

Campagne tarifaire et budgétaire 2016

Notice complémentaire

Evolution des règles de production des séjours par les établissements publics de santé

Dans le cadre de la campagne tarifaire et budgétaire, deux notices sont réalisées chaque année par l'ATIH.

Pour 2016 :

- la première a été publiée en décembre (Notice technique n° CIM-MF-1263-9-2015 du 29 décembre 2015), présentant les nouveautés 2016 du recueil et du traitement des informations médicalisées dans les différents champs d'activité des établissements de santé (nouveautés dites "PMSI"),
- la seconde a été publiée en avril (Notice technique Financement n°CIM-MF-n°318-1-2016 du 22 avril 2016) présentant notamment les nouveautés liées au financement des prestations d'hospitalisation, et les modalités techniques de construction tarifaire.

La publication d'une première notice complémentaire s'est avérée nécessaire au cours de cette campagne 2016, afin de documenter les actualités en matière de prestations inter activités (PIA).

Cette seconde notice complémentaire a pour objet la description de l'évolution des règles de production des séjours par les établissements publics de santé.

Elle est composée de trois annexes : la première précise le contexte de cette évolution tandis que les deux autres visent, respectivement pour les champs MCO et SSR, à préciser les modalités de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation et à attirer l'attention sur un certain nombre de points de vigilance.

Je vous saurai gré de bien vouloir porter ces informations à la connaissance des établissements de santé de votre région concernés par son contenu, et vous prie d'accepter mes remerciements anticipés.



Le Directeur général
Housseyni Holla

Annexe 1

Evolution des règles de production des séjours pour les établissements publics de santé

Cette évolution des règles de production se rapporte à l'organisation des établissements publics de santé et au fait que certains sont composés de plusieurs sites géographiques : tous les établissements sont structurés et identifiés par leur entité juridique (EJ), composée de plusieurs entités géographiques (EG) pour les établissements multi-sites.

Règles de production des séjours en vigueur jusqu'en décembre 2015 :

Très schématiquement, jusqu'à cette date, les passages successifs (*date d'entrée du 2^{ème} résumé = date de sortie du 1^{er} résumé*) d'un même patient dans des unités médicales situées sur des sites géographiques différents, relevant d'une même entité juridique, donnent lieu à la production d'information suivante :

- pour les établissements publics de santé (EPS)¹ : production (et facturation pour le champ MCO) d'un séjour unique, correspondant à l'entité juridique ;
- pour les établissements privés (lucratifs ou non lucratifs) : production (et facturation pour le champ MCO) d'autant de séjours que de passages successifs dans des entités géographiques différentes.

Ces règles de production de l'information médicale sont portées par le guide méthodologique de production des résumés de sortie du PMSI, annexé à l'arrêté PMSI de chaque champ d'activité, et ont évolué au fil du temps, pour revêtir les modalités précisées ci-dessus à compter de 2004, date de mise en œuvre de la T2A dans le champ MCO.

Les raisons de l'évolution 2016 :

Dans le cadre d'un contentieux portant sur les contrôles de l'assurance maladie, le Conseil d'Etat a été amené à se positionner sur la légalité de l'arrêté (MCO) et du guide annexé.

Le Conseil d'Etat, par arrêt en date du 30 juin 2015, a déclaré illégale la différence de traitement entre établissements de santé de statuts juridiques différents (public / privé).

Afin, notamment, de tenir compte de cette décision, le ministère de la santé a souhaité harmoniser les modalités de production des séjours médicaux, en alignant les règles, pour tous les établissements, sur celles du secteur privé.

Cette évolution a été mentionnée dans la première circulaire relative à la campagne tarifaire et budgétaire des établissements de santé², pour l'année 2016.

L'ATIH a été chargée d'organiser la mise en œuvre technique de la décision ministérielle.

¹ Un EPS est un établissement de santé visé au a de l'article [L.162-22-6](#) du code de la sécurité sociale : <https://www.legifrance.gouv.fr/>

² Circulaire N° DGOS/R1/2016/172 du 12 mai 2016 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2016 des établissements de santé

Nouvelles règles de production des séjours depuis janvier 2016 :

L'alignement des règles sur le secteur privé conduit donc à ce que désormais, quel que soit le statut juridique de l'établissement, les passages successifs (*date d'entrée du 2^{ème} résumé = date de sortie du 1^{er} résumé*) d'un même patient dans des unités médicales situées sur des sites géographiques différents, relevant d'une même entité juridique, donnent lieu à la production (et facturation pour le champ MCO) d'autant de séjours que de passages successifs dans des entités géographiques différentes.

Ces nouvelles règles ont été introduites dans les guides méthodologiques MCO et SSR 2016 (*Nota : le champ HAD n'est pas concerné par le sujet, et le champ de la psychiatrie sera traité en concertation avec les acteurs du secteur*).

Conséquences des nouvelles règles :

La présente notice vise à préciser les modalités techniques permettant de mettre en œuvre ces nouvelles dispositions.

Ces modalités sont décrites selon un scénario cible, mais aussi selon un scénario transitoire, le ministère ayant acté la possibilité d'une montée en charge progressive du dispositif. Les années 2016 et 2017 peuvent donc être considérées par les établissements publics comme une phase transitoire leur permettant de gérer cette évolution au rythme de chacun.

La notice comporte deux annexes (2 et 3), respectivement dédiées aux champs MCO et SSR. Ce choix de présentation vise uniquement à en simplifier la lecture, et ne reflète pas l'existence de consignes de gestion différentes. Seules certaines conditions propres à la configuration des systèmes d'information ou à la spécificité du champ SSR introduisent quelques éléments modulateurs.

Annexe 2

Evolution des règles de production des séjours par les établissements publics de santé dans le champ MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie)

I. MODALITES DE PRODUCTION DES INFORMATIONS RELATIVES A L'ACTIVITE MEDICALE ET A SA FACTURATION

1- [Date de prise d'effet de la mesure](#)

Cette mesure prend effet à compter du 1^{er} janvier 2016. Elle concerne donc les séjours dont la date de sortie est postérieure ou égale au 01/01/2016.

2- [Transcription dans le guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation \(année 2016\)](#)

Un établissement de santé, identifié par un numéro FINESS juridique, est constitué d'un ou de plusieurs établissements dits géographiques, identifiés chacun par un numéro FINESS géographique.

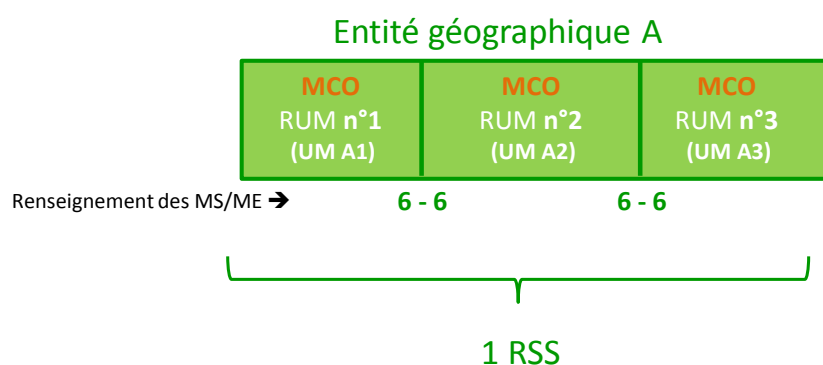
On désigne par séjour-patient la prise en charge d'un patient dans une ou plusieurs unités médicales d'une entité géographique de l'établissement de santé. Ainsi, le cas particulier de la prise en charge successive d'un patient dans deux entités géographiques d'une même entité juridique donne lieu à la production de deux séjours-patients.

En revanche, dans une entité géographique donnée, pour un séjour-patient donné, entre une date d'entrée et une date de sortie données, il ne peut être produit qu'un RSS et un seul.

► **Les consignes de renseignement des modes d'entrée et sortie sont ainsi modifiées :**

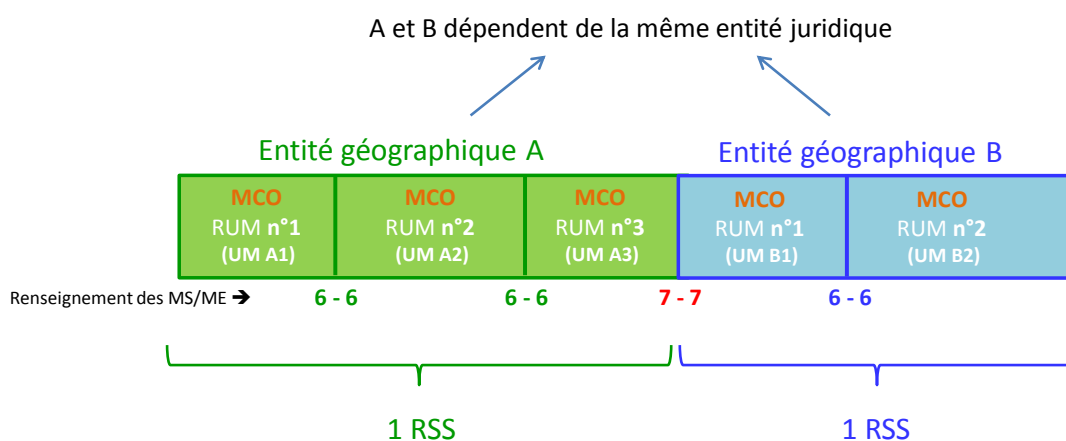
Utilisation du code « 6 Mutation » :

- Mode d'entrée du résumé d'unité médicale (RUM) → le code 6 *Mutation* est à utiliser dès lors que le patient vient d'une autre unité médicale d'hospitalisation appartenant à la même entité géographique.
- Mode de sortie du résumé d'unité médicale (RUM) → le code 6 *Mutation* est à utiliser dès lors que le patient sort vers une autre unité médicale d'hospitalisation appartenant à la même entité géographique.



Utilisation du code « 7 Transfert définitif » :

- Mode d'entrée du résumé d'unité médicale (RUM) → le code 7 *Transfert définitif* est à utiliser :
 - lorsque le patient vient d'une autre entité géographique où il était hospitalisé, que celle-ci dépende ou non de la même entité juridique
 - à l'exception des situations de prestation interétablissement qui ont leurs propres règles de gestion (voir infra au point II.2)
- Mode de sortie du résumé d'unité médicale (RUM) → le code 7 *Transfert définitif* est à utiliser :
 - lorsque le patient, hospitalisé à part entière, sort pour être hospitalisé dans une autre entité géographique, que celle-ci dépende ou non de la même entité juridique
 - à l'exception des situations de prestation interétablissement qui ont leurs propres règles de gestion (voir infra au point II.2)



3- Rappel : le renseignement du numéro FINESS dans les données PMSI

Le numéro FINESS d'inscription e-PMSI fait partie des informations administratives constantes au cours du séjour. **Pour les établissements de santé publics (EPS), il s'agit du numéro FINESS de l'entité juridique.** Il est constant sur chacun des RUM du fichier RSS. Ce numéro FINESS d'inscription e-PMSI (= FINESS juridique) est également renseigné sur les fichiers FICHCOMP, FICHSUP et RSF-ACE.

Le fichier d'information des unités médicales apporte des précisions sur chacune des unités médicales de l'entité juridique ; il indique notamment quel est le numéro FINESS de rattachement de chacune d'elle.

Rappel : enregistrement des numéros FINESS (juridique, géographique) dans les fichiers PMSI MCO – formats 2016

Fichiers MCO	N° FINESS recueilli	
RSS	FINESS juridique	
Fichier IUM (information des unités médicales)	FINESS géographique de chaque UM (obligatoire depuis refonte SAE 2012)	
FICHCOMP	FINESS juridique	
FICHSUP	FINESS juridique	Pour le FICHSUP SMUR : + FINESS géographique de l'établissement où le SMUR est implanté
RSF-ACE	FINESS juridique	+ FINESS géographique (ajout 2016)

4- Le contenu des fichiers à intégrer dans GENRSA

Ce paragraphe a pour objet de décrire :

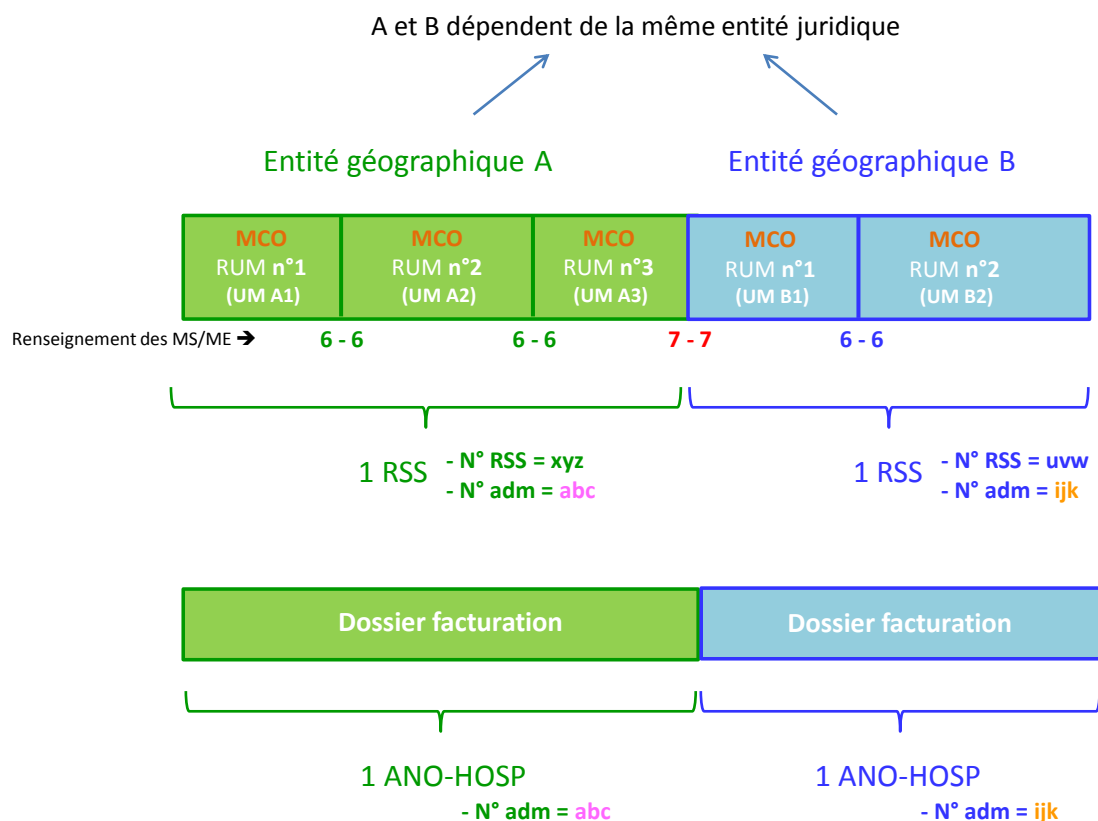
- d'une part, la mise en œuvre théorique, qu'on qualifiera de « cible » ;
- d'autre part, les options possibles afin de gérer la période transitoire précédant l'atteinte de cette cible :
 - o soit le maintien de la production des séjours aux bornes de l'entité juridique
 - o soit la mise en œuvre d'une solution qu'on qualifiera de « dégradée »

4.1. Mise en œuvre « cible »

Les fichiers produits respectent les caractéristiques suivantes :

- Fichier de RSS groupés :
 - o Il est constitué de RSS mono ou multi unités tous « mono entité géographique » ;
 - o chacun des RSS est caractérisé par un n° de RSS qui lui est propre et par un numéro administratif local de séjour qui lui est également propre ;
 - o ceci, y compris si ces RSS sont contigus.
- Données de facturation ANO-HOSP :
 - o A deux RSS « contigus » (ayant chacun un numéro administratif de séjour distinct) sont associées respectivement deux factures ANO-HOSP distinctes ;
 - o chacune de ces factures comporte un numéro administratif de séjour qui lui est propre ;
 - o il existe donc une unicité du lien N°RSS – n° de séjour.

Production cible



4.2. Mise en œuvre transitoire

Pour rappel, une mise en œuvre transitoire peut être admise et ce pour une période de deux ans.

Ainsi, sauf instruction contraire, le schéma cible devra être mis en œuvre au 1^{er} janvier 2018. D'ici là, deux options transitoires sont proposées aux EPS :

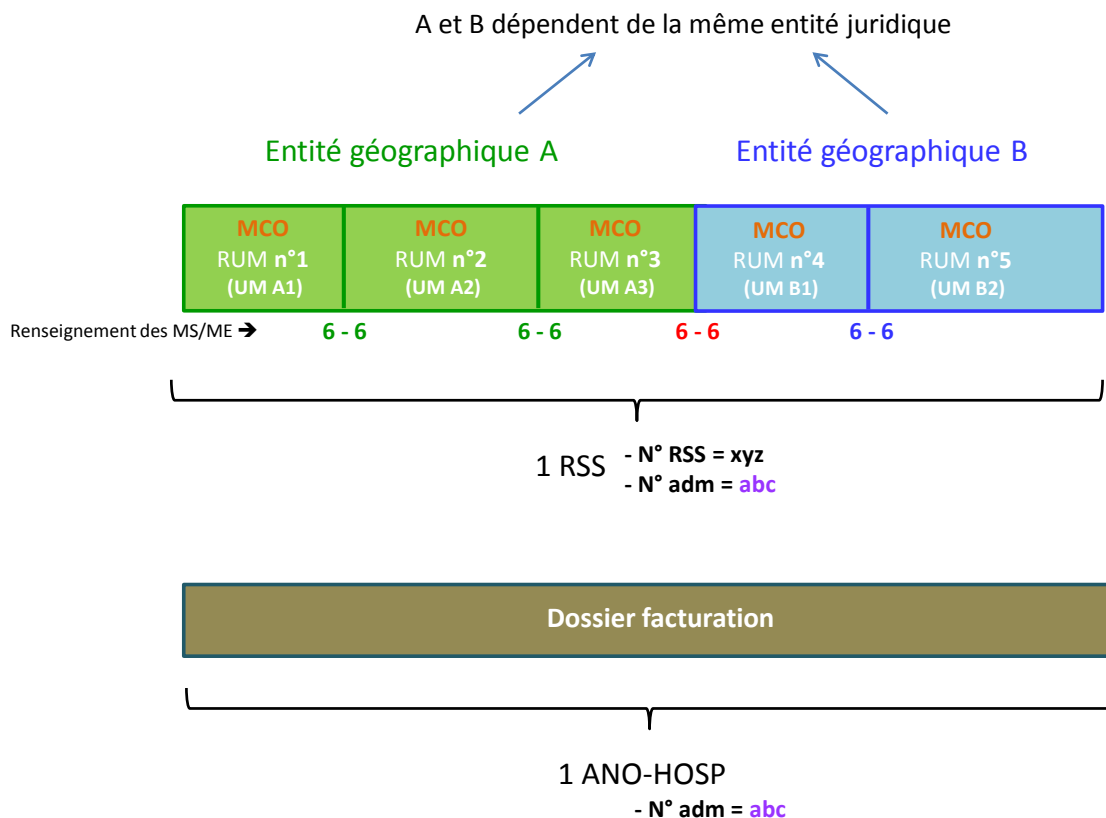
➤ Maintien de la production des séjours aux bornes de l'entité juridique

La nouvelle règle de production des séjours par entité géographique appelle des évolutions conséquentes des systèmes d'information des EPS. Elle suppose également des actions de formation auprès des personnels enregistrant les admissions et les mouvements au sein du système d'information hospitalier.

Compte-tenu de ces contraintes la production des séjours aux bornes des entités géographiques ne revêt pas un caractère obligatoire.

➔ Les établissements peuvent continuer à produire leurs séjours par entité juridique selon les règles qui ont prévalu jusqu'alors : à savoir un séjour unique pour un patient séjournant dans deux ou plusieurs entités géographiques de la même entité juridique (au sein du même champ d'activité).

Règles antérieures à 2016



➤ **Mise en œuvre d'une solution « dégradée »**

Une alternative est par ailleurs possible dans la phase transitoire : elle consiste à produire les RSS par entité géographique tout en conservant la constitution des factures ANO-HOSP au niveau de l'entité juridique. Un dossier de facturation unique est donc produit pour l'ensemble des séjours contigus au sein de la même entité juridique. Dans le cas de séjours contigus, l'établissement facture bien ainsi autant de GHS qu'il a produit de RSS.

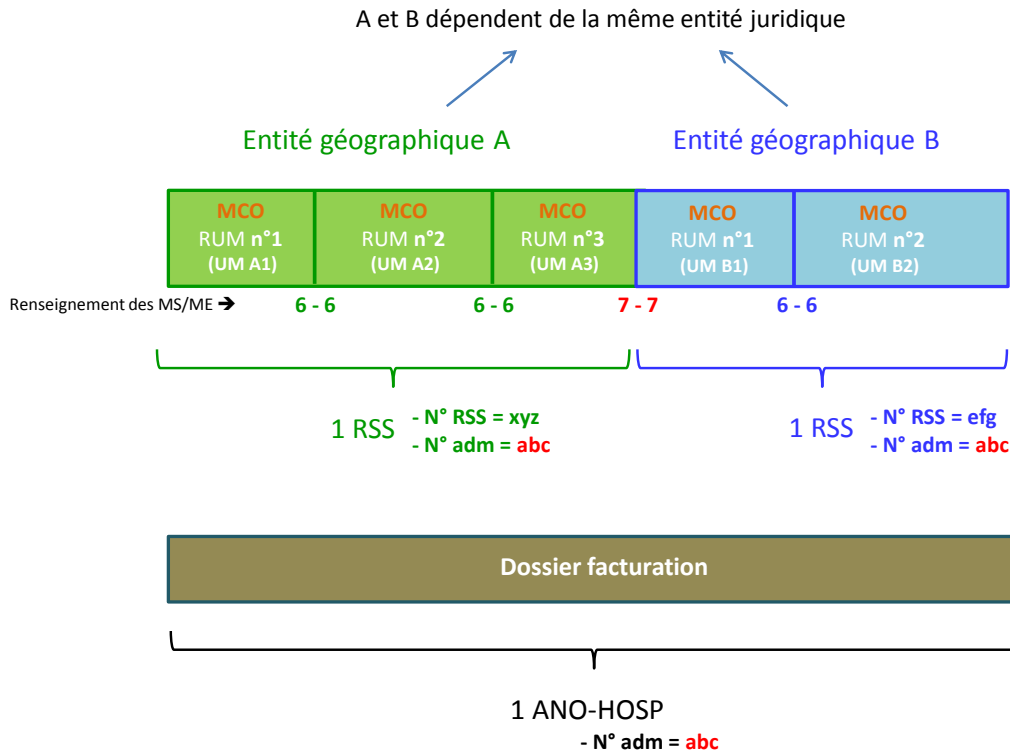
Cette solution « dégradée » est, pour la valorisation des séjours, compatible avec les fonctionnements de GENRSA et d'OVALIDE. Elle est tolérée transitoirement pour permettre aux établissements de faire évoluer leur système d'information sans perte de recettes T2A. Les établissements se doivent cependant d'en assumer toutes les conséquences que ce soit en termes de facturation (un dossier de facturation unique pour plusieurs séjours distincts facturés à l'Assurance Maladie) ou en en termes d'archivage du dossier patient.

Cette mise en œuvre dégradée se décline ainsi :

- Fichier de RSS groupés :
 - Il est constitué de RSS mono ou multi unités tous « mono entité géographique » ;
 - chacun des RSS est caractérisé par un n° de RSS qui lui est propre ;
 - deux RSS contigus portent le même numéro administratif local de séjour.

- Données de facturation ANO-HOSP :
 - Un dossier de facturation unique est produit pour la période d'hospitalisation du patient au sein de l'entité juridique (période qui couvre l'ensemble des séjours contigus) ;
 - il n'y a donc plus unicité du lien N°RSS – n° de séjour.

Schéma solution dégradée



→ L'ATIH souligne deux difficultés à l'attention des établissements faisant le choix de cette solution « dégradée » :

- Rejets FICHCOMP :

La transmission de fichiers FICHCOMP DMI, PO, DIAP ou PIE impose l'unicité du lien n° administratif de séjour – n°RSS ; les lignes ne respectant pas cette condition sont donc rejetées.

L'ATIH mène cependant une réflexion sur la possibilité d'apporter des évolutions dans le recueil des fichiers FICHCOMP³ ainsi que sur la nécessité d'aménager l'outil GenRSA (contrôles d'appariement). Ces travaux sont à mettre en lien avec l'utilisation de cette solution transitoire « dégradée ». Des précisions sur ces points seront apportées ultérieurement.

- Incompatibilité avec FIDES séjour :

A plus long terme, une telle solution restera strictement incompatible avec le projet de transmission directe des séjours (FIDES séjour). Hors séance et séjours mère/enfant, la production d'une facture unique pour plusieurs séjours (dans les conditions décrites supra) sera effectivement de nature bloquante pour la transmission FIDES.

³ Fichiers FICHCOMP : MED en sus, MED ATU, MED thrombolytiques, DMI, PO, DIAP, PIE

5- La transmission e-PMSI

Cette évolution des règles de production des séjours n'a aucun impact sur les modalités de transmission des informations aux Agences Régionales de Santé, modalités qui sont donc inchangées.

Pour mémoire, chaque transmission est réalisée, par le biais de la plateforme d'échange e-PMSI, au titre de l'entité juridique de l'établissement. Les fichiers de données d'activité et de facturation anonymes à transmettre sont les suivants : RSA, FICHCOMPA, RAFAEL, ANO et FICHSUP. Ces fichiers restent donc transmis par entité juridique. Les transmissions sont cumulatives depuis janvier et réalisées à un rythme mensuel. Les tableaux de restitution OVALIDE, tout comme l'arrêté de versement, sont produits eux aussi au niveau entité juridique. Pour être rendue visible à l'ARS, chaque transmission doit être validée sur e-PMSI.

Points de vigilance

1- Rappel : la gestion des prestations interétablissement

La mise en œuvre de cette mesure ne signifie pas pour autant que tous les « déplacements » d'un patient entre unités médicales dépendant d'entités géographiques différentes doivent se traduire par des modes d'entrée et de sortie « 7 *Transfert définitif* ».

Le cas échéant, les règles de production des séjours répondant à la définition des prestations interétablissement doivent être respectées.

Ces conditions sont décrites dans le guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

Pour mémoire :

- On désigne par « prestation interétablissement » une situation dans laquelle un établissement de santé a recours au plateau technique ou aux équipements d'un autre établissement de santé, relevant du même champ d'activité, pour assurer aux patients des soins ou des examens qu'il ne peut pas effectuer lui-même.
- On parle de prestation interétablissement dans les conditions suivantes :
 - o un patient est provisoirement transféré d'un établissement de santé demandeur A vers un établissement de santé prestataire B pour la réalisation d'un acte médicotechnique ou d'une autre prestation (par exemple, un séjour en soins intensifs) ;
 - o le séjour du patient en B dure au plus 2 journées civiles (le patient doit être présent en B une nuitée au plus), après quoi le patient revient en A ;
- Par « établissement de santé prestataire B » on entend une autre entité géographique de la même entité juridique ou d'une autre entité juridique, que l'établissement de santé soit public ou privé.

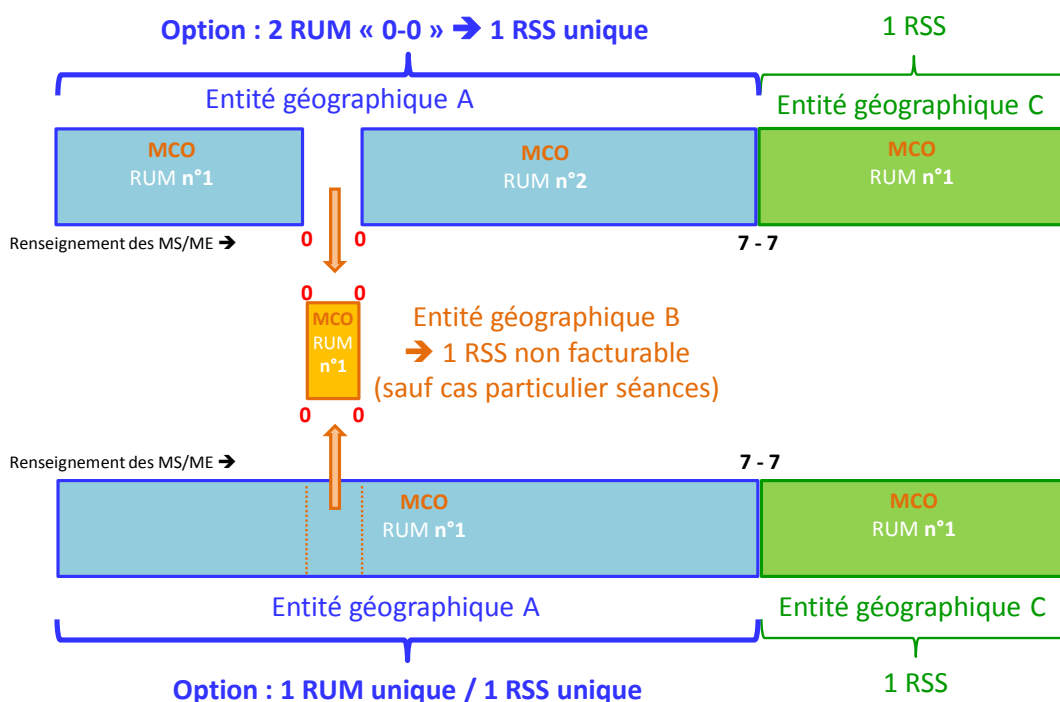
En l'occurrence, au sein de la période d'hospitalisation d'un patient dans une entité juridique, toute séquence Entité Géographique 'A' – Entité Géographique 'B' – Entité Géographique 'A' répondant à la définition d'une prestation interétablissement doit en respecter les consignes de production.

Les modes d'entrée et sortie ne doivent pas être codés « 7 Transferts définitifs » dans ce cas :

- l'Entité Géographique 'A' doit en effet produire un séjour unique :
 - o soit production d'un résumé unique englobant la période de suspension de l'hospitalisation ;
 - o soit production de deux résumés encadrant la suspension de l'hospitalisation :
 - ces deux résumés doivent se rapporter au même numéro de séjour, ainsi qu'au même numéro de RSS en MCO,
 - le mode de sortie du premier résumé doit être codé « 0 » *transfert provisoire*,
 - et le mode d'entrée du second résumé doit être codé « 0 » *transfert provisoire*,
 - les dates de départ vers B et de retour de B ne peuvent qu'être identiques ou différer d'un seul jour (de nature à caractériser un transfert inférieur à 48h),
 - lorsque ces conditions sont respectées les deux résumés pré et post prestation sont considérés par la fonction groupage comme appartenant à un séjour unique
- l'Entité Géographique 'B', quant à elle doit produire un séjour non facturable dont les modes d'entrée et de sortie sont codés « 0 *Transfert provisoire* » (sauf dans le cas des séances de dialyse rénale, de radiothérapie et de chimiothérapie).

Cette séquence A-B-A peut s'intégrer dans une prise en charge plus large telle qu'illustrée ci-dessous :

« PIE » : exemple d'une séquence A-B-A au sein d'hospitalisations successives dans les entités géographiques A, B et C dépendant de la même entité juridique



2- Reprises LAMDA

Les nouvelles modalités de production des séjours dans les établissements publics de santé s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2016. Ainsi, les transmissions Lamda 2015 réalisées en 2016 ne doivent pas donner lieu à la production de séjours par entité géographique. Les séjours antérieurs à 2016 restent produits par entité juridique.

3- Passage au SAU précédant l'admission

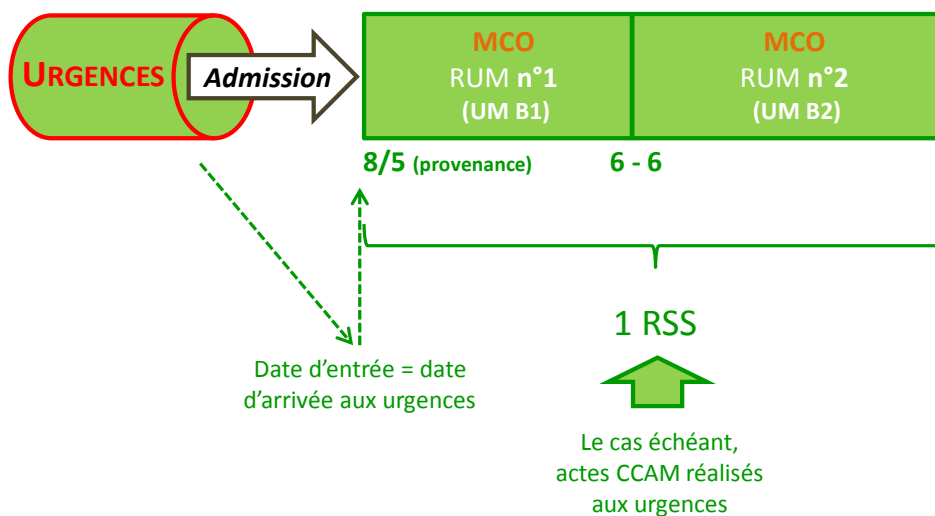
a. Pour mémoire, cas de figure où le passage au SAU et l'admission qui lui fait suite se déroulent dans la même entité géographique

Un RSS est produit qui comporte les caractéristiques suivantes :

- mode d'entrée « 8 Domicile »
- provenance « 5 Avec passage dans la structure d'accueil des urgences de la même entité géographique »
- la date d'entrée enregistrée dans le RUM est celle de l'arrivée du patient dans l'entité géographique
- enregistrement des actes CCAM effectués aux urgences dans le RUM de la première unité médicale où est hospitalisé le patient

Passage SAU et admission au sein de la même entité géographique

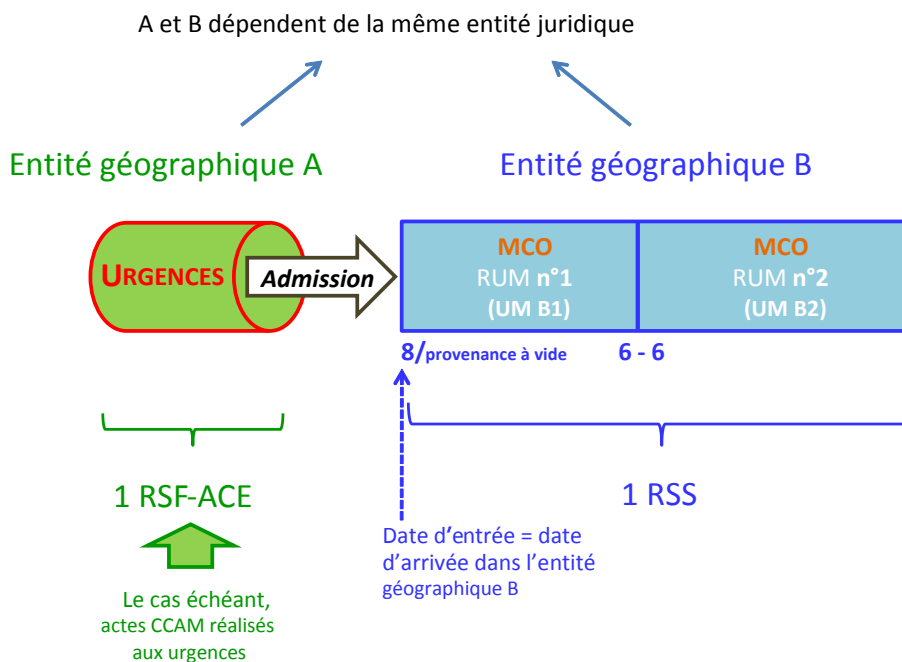
Entité géographique A



b. Cas de figure où le passage au SAU et l'admission qui lui fait suite se déroulent dans deux entités géographiques distinctes de la même entité juridique → production d'un RSF-ACE et d'un RSS

- L'établissement géographique dans lequel a lieu le passage dans la structure d'accueil des urgences produit un RSF-ACE (ATU +/- actes CCAM)
 - o le cas échéant, les actes CCAM réalisés aux urgences sont portés par le RSF-ACE (ils ne doivent pas être renseignés sur le RUM)
- L'établissement géographique dans lequel a lieu l'admission produit un RSS avec les caractéristiques suivantes :
 - o date d'entrée dans l'unité médicale : la date d'entrée enregistrée dans le RUM est celle de l'arrivée du patient dans l'entité géographique
 Exemple : patient s'étant présenté aux urgences un jour J à 22 heures, admis dans une unité d'hospitalisation d'une autre entité géographique, quelques heures plus tard, à J+1. La date d'entrée enregistrée dans le RUM est celle du jour J+1.
 - o mode d'entrée dans l'unité médicale / provenance :
 Dans le cas d'un patient venant de la structure d'accueil des urgences d'une autre entité géographique ou d'un autre établissement de santé, non hospitalisé dans celui-ci, le mode d'entrée est domicile. La provenance est laissée à vide.

Passage au SAU suivi d'admission dans une autre entité géographique de la même entité juridique



Annexe 3

Évolution des règles de production des séjours par les établissements publics de santé dans le champ SSR (Soins de suite et réadaptation)

Les consignes de cette annexe sont une adaptation au PMSI SSR des consignes décrites dans l'annexe 2 de la présente notice pour le champ MCO. Elles visent à faciliter la lecture des utilisateurs SSR ; elles n'ont pas de spécificités autres que celles liées à l'activité SSR. En effet les consignes relatives à la gestion des séjours des établissements publics de santé sont interchamps et s'appliquent indifféremment au MCO et au SSR.

NB : Pour le SSR, l'option « solution dégradée » n'est pas envisageable car elle est incompatible avec les règles de production en SSR (unicité *n° de séjour administratif – n° de séjour*).

I. MODALITES DE PRODUCTION DES INFORMATIONS RELATIVES A L'ACTIVITE MEDICALE ET A SA FACTURATION

1- [Date de prise d'effet de la mesure](#)

Cette mesure prend effet à compter du 04 janvier 2016. Elle concerne donc les séjours dont la date de sortie est postérieure ou égale au 04/01/2016.

2- [Transcription dans le guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation \(année 2016\)](#)

Un établissement de santé, identifié par un numéro FINESS juridique, est constitué d'un ou de plusieurs établissements dits géographiques, identifiés chacun par un numéro FINESS géographique.

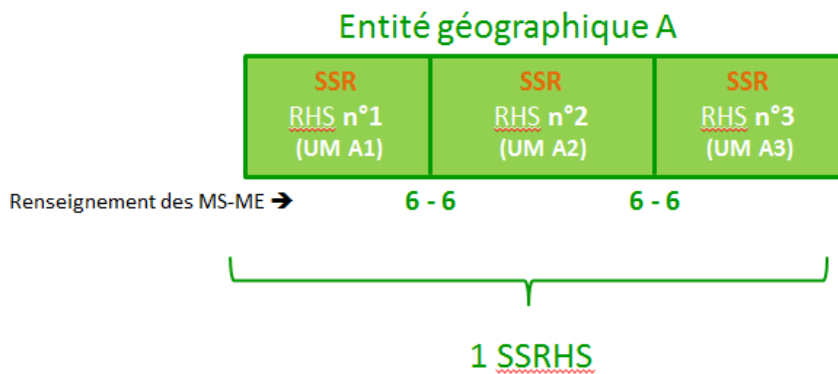
On désigne par séjour administratif la prise en charge d'un patient dans une ou plusieurs unités médicales SSR de même type d'hospitalisation d'une entité géographique de l'établissement de santé. Ainsi, le cas particulier de la prise en charge successive en SSR d'un patient dans deux entités géographiques d'une même entité juridique donne lieu à la production de deux séjours administratifs.

En revanche, dans une entité géographique donnée, pour un séjour administratif donné, entre une date d'entrée et une date de sortie données, il ne peut être produit qu'une suite de RHS (SSRHS) et une seule.

► Les consignes de renseignement des modes d'entrée et sortie sont ainsi modifiées :

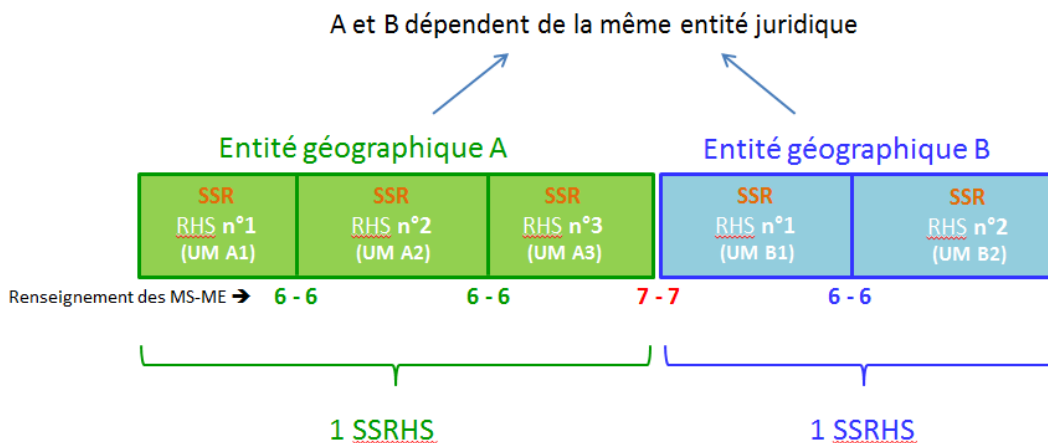
Utilisation du code « 6 Mutation » :

- Mode d'entrée du résumé hebdomadaire standardisé (RHS) → le code 6 *Mutation* est à utiliser dès lors que le patient vient d'une autre unité médicale d'hospitalisation appartenant à la même entité géographique.
- Mode de sortie du résumé hebdomadaire standardisé (RHS) → le code 6 *Mutation* est à utiliser dès lors que le patient sort vers une autre unité médicale d'hospitalisation appartenant à la même entité géographique.



Utilisation du code « 7 Transfert définitif » :

- Mode d'entrée du résumé hebdomadaire standardisé (RHS) → le code 7 *Transfert définitif* est à utiliser :
 - lorsque le patient vient d'une autre entité géographique où il était hospitalisé, que celle-ci dépende ou non de la même entité juridique ;
 - à l'exception des situations de prestation interétablissement qui ont leurs propres règles de gestion (voir *infra* au point II).
- Mode de sortie du résumé hebdomadaire standardisé (RHS) → le code 7 *Transfert définitif* est à utiliser :
 - lorsque le patient, hospitalisé à part entière, sort pour être hospitalisé dans une autre entité géographique, que celle-ci dépende ou non de la même entité juridique ;
 - à l'exception des situations de prestation interétablissement qui ont leurs propres règles de gestion (voir *infra* au point II).



3- Rappel : le renseignement du numéro FINESS dans les données PMSI

Le numéro FINESS d'inscription e-PMSI fait partie des informations administratives constantes au cours du séjour. **Pour les établissements de santé publics, il s'agit du numéro FINESS de l'entité juridique.** Il est constant sur chacun des RHS. Ce numéro FINESS d'inscription e-PMSI (= FINESS juridique) est également renseigné sur les fichiers FICHCOMP et RSF-ACE.

Le fichier d'information des unités médicales (FICUM), produit par la transmission PMSI SSR sur e-PMSI, apporte des précisions sur chacune des unités médicales de l'entité juridique ; il indique notamment le numéro FINESS de rattachement de chacune d'elle.

Rappel : enregistrement des numéros FINESS (juridique, géographique) dans les fichiers PMSI SSR – formats 2016

Fichiers SSR	N° FINESS recueilli
RHS	FINESS juridique
Fichier IUM (information des unités médicales)	FINESS géographique de chaque UM (obligatoire depuis refonte SAE 2014)
FICHCOMP	FINESS juridique
RSF-ACE	FINESS juridique

4- Le contenu des fichiers à intégrer dans GENRHA

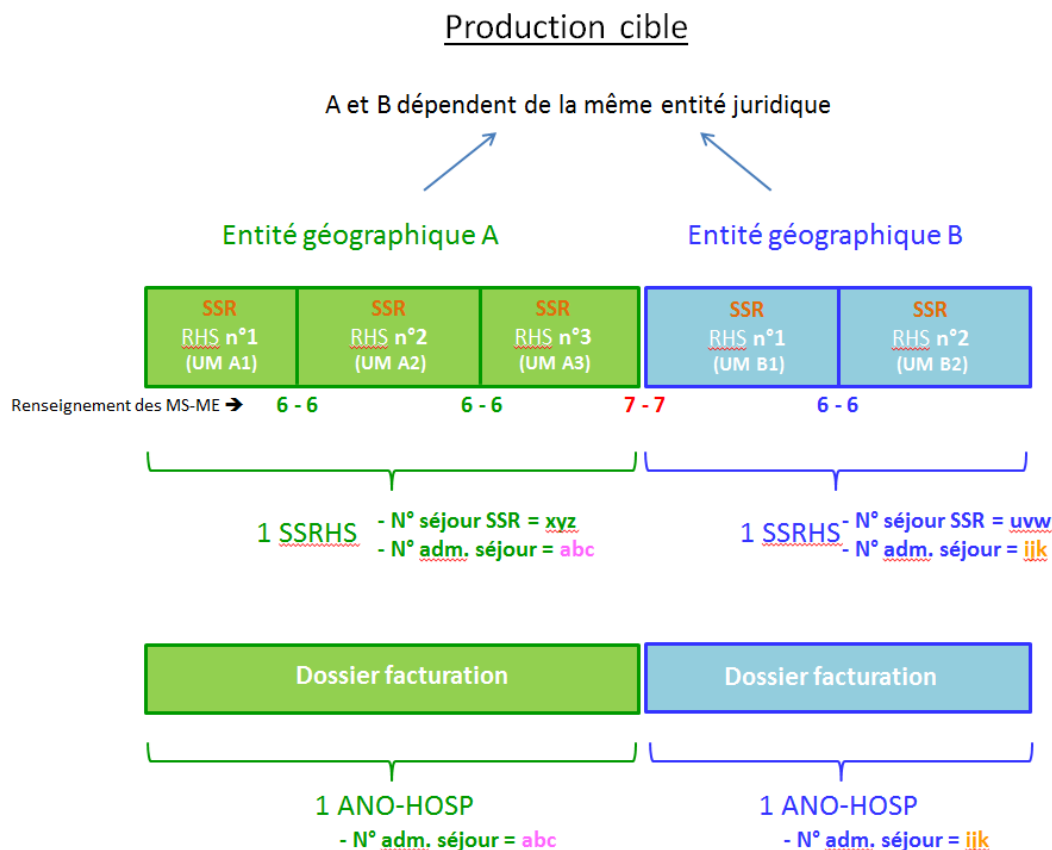
Ce paragraphe a pour objet de décrire :

- d'une part, la mise en œuvre théorique, qu'on qualifiera de « cible »
- d'autre part, l'option possible afin de gérer la période transitoire précédant l'atteinte de cette cible : maintien de la production des séjours aux bornes de l'entité juridique,

4.1 Mise en œuvre « cible »

Les fichiers produits respectent les caractéristiques suivantes :

- Fichier de RHS groupés
 - o Il est constitué de suites de RHS (SSRHS) mono ou multi unités (UM) tous « mono entité géographique » (et mono « type d'hospitalisation ») ;
 - o chaque suite de RHS est caractérisée par un n° de séjour SSR qui lui est propre et par un numéro administratif de séjour qui lui est également propre ;
 - o ceci, y compris si ces suites de RHS sont contigües, au sein de l'entité juridique.
- Données de facturation ANO-HOSP
 - o À deux suites de RHS « contigües » (ayant chacune un numéro administratif de séjour distinct) sont associées respectivement deux factures ANO-HOSP distinctes ;
 - o chacune de ces factures comporte un numéro administratif de séjour qui lui est propre ;
 - o il existe donc une unicité du lien N° de séjour SSR – n° administratif de séjour.



4.2 Mise en œuvre transitoire :

Pour rappel, une mise en œuvre transitoire peut être admise et ce pour une période de deux ans.

Ainsi, sauf instruction contraire, le schéma cible devra être mis en œuvre au 1^{er} janvier 2018. D'ici là, une option transitoire est proposée aux EPS

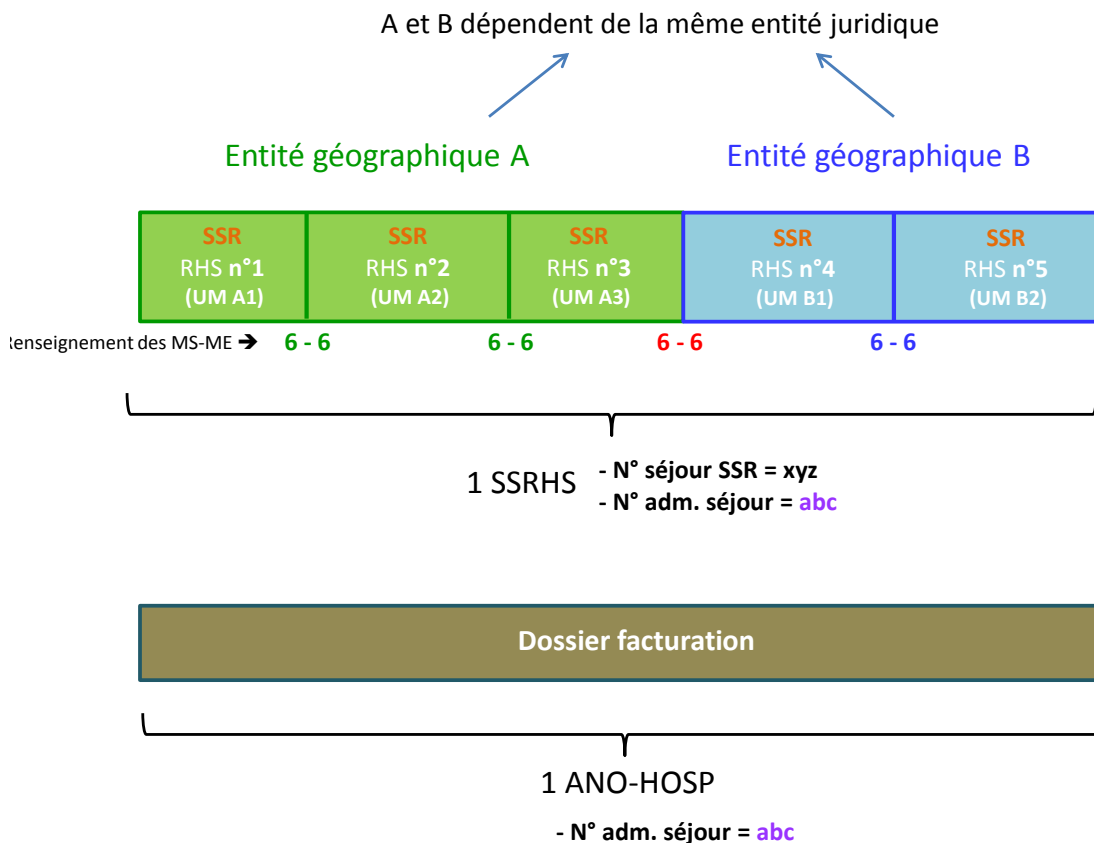
➤ Maintien de la production des séjours aux bornes de l'entité juridique

En effet, la nouvelle règle de production des séjours SSR par entité géographique appelle des évolutions conséquentes des systèmes d'information des EPS. Elle suppose également des actions de formations auprès des personnels enregistrant les admissions et les mouvements au sein du système d'information hospitalier.

Compte-tenu de ces nombreuses contraintes la production des séjours aux bornes des entités géographiques ne revêt pas un caractère obligatoire.

➔ Les établissements peuvent continuer à produire leurs séjours SSR par entité juridique selon les règles qui ont prévalu jusqu'alors : à savoir un séjour unique pour un patient séjournant dans deux ou plusieurs entités géographiques de la même entité juridique (au sein du même champ d'activité, et du même type d'hospitalisation SSR).

Règles antérieures à 2016



5- La transmission e-PMSI

Cette évolution des règles de production des séjours SSR n'a aucun impact sur les modalités de transmission des informations aux Agences Régionales de Santé, modalités qui sont donc inchangées.

Pour mémoire, chaque transmission est réalisée, par le biais de la plateforme d'échange e-PMSI, au titre de l'entité juridique de l'établissement. Les fichiers de données d'activité et de facturation anonymes à transmettre sont les suivants : RHA, SSRHA, FICHCOMPA, ANO et RAFAEL. Ces fichiers restent donc transmis par entité juridique. Les transmissions sont cumulatives depuis janvier et réalisées à un rythme mensuel, à compter de M5 2016. Les tableaux de restitution OVALIDE SSR sont produits eux aussi au niveau entité juridique. Pour être rendue visible à l'ARS, chaque transmission doit être validée sur e-PMSI.

II. **Point de vigilance : la gestion des prestations interétablissements (rappel)**

La mise en œuvre de cette mesure ne signifie pas pour autant que les tous « déplacements » d'un patient entre unités médicales SSR dépendant d'entités géographiques différentes doivent se traduire par des modes d'entrée et de sortie « 7 *Transfert définitif* ».

Le cas échéant, les règles de production des séjours répondant à la définition des prestations interétablissement doivent être respectées.

Ces conditions sont décrites dans le guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en soins de suite et de réadaptation.

Pour mémoire :

- On désigne par « prestation interétablissement » une situation dans laquelle un établissement de santé a recours au plateau technique ou aux équipements d'un autre établissement de santé, relevant du même champ d'activité, pour assurer aux patients des soins ou des examens qu'il ne peut pas effectuer lui-même.
- On parle de prestation interétablissement dans les conditions suivantes :
 - o un patient est provisoirement transféré d'un établissement de santé demandeur A vers un établissement de santé prestataire B pour la réalisation d'un acte médicotechnique ou d'une autre prestation de soins ;
 - o le séjour du patient en B dure au plus 2 journées civiles (pas plus d'une nuitée en B), après quoi le patient revient en A ;
- Par « établissement de santé prestataire B » on entend une autre entité géographique de la même entité juridique ou d'une autre entité juridique, que l'établissement de santé soit public ou privé.

En l'occurrence, au sein de la période d'hospitalisation d'un patient dans une entité juridique, toute séquence SSR Entité Géographique 'A' – Entité Géographique 'B' – Entité Géographique 'A' répondant à la définition d'une prestation interétablissement doit en respecter les consignes de production.

Les modes d'entrée et sortie ne doivent pas être codés « 7 *Transferts définitifs* » dans ce cas.

- l'Entité Géographique 'A' doit produire un séjour SSR unique :

- soit production d'un résumé englobant la période de suspension de l'hospitalisation – il est recommandé de privilégier cette modalité de gestion en SSR ;
 - soit production de deux résumés encadrant la suspension de l'hospitalisation :
 - ces deux résumés doivent se rapporter au même numéro administratif de séjour, ainsi qu'au même numéro de séjour SSR,
 - le mode de sortie du premier résumé doit être codé « 0 Transfert provisoire »,
 - et le mode d'entrée du second résumé doit être codé « 0 Transfert provisoire »,
 - les dates de départ vers B et de retour de B ne peuvent qu'être identiques ou différer d'un seul jour,
 - lorsque ces conditions sont respectées les deux résumés pré et post prestation sont considérés par la fonction groupage comme appartenant à un séjour SSR unique.
- l'Entité Géographique 'B', quant à elle doit produire un séjour non facturable dont les modes d'entrée et de sortie sont codés « 0 Transfert provisoire ».

Cette séquence A-B-A peut s'intégrer dans une prise en charge plus large telle qu'illustrée ci-dessous.

« PIE » : exemple d'une séquence A-B-A au sein d'hospitalisations successives dans les entités géographiques A, B et C dépendant de la même entité juridique

