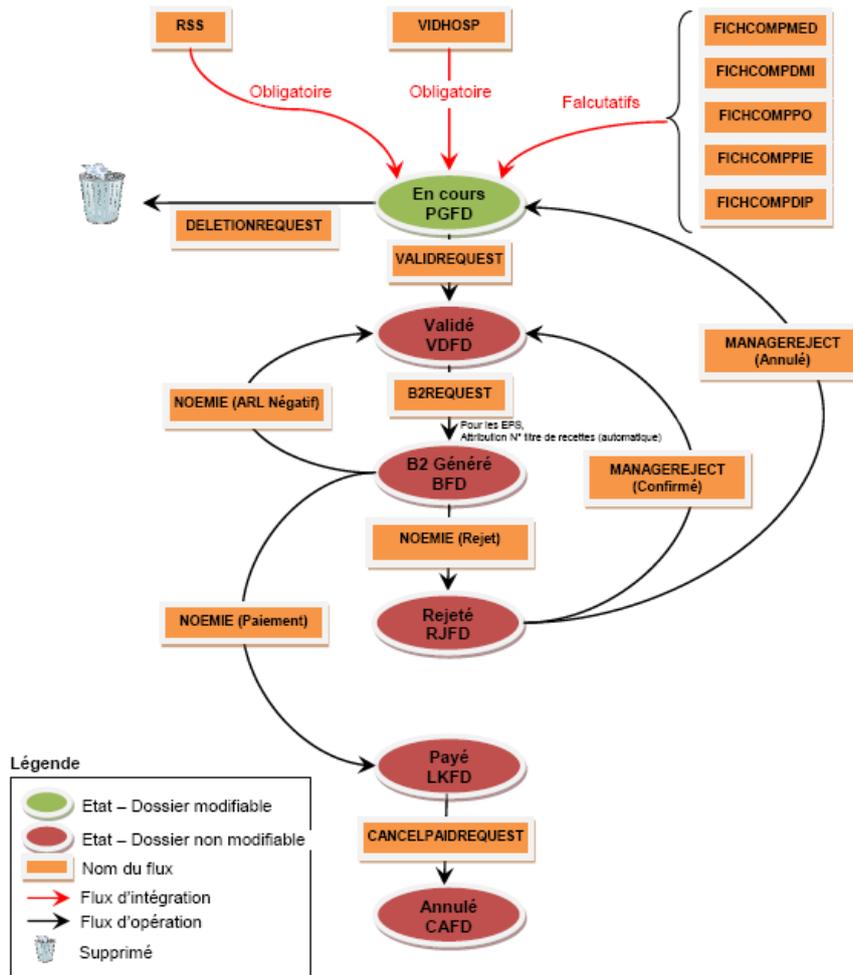
Les contrôles réalisés dans DEFIS sont disponibles en annexe 3.3 du présent document. Ils sont de trois types:

1. Contrôles lors de l'intégration des flux : contrôles de format (par exemple : date au format JJMMAAAA, champ « finess » non renseigné, etc.) ;
2. Contrôles lors de la validation (correspond à l'étape de l'envoi de la facturation) ;
3. Contrôles lors de la production des factures ou génération B2 (mêmes contrôles que lors de la validation (étape précédente)).

Les moyens permettant la communication avec DEFIS sont :

- Envoi de flux (webservice) ;
- Répertoire tampon ;
- Accès par l'interface DEFIS.

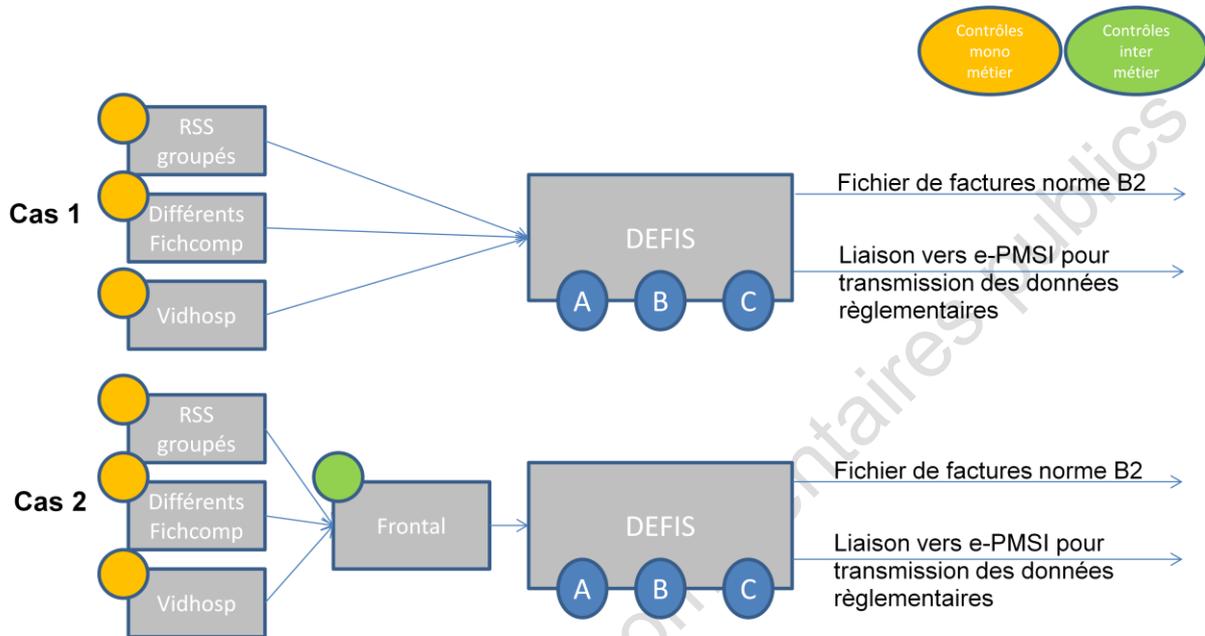
Le cycle de vie d'une facture dans DEFIS est le suivant :



Version po

2.2 Le schéma de la facturation sans module de contrôle

Les schémas ci-dessous représentent les modalités d'échanges de flux pour les établissements expérimentateurs du volet séjours sans mise en place du module de centralisation et analyse des flux en amont de DEFIS :



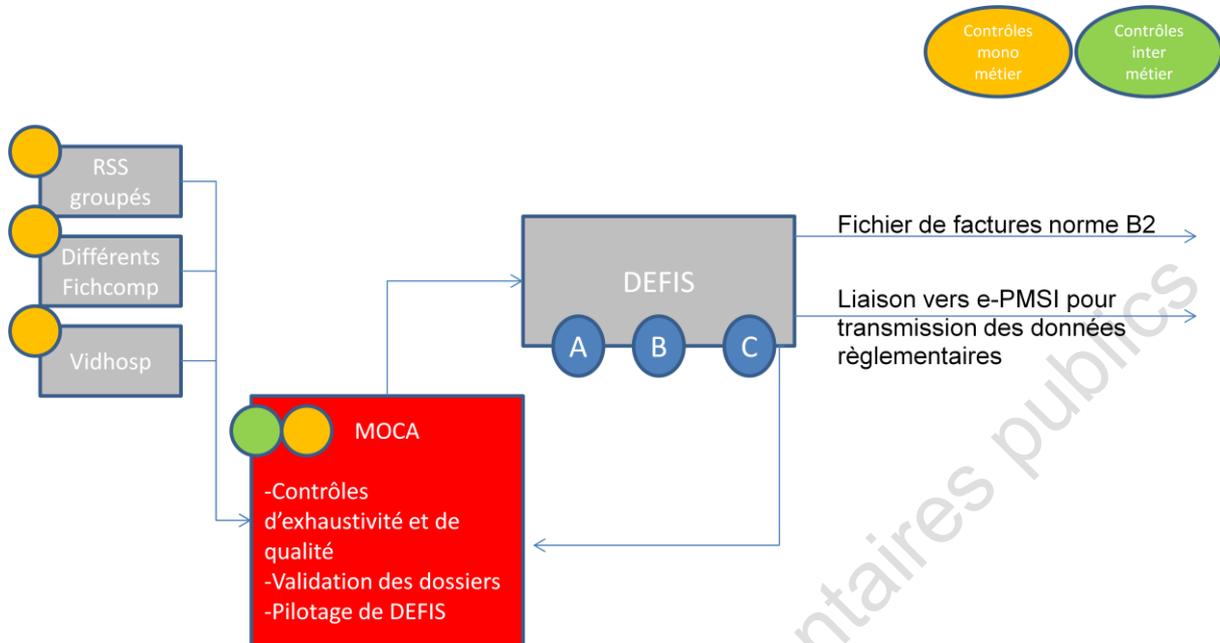
Légende :

- A : Contrôles lors de l'intégration des flux
- B : Contrôles lors de la validation
- C : Contrôles lors de la production des factures (mêmes contrôles que en B).

Dans le cas 1 ci-dessus, les différents applicatifs sources des fichiers d'activité et administratifs (RSS groupés, Fichcomp et Vidhosp) réalisent des contrôles de qualité intra-flux, cependant aucun contrôle inter-flux n'est réalisé en dehors de DEFIS.

Dans le cas 2 ci-dessus, un frontal est mis en œuvre qui permet la réalisation de contrôles inter-flux et intra-flux. Ce schéma peut correspondre au schéma cible s'il est complété d'une interrogation de DEFIS.

2.3 Le schéma de la facturation avec MOCA



Légende :

- A : Contrôles lors de l'intégration des flux
- B : Contrôles lors de la validation
- C : Contrôles lors de la production des factures (mêmes contrôles que en B).

Les principales fonctionnalités attendues du module de centralisation et d'analyse des flux en amont de DEFIS sont :

- Contrôles intra-flux ;
- Contrôles inter-flux ;
- Pilotage de DEFIS ;
- Tableaux de bord de restitution.

3. Les fonctionnalités attendues du module de centralisation et d'analyse des flux en amont de DEFIS

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 le module. 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 (UCD périmé, valorisation)
 - Des contrôles qualité (ex : incompatibilité sexe-diagnostic, clé NIR incompatible avec la racine, etc.).
- Les contrôles inter-flux sont réalisés par le module 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
 - Des contrôles qualité (ex :
 - erreurs de groupage,
 - tests DATIM de type Q3 (disponibles ici : <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=00024000B0FF>),
 - données du Fichcomp médicaments en dehors de la période du séjour,
 - séjour sans DMI et actes ou GHM supposant un ou des DMI
 - séjour sans MO et diagnostic supposant un ou des MO
 - 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 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 intraflux ou interflux)
- 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 être en capacité de 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...).

3.1.2 Activation/désactivation des contrôles

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

Le module 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 arrivé à cette échéance.
- 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 :

- A chaque changement de nomenclature et évolution réglementaire
- A chaque mise à jour du socle minimum de contrôles

3.2 A chaque mise à jour du guide des interfaces de DEFIS, qui détaille les différents flux devant alimenter DEFIS. Exploitation des contrôles réalisés avant envoi à DEFIS

3.2.1 Création de listes de travail

Le module 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.

Le module 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

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

- Soit l'envoi des seuls dossiers validés au sein du module de centralisation et d'analyse des flux
- Soit l'envoi de tous les dossiers, avec un pilotage de DEFIS indiquant la suppression ou validation.

Le module doit présenter :

- Les dossiers non validés (présentation des volumes, % et valorisation et RSS pour les dossiers non validés)
- aux différentes étapes (et 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
 - A l'étape de codage mais codage non validé
 - Codage réalisé mais pas en feu vert pour la totalité des tests
 - Pas en 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 de dossiers (ex : en cas de flux manquant) avec mise à jour automatique du statut en fonction des données du dossier
- 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 blocage (ex : blocage systématique des Fichcomp PO qui doivent être étudiés individuellement avant envoi, blocage d'un dossier en attente de DMI).

Les filtres proposés doivent 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 (Chir ambu, HdJ, UHCD, Chir, Médecine, Obstétrique etc...)
- par durée de séjour (0 nuits, >3 nuits, durée longue)
- par caractéristiques du patient (âge, mode d'entrée, sexe, ...)
- par test intraflux, interflux.

3.3 Pilotage de DEFIS

Le module doit permettre de piloter DEFIS via l'envoi de flux :

- Flux de suppression totale ou partielle de dossiers
- Flux de validation des dossiers
- Flux de génération de B2
- Flux annulation de facture.

3.4 Tableaux de bord de restitution

Pour valider les dossiers à facturer et piloter efficacement son processus de facturation, 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, et valorisation avant/après les modifications).

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 puis de validation des factures,
- mais également le pilotage global du processus de production des factures incluant notamment le respect des objectifs de qualité, exhaustivité, et délais, et 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.

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 les 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 moyen de l'UM de sortie, 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.
- d'intégrer ou exclure des tableaux (soit par filtrage possible, soit par des 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 est nécessaire.
- d'appliquer des filtres en fonction des besoins sur des tableaux types programmés (ex : filtres sur les séjours de plus de x jours pour les niveaux de sévérité et 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

Le module 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)

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 alerte quand le % est en dessous).

- Tableaux de suivi des résultats des tests interflux 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).

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 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)
Recettes T2A liées au RSS (GHS, suppléments, EXH et EXB) avec le total de la production, les séjours non facturables à l'Assurance Maladie, pour les séjours facturables les différentes composantes (part AM, 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)
- Autres recettes T2A (Molécules onéreuses, DMI, etc....)
- Autres types de recette (titre II, chambre particulière...)

3.4.4 Tableaux de restitution de DEFIS

DEFIS permet une interrogation par flux. Le module 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° accident obligatoire)
- Exhaustivité des flux (présence / absence de flux par dossier)
- Etat de la facture (flux d'interrogation sur l'état de la facture)
- Valorisation des dossiers (100% T2A, valorisation AM, 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.

En complément, le module doit restituer des données sur les contrôles et validation 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 dernières 24h, semaine, mois
 - Suivi des contrôles réalisés
 - Fréquence de sollicitation des contrôles et décision appliquée
 - Pourcentage de résolution.

3.5 Fonctionnalités générales complémentaires

3.5.1 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 quelle liste quand) et modifications par utilisateur
- horodatage des changements des états des dossiers.

3.5.2 Gestion des profils

L'outil 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).

3.5.3 Extraction des données

Le module doit permettre 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. En complément, le module doit permettre une extraction des contrôles réalisés.

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

Version pour appel à commentaires publics

4. Annexes

4.1 Liste des contrôles réalisés dans DEFIS avec codes erreurs

La liste des contrôles réalisés dans DEFIS est disponible ici : http://download.atih.sante.fr/afficher.php?id_lot=933.

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

Le 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 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'anapath 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 le module :
 - 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 externe.
- la possibilité de déléguer des contrôles comme par exemple un webservice avec envoi des données et retour d'un résultat.

4.4 Socle de contrôles minimum définis par le groupe de travail

4.4.1 Vidhosp

type	Description du contrôle	Commentaire	
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 AM à 100 %		
	TM non facturé alors que taux AM < 100 %		
	(Tableaux MAT2A 02 03 04 et 05)		

4.4.2 RSS

type	Description du contrôle	Commentaire	
Format	SÉJOUR AVEC ACTE OPERATOIRE MINEUR RECLASSANT DANS UN GHM MÉDICAL		
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 32 Code Z en DP (hors Z515) et MS 9		
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		
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		
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 Neonat sans supplément REA ou NN		
Autorisation / Lit	Séjour en CHIR AMBU et GHM médical		
obstétrique	Test DATIM 54 Codage incorrect IVG ou IMG		
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 Néonate (diag en O Z35 Z37 Z39 avec diag en P Z38)		
obstétrique	DDR inconstante ou incohérente avec date d'entrée		
obstétrique	Forceps ou ventouse sans acte et inversement		
obstétrique	Diag césarienne sans acte et inversement		
obstétrique	Forceps ou ventouse sans acte d'accouchement VB		
obstétrique	Césarienne sans motif (DP O82_)		
obstétrique	Cohérence entre diags Mère et diags NNé naissance par forceps, ventouse, césarienne, siège grossesse multiple (O30_ et Z37_ naissances multiples) et codes P015 et Z38_ correspondant)		
obstétrique	Cohérence entre diag et PN ou AG du Nné (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		
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_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	
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 (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		si LPP lié alors absent de fichcomp	

local				
lien fichier pharmaceutique local		si UCD lié alors absent de fichcomp		

4.4.7 Fichcomp ORP

type	erreur code	Description du contrôle	Commentaire	
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	Commentaire	
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	Commentaire	
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 – Fichcomp MO

type	erreur code	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

4.4.11 Croisement Vidhosp – Fichcomp DMI

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

4.4.12 Croisement Vidhosp – Fichcomp PO

type	erreur code	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		nbre PO non facturables AM > nombre de PO sur séjour avec patient arrivées DCD	tableau 27B	

4.4.13 Croisement Vidhosp – Fichcomp PIE

type	erreur code	Description du contrôle	Commentaire	
lien Vidhosp		Vérification données VIDHOSP non facturable AM motif 5 pour PIE		
lien Vidhosp		Inversement recherche données VIDHOSP non facturable AM motif 5 hors PIE		

4.4.14 Croisement RSS – Fichcomp MO

type	erreur code	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 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	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

			choix du DIM)	en consultation externe
lien RSS		MO des PIE ou PIA		
lien table DIAG_UCD		RSS avec MON sans Diagnostic correspondant	table DIAG_UCD: a priori, fichier libre attendu	
lien table DIAG_UCD		Adéquation des codes UCD dans FICHCOMP MO et des diagnostics codés dans RSS (CBUM, AMM ...)		

4.4.15 Croisement RSS – Fichcomp DMI

type	erreur code	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 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		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

4.4.16 Croisement RSS – Fichcomp PIE

type	erreur code	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) ne correspond 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 non acquise et Z75.80 absent	séjours avec Z7580 (PIE type A)	

4.4.17 Croisement RSS – Fichcomp PIP

type	erreur code	Description du contrôle	Commentaire	
lien RSS		ccam : liste fermée (QEGA001 à 4, 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	

4.4.18 Croisement RSS – Fichecomp DIP

type	erreur code	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 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

4.4.19 Croisement RSS – Fichecomp 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 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

Version pour appel à commentaires publics

5. Glossaire

AT	Accident du travail
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
BMR	Bactérie multi-résistante
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CMA	Complication ou morbidité associée
Contrôles intraflux	Contrôles réalisés à partir des données d'un seul flux de facturation, par exemple les RSS groupés
Contrôles interflux	Contrôles réalisés à partir de plusieurs flux de facturation, par exemple RSS groupés et Vidhosp
DAF	Direction des affaires financières
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
FIDES	Facturation individuelle des établissements de santé
GHM	Groupes homogènes de malades
GHS	Groupes homogènes de séjour
MO	Molécules onéreuses
NIR	Numéro d'inscription au répertoire (numéro de sécurité sociale)
ORP	Maladies rares : format introduit en M12 2012
PIE	Prestations inter-établissements
PIP	Poly implant prothèse
PO	Prélèvement d'organes
RSS	Résumé de sortie standardisé
UCD	Unités communes de dispensation
UF	Unité fonctionnelle
UM	Unité médicale

Version pour