

---

## **Campagne tarifaire et budgétaire 2016**

### **Notice complémentaire**

### **Prestations interactivités - PIA**

---

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 notice complémentaire s'avère nécessaire au cours de cette campagne 2016, afin de documenter les actualités en matière de prestations inter activités (PIA).

Elle est composée d'une annexe qui vise à préciser le périmètre de ces PIA et à décrire les modalités de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation dans ce cadre.

Dans un souci de clarté, quelques précisions relatives aux prestations inter établissements (PIE) sont apportées, pour compléter la description du dispositif PIA.

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

### Prestations inter activités

La **notion de prestations inter activités (PIA)** a été introduite dans l'article 4ter de l'arrêté « forfaits » MCO-HAD 2016<sup>1</sup> et dans l'article 2 de l'arrêté « prestations » SSR-Psychiatrie 2016 des établissements OQN<sup>2</sup>. Elle est déclinée dans la version 2016 des *Guides méthodologiques de production des informations relatives à l'activité médicale des champs MCO, HAD, SSR et psychiatrie*.

Elle se rapporte à une situation dans laquelle une unité d'hospitalisation a recours au plateau technique ou aux équipements d'une autre unité d'hospitalisation relevant d'un champ d'activité différent, pour assurer au patient des soins ou des examens qu'elle ne peut pas effectuer elle-même.

Par conséquent, **la définition des prestations inter établissements (PIE) évolue à compter de mars 2016** pour se voir restreinte aux situations dans lesquelles les établissements, prestataire et demandeur, relèvent du même champ d'activité. Pour autant, les règles de facturation relatives à ces prestations demeurent inchangées<sup>3</sup>.

Il est à noter qu'une prestation réalisée par un établissement MCO pour le compte d'un établissement HAD est gérée comme une situation de PIA ; ceci à titre dérogatoire bien que l'HAD fasse partie du champ MCO.

---

<sup>1</sup> Arrêté « forfaits » MCO-HAD 2016 :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000030281198>

<sup>2</sup> Arrêté « prestations » OQN SSR-Psychiatrie 2016 :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032112881&dateTexte=20160411>

<sup>3</sup> Voir en ce sens les guides méthodologiques de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation des champs MCO, HAD, SSR.

## I. Périmètre des prestations

On parle de PIA dans les conditions suivantes :

- un patient transite provisoirement d'une unité d'hospitalisation demandeuse A vers une unité prestataire B pour la réalisation d'un acte médicotechnique ou d'une autre prestation ;
- le séjour en A et la prestation réalisée en B relèvent d'un **champ d'activité différent** au sens des articles R.162-29 à R.162-29-3 du code de la sécurité sociale (MCO, HAD, SSR, psychiatrie, USLD) ;
- la prestation est réalisée en B soit sous forme de séjour (« PIA séjour »), soit sous forme d'acte externe (« PIA externe »).

On distingue ainsi des « PIA séjours » et des « PIA externes ».

Dans le cas des « **PIA séjours** », le patient est :

- soit muté d'une unité médicale demandeuse A vers une unité médicale prestataire B d'une même entité géographique,
- soit transféré d'un établissement de santé demandeur A vers un établissement de santé prestataire B relevant d'une autre entité géographique (qu'il dépende de la même entité juridique ou d'une autre entité juridique).

En outre, **la prestation donne lieu à une admission ; le séjour du patient en B ne dure pas plus d'une nuitée**, après quoi le patient revient en A.

Les durées font référence au différentiel (date de sortie – date d'entrée), pour les séjours réalisés en prestation.

Dans la suite du document, par convention, le terme :

- « établissement demandeur » désignera « établissement ou unité médicale demandeurs »,
- « établissement prestataire » désignera « établissement ou unité médicale prestataires ».

