



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins

Sous-Direction des affaires financières
Bureau des études et synthèses financières
relatives aux activités de soins (F1)

Paris, le 16 novembre 2006

Personne chargée du dossier :
Dr Joëlle DUBOIS
Tél. 01.40.56.58.44
Mél. joelle.dubois@sante.gouv.fr

Le Ministre de la santé et des solidarités

à

**Mesdames et messieurs les directeurs
Agences régionales de l'hospitalisation
*Pour information et transmission
aux établissements de santé
(directeurs d'établissement et médecins de
DIM)***

Objet : *Arrêté "prestations" du 25 août 2006 et nouvelles prestations de soins externes : conditions de facturation – Sécurisation des fichiers de données de séjour dans le cadre des contrôles T2A.*

PJ : 1

A la suite de l'arrêté du 25 août 2006 modifiant l'arrêté du 5 mars 2006 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (arrêté "prestations"), un courrier en date du 4 septembre vous était adressé, pour transmission aux établissements de santé. Il s'agissait de définir les consignes de production de l'information médicalisée conduisant aux nouvelles prestations hospitalières de soins externes décrites par arrêté.

Depuis, de nombreuses questions ont été émises par les établissements de santé. Outre des questions concernant l'information médicalisée, des questions émanant notamment des établissements ex-DG, et relatives aux conditions de facturation de ces nouvelles prestations ont été recensées.

Je vous remercie de bien vouloir transmettre à l'ensemble des établissements de santé concernés par la T2A l'annexe jointe au présent courrier. Indépendamment des consignes concernant les prestations de soins externes, une information relative à la sécurisation des fichiers de RSS/RSA dans le cadre des contrôles T2A y est également portée.

*Signature : La Directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins –
Annie PODEUR*

ANNEXE TECHNIQUE

La présente annexe comporte deux informations de nature différente :

La première est liée à la production et facturation des GHS 9600 et 9601 nouvellement introduits à la classification des prestations d'hospitalisation par arrêté du 25 août 2006.

La seconde est relative aux conditions de conservation des fichiers de RSS et au dispositif de sécurisation des données transmises aux ARH, dans le cadre des contrôles T2A.

I. Production et facturation des prestations de soins externes

I.1. Recours au "secteur opératoire"

Rappel :

La circulaire DHOS/F1/F2/F3/2006/412 du 20 septembre 2006, ainsi que l'instruction du 4 septembre précisent les éléments suivants concernant ces GHS nouveaux :

- Les GHS 9600 et 9601 nouvellement créés, peuvent être facturés par un établissement de santé, à condition que l'acte permettant la production d'un GHM soit réalisé dans un secteur opératoire. Il s'agit ici de conditions dérogatoires, dans la mesure où les actes visés présentent des caractéristiques d'actes externes, réalisés sur des patients "ambulants", ne requérant pas d'hospitalisation, mais l'utilisation d'un plateau technique hospitalier.

La mesure ici créée pour un nombre limité d'actes vise à permettre un dédommagement de l'établissement qui met à disposition ce plateau technique particulier, non rémunéré par les tarifs CCAM.

- ... les nouvelles dispositions de l'arrêté (*arrêté "prestations" du 25 août, modifiant l'arrêté du 5 mars 2006*) autorisent désormais la facturation du GHS 9601, dans les cas limités où les actes réalisés, bien que relevant d'une prestation de type "soins externes", ont nécessité le recours à un secteur opératoire et de ce fait le recours à un plateau technique hospitalier.

- Le "secteur opératoire" permet de garantir la qualité des conditions de réalisation des actes techniques médicaux et chirurgicaux qui y sont pratiqués. Il doit être conforme aux caractéristiques organisationnelles, fonctionnelles et techniques définies par l'arrêté du 7 janvier 1993.

- Le recours à un secteur opératoire doit être un recours reconnu par les professionnels de santé comme étant la pratique habituelle, et non le fait de pratiques individuelles ou répondant à une organisation hospitalière particulière.

Précisions relatives au secteur opératoire :

La référence à l'arrêté du 7 janvier 1993 a pour seule fonction d'identifier les caractéristiques organisationnelles, fonctionnelles et techniques que doivent respecter les structures dans lesquelles sont délivrés les soins externes ouvrant droit à facturation d'un GHS 9600 ou 9601.

Ainsi, et bien que l'intitulé complet de cet arrêté fasse référence aux structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire, la possibilité de facturer ces GHS n'est en aucune manière liée à l'autorisation de chirurgie ambulatoire que peut posséder (ou non) l'établissement.

Le financement de ces pratiques sous forme de GHS répond au seul besoin de pouvoir dédommager les établissements du recours à leur plateau technique, dans la mesure où le respect des caractéristiques définies dans l'arrêté de 1993 suppose une mobilisation de ressources conséquentes.

Il est à noter que la notion de secteur opératoire est plus large que celle du bloc opératoire, et que dans ce cadre, s'agissant d'endoscopie par exemple, toute structure géographiquement

identifiée et délimitée, comportant des installations matérielles utiles notamment à la stérilisation des endoscopes, avec personnel infirmier dédié, doit être considérée comme remplissant les conditions requises à la facturation du GHS 9600.

I.2. Conditions de facturation des GHS 9600 et 9601

Avant-propos :

Il convient d'insister encore sur le caractère dérogatoire de ces GHS, créés en réponse au besoin de financer le recours au plateau technique hospitalier à l'occasion d'actes externes, au moment où par ailleurs la circulaire dite "frontière", rappelait l'interdiction de facturer une prise en charge d'hospitalisation à temps partiel dans ce cas.

Depuis cette création, différents problèmes ont été identifiés, et une évaluation du dispositif pourrait conduire à quelques adaptations à l'occasion de la prochaine campagne tarifaire.

Dans l'intervalle, il convient d'appliquer les procédures suivantes :

- Pour le remboursement par l'assurance maladie de la prestation de soins externes (GHS 9600 ou 9601), **un RSS doit être produit. En revanche, une admission en hospitalisation ne doit pas être prononcée.** Ce RSS produit pour un acte externe, et sans admission hospitalière, illustre le caractère dérogatoire de la mesure, mais il est à noter qu'il ne constitue pas un cas isolé (radiothérapie dans les établissements ex-DG par exemple). Le contenu de ce RSS est décrit ci-dessous.
- Pour la facturation de la prestation au patient, deux cas doivent être distingués, selon le statut de l'établissement qui facture (établissement antérieurement sous dotation globale, ou sous OQN) (voir ci-dessous).

I.2.1. Informations à produire en vue du remboursement de l'établissement par l'assurance maladie¹ :

RUM/RSS

Rappel :

La circulaire DHOS/F1/F2/F3/2006/412 du 20 septembre 2006 précise que :

Sur le plan du recueil de l'information médicalisée, les conditions de facturation du GHS 9600 ou 9601 sont les suivantes :

- Bien que relevant de l'activité de soins externes, les établissements doivent produire un résumé de sortie PMSI, conforme au format de RUM en vigueur (RUM 11 depuis mars 2006),
- Les items "dates d'entrée et de sortie" doivent être identiques (date d'entrée = date de sortie)
- L'item "type de lit dédié" doit être renseigné. A ce titre, un nouveau type de lit dédié est créé : il s'agit du type "plateau technique du secteur opératoire", portant le code "55"
- Les informations médicales du RUM doivent également être renseignées. Il conviendra notamment de renseigner correctement le diagnostic principal et les actes réalisés. Cette condition est rendue nécessaire pour un groupage correct dans les GHM chirurgicaux autorisant la facturation du GHS 9600 ou 9601. Bien que non nécessaires au groupage dans l'un des GHM médicaux de dermatologie (24M17Z ; 24M18Z et 24M33Z), les établissements porteront néanmoins une attention particulière au codage des actes dits "non classants". A défaut, s'agissant de justifier la facturation d'un acte externe par le biais d'un GHS, l'absence de codage de l'acte pourra être reprochée à l'établissement responsable, à

¹ Par "remboursement de l'établissement par l'assurance maladie", il faut entendre : financement direct par l'assurance maladie (établissements ex-OQN), ou par l'intermédiaire de l'ARH (établissements ex-DG)

l'occasion des contrôles menés en application de l'article L162-22-18 du code de la sécurité sociale."

Précisions relatives au RUM/RSS

Les RSA issus des RSS produits dans ce cadre seront, comme les autres RSA, transmis trimestriellement à l'ARH, via e-pmsi.

Précisions complémentaires relatives à l'item "unité médicale" :

Cet item doit être renseigné comme il le serait pour tout séjour hospitalier. Ainsi, si le "secteur opératoire" dans lequel le patient est pris en charge fait partie d'une unité médicale déjà identifiée dans le système d'information de l'établissement, le numéro de cette unité sera porté dans le RUM.

A défaut, une nouvelle unité médicale pourra être définie. Cette nouvelle unité médicale pourra également être définie en réponse à des besoins propres au système d'information de l'établissement.

Quoi qu'il en soit, s'agissant de ces nouveaux GHS, il convient de rappeler que l'item UM du RUM n'intervient pas lors du groupage et de la valorisation des informations du RUM (il en est de même en ce qui concerne l'item "type d'autorisation de l'UM").

FICHSUP :

L'acte ayant motivé la prise en charge en "secteur opératoire" **ne doit pas** alimenter le fichier FICHSUP. FICHSUP est en effet alimenté par les établissements ex-DG pour le financement de l'activité externe, mais renseigner FICHSUP alors qu'un RUM est produit pour le financement d'un GHS de soins externes conduirait à financer deux fois cette activité, les GHS ayant été calibrés pour inclure à la fois la valorisation de l'acte externe ainsi que le recours au secteur opératoire.

RSF et bordereau de facturation S3404 :

Ces supports d'information concernant les établissements ex-OQN doivent être remplis de la même manière que pour les autres GHS.

I.2.2. Conditions de facturation au patient

Ainsi qu'il l'est annoncé dans l'avant-propos ci-dessus, ces conditions doivent être distinguées selon que l'établissement dans lequel les soins externes ont été dispensés est un établissement ex-OQN ou ex-DG.

Dans les établissements ex-OQN : les conditions de facturation sont strictement identiques aux conditions applicables à toute prestation liée à un GHS.

Dans les établissements ex-DG : par dérogation aux règles relatives à la facturation d'une prestation GHS (habituellement hospitalisation), c'est la procédure usuelle de facturation d'actes externes qui doit être appliquée.

II. Conditions de conservation des fichiers de RSS

Ce point est destiné à mettre l'accent sur la nécessité pour les établissements de procéder à des mesures de **sauvegarde du fichier de RSS à la source du fichier de RSAc (ou de RSA)** transmis à l'ARH. **Un dispositif de sécurisation des données** est désormais opérationnel. Dans le cadre des contrôles T2A le respect de cette contrainte devient impératif.

Rappel : l'article 7-I de l'arrêté « PMSI » du 31 décembre 2003 oblige tous les établissements qui transmettent leurs RSAc (ou provisoirement leurs RSA) à conserver une sauvegarde du

fichier de RSS source : « *pour chaque établissement, le médecin chargé de l'information médicale, sauvegarde le fichier de RSS qui est à la source du fichier de RSAc et assure la conservation de la copie produite.* »

Pour information :

Le bon déroulement des procédures de traitements des données PMSI-MCO (MAT2A, DATIM), et de préparation des contrôles externes (LEDDA) suppose un strict respect des fichiers et de leur intégrité. Les outils PMSI-MCO officiels diffusés ou utilisés par l'ATIH, vérifient tous cette signature depuis le traitement des données du 1^{er} trimestre 2006.

Avec la mise en place des outils informatiques utilisés pour les contrôles externes, ce principe devient strictement contrôlé.

Pour systématiser la sauvegarde du fichier de RSS source en limitant les oublis, l'outil officiel (GENRSA ou AGRAF) qui anonymise le fichier de RSS et produit les RSA adaptés à la transmission, crée automatiquement pour l'établissement, un fichier de sauvegarde du fichier de RSS avec une clé de sécurité qui permet de l'authentifier et de vérifier ultérieurement qu'il n'a pas été modifié.

Ce fichier signé par GENRSA/AGRAF correspond à la sauvegarde prévue par l'Art 7-I de l'arrêté du 31 décembre 2003.

Ce fichier de copie automatique signé est nécessaire à la levée de l'anonymat par l'établissement lors de l'utilisation de l'outil LEDDA² au moment du contrôle. En effet, LEDDA recherche ce fichier et vérifie que la clé de sécurité est la bonne et n'a pas été altérée.

Si l'établissement venait à modifier un seul RSS de ce fichier sans transmettre à l'ARH un nouveau fichier de RSA, la clé de sécurisation ne fonctionnerait plus, le fichier serait considéré comme corrompu et la levée de l'anonymat serait bloquée dans LEDDA. L'établissement devrait alors solliciter une dévalidation des données déjà validées et une reprise complète du processus de traitement des données (MAT2A, DATIM, Feuille d'extraction). De même si l'établissement venait à perdre le fichier de sauvegarde automatique généré par AGRAF/GENRSA sans pouvoir le restaurer (perte des données stockées, incendie, effacement accidentel et pas de sauvegarde...), la procédure de recherche de RSS et de levée de l'anonymat préparatoire au contrôle externe serait bloquée.

En conséquence il appartient au médecin responsable de l'information médicale de veiller à la conservation et à l'intégrité de ce fichier de RSS source. Il est recommandé qu'il en constitue une copie archivée en toute sécurité qui pourra être restaurée en cas de besoin.

Sur un plan pratique :

Lors de l'utilisation de GENRSA ou AGRAF pour la production du fichier de RSAc, il faut sauvegarder le contenu du dossier [Dossier d'installation]\sauvegarde. Les dossiers par défaut sont :

- Pour AGRAF : C:\Program Files\POP-T2A\AGRAF\sauvegarde
- Pour GENRSA : C:\Program Files\POP-T2A\GENRSA\sauvegarde

Il est recommandé de procéder à une sauvegarde externe (bandes magnétiques, DVD ou CD par exemple) afin de rendre possible une restauration des données en cas de problèmes liés au matériel (disque dur de la machine irrécupérable notamment).

² LEDDA : Logiciel d'Extraction Des Données de DATIM, utilitaire ayant deux modules :

Le Module A permet à partir d'un fichier de RSS et d'une feuille d'extraction issue du module d'extraction de DATIM hébergé par la plate-forme e-PMSI, de **générer un fichier de numéros de RSS candidats** qui sera destiné au logiciel de tirage au sort du contrôleur

Le Module B intervient après le tirage au sort réalisé par le contrôleur et permet de **générer le « fichier de RSS groupés à contrôler »** utilisé par l'outil de gestion des contrôles (OGC).