\* \*  
\*

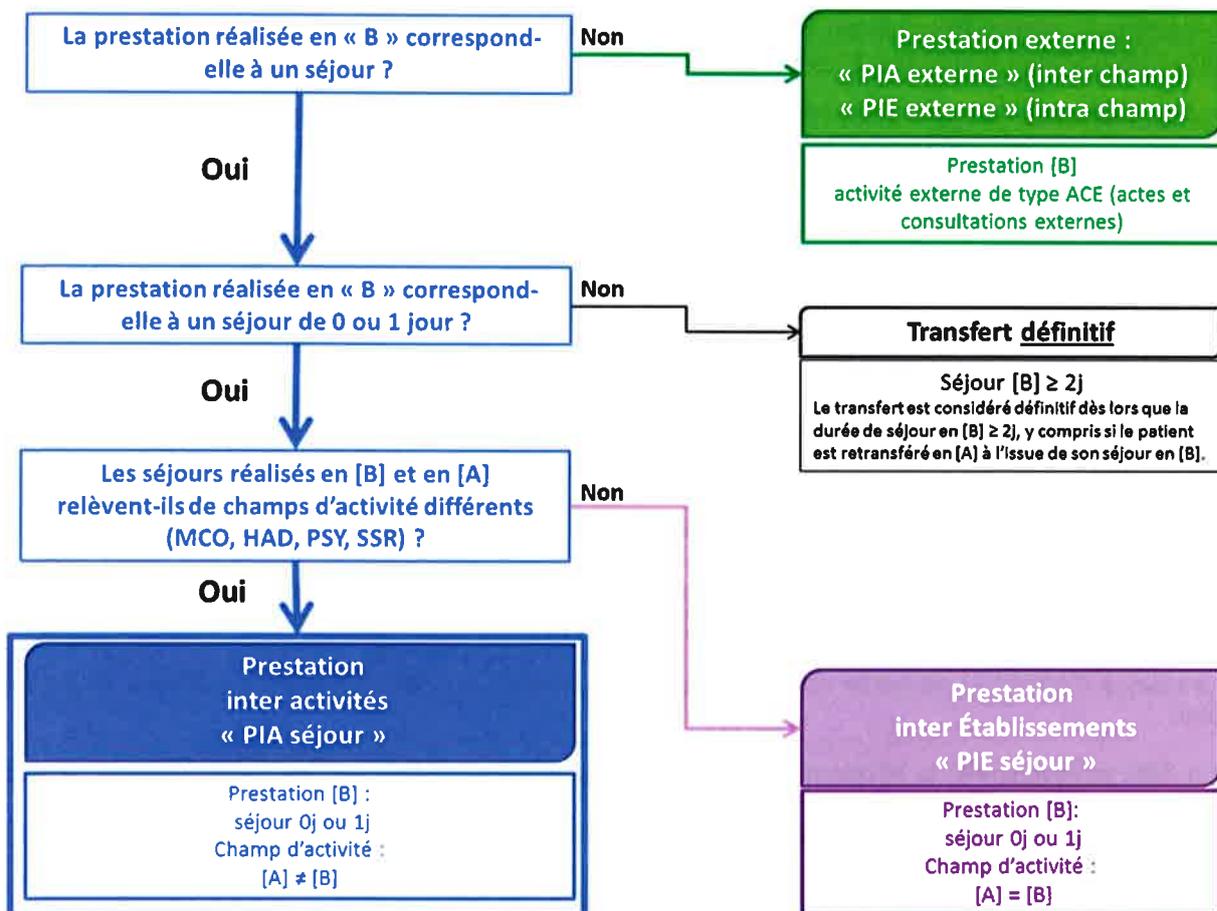
La partie II de cette notice est consacrée à la description des modalités de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation lorsqu'il s'agit de prestations inter activités de type « PIA séjours ».

Les règles de facturation des « PIA externes » seront décrites dans un document différent, à produire prochainement par la DGOS. L'ATIH en relaiera alors l'information.

Enfin, des illustrations schématiques sont proposées :

- Les modalités de production et de facturation des PIA séjour et PIE séjour sont synthétisées en fin de notice ;
- La typologie des situations possibles (prestation inter / intra champ, de type externe ou séjour) donne lieu au logigramme présenté ci-dessous.

## Logigramme décrivant les situations de PIA/PIE



**NB :** Les durées font référence au différentiel (date de sortie – date d'entrée), pour les séjours réalisés en prestation.

## II. Prestation inter activités « PIA séjour »

Par rapport au cas général des « PIE »<sup>4</sup> telles que décrites dans les guides méthodologiques PMSI concernés, jusqu'en 2015, la situation de « PIA séjour » se caractérise désormais par le fait que le prestataire facture son séjour à l'assurance maladie.

Les modalités de production de l'information relative à l'activité médicale et à sa facturation sont les suivantes. Le cas particulier pour lequel l'établissement demandeur A est un établissement d'hospitalisation à domicile est individualisé.

### 1. Établissement de santé prestataire « B »

Lorsque le patient fait l'objet d'une admission en hospitalisation, B produit un séjour de durée 0 ou 1 jour (date de sortie – date d'entrée), dont les modes d'entrée et de sortie sont codés :

- « 6 » mutation s'il s'agit de la même entité géographique ;
- ou « 7 » transfert définitif<sup>5</sup> s'il s'agit d'une autre entité géographique.

Attention, les modes d'entrée/sortie « 0 » *transfert provisoire* ne doivent pas être utilisés sur le séjour du prestataire (leur utilisation rendrait le séjour non facturable pour OVALIDE).

Les dates d'entrée et de sortie correspondantes ne peuvent qu'être identiques ou différer d'un seul jour.

En SSR et psychiatrie, la déclaration des journées de présence PMSI suit les consignes des *Guides PMSI*.

La prestation réalisée est renseignée dans le résumé PMSI de B.

La prestation de B est facturée à l'assurance maladie (et non à A).

### 2. Établissement de santé demandeur « A » (hors HAD) :

Ce paragraphe recouvre les cas où l'établissement « A » relève d'un des champs suivants<sup>6</sup> : SSR, psychiatrie ou MCO.

**L'établissement de santé demandeur « A » doit produire un séjour unique intégrant la période de réalisation de la prestation.**

En psychiatrie, un résumé unique (RPS) intégrant la période de réalisation de la prestation est produit (cf. schéma *infra* : option 1).

---

<sup>4</sup> Identifiées sous le terme PIE dans les *Guides PMSI MCO et SSR*.

<sup>5</sup> Le terme « *transfert définitif* » correspond au libellé associé au code « 7 » dans la nomenclature des modes d'entrée – modes de sortie du PMSI.

<sup>6</sup> À l'exception de l'HAD qui est traitée à part.

Deux possibilités s'offrent à l'établissement pour produire les résumés en MCO (RUM) et SSR (RHS) :

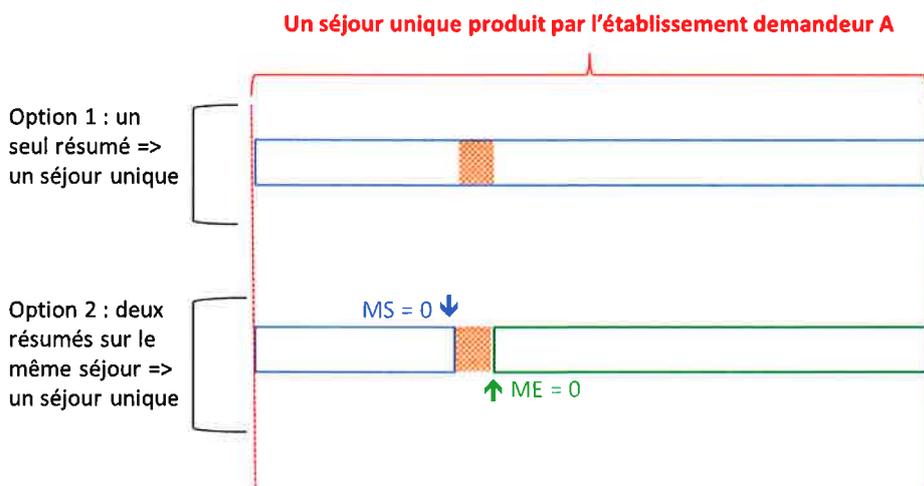
- Soit production d'un résumé englobant la période de suspension de l'hospitalisation (cf. schéma infra : option 1),
- Soit production de deux résumés encadrant la suspension de l'hospitalisation (cf. schéma infra : option 2) :
  - ces deux résumés doivent se rapporter au même numéro de séjour, ainsi 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,
  - lorsque ces conditions sont respectées les deux résumés pré et post prestation sont considérés par la fonction groupage (FG MCO ou SSR) comme appartenant à un séjour unique.

Quelle que soit la modalité de production des résumés, en SSR et psychiatrie, la déclaration des journées de présence PMSI suit les règles des *Guides PMSI*.

L'établissement de santé demandeur « A » ne doit pas faire figurer dans son résumé le ou les actes réalisés par le prestataire. Il n'en assume effectivement pas la charge financière.

Le code Z75.80 *Sujet adressé dans un autre établissement pour réalisation d'un acte* doit être enregistré sur le résumé de l'établissement demandeur « A ».

## PIA : Etablissement demandeur « A » (hors HAD)



Les parties orangées représentent la période de réalisation de la prestation (0 ou 1 jour)

### 3. Cas particulier : l'établissement de santé demandeur « A » est un établissement HAD

Le cas où l'HAD est demandeur nécessite d'être individualisé car les modalités de gestion sont différentes selon que la prestation dure 0 jour ou 1 jour. Ces modalités de gestion différentes ne concernent que le demandeur HAD. Les modalités de gestion liées au prestataire sont invariantes.

#### 3.1 Durée prestation = 0 jour

Lorsqu'un patient, hospitalisé à domicile, est transféré, pour une période qui n'inclut pas une nuitée (la prestation est un séjour de 0 jour), vers une unité d'hospitalisation, appartenant ou non à la même entité juridique, le séjour d'hospitalisation à domicile n'est pas interrompu. Dans cette hypothèse, un séjour unique est ainsi produit par la structure d'HAD et correspond à l'intégralité de la prise en charge du patient à domicile. Le jour de l'admission dans l'unité d'hospitalisation, la structure d'HAD facture un GHT.

A titre d'illustration, le séjour d'hospitalisation à domicile n'est pas interrompu dans les situations suivantes : réalisation, dans un établissement de santé autre que l'ESHAD, d'actes de diagnostic, de surveillance ou de traitement (chimiothérapie, radiothérapie, dialyse, transfusion sanguine, etc.) au cours d'une journée sans absence de nuit du patient de son domicile.

Le séjour produit par l'ESHAD ne comprend que les prestations réalisées à domicile. L'établissement de santé demandeur « A » = HAD ne doit pas faire figurer dans son résumé le ou les actes réalisés par le prestataire. Il n'en assume effectivement pas la charge financière.

Le code Z75.80 *Sujet adressé dans un autre établissement pour réalisation d'un acte* doit être enregistré sur son résumé.

#### 3.2 Durée prestation = 1 jour

L'absence du patient pour une hospitalisation hors du domicile incluant une nuitée, dans une unité d'hospitalisation, appartenant ou non à la même entité juridique, interrompt le séjour d'hospitalisation à domicile. Dans l'hypothèse où le patient bénéficie d'une prise en charge en HAD à son retour au domicile, deux séjours sont produits par la structure d'HAD :

- **Séjour initial avant transfert : le jour du transfert, la structure d'HAD ne facture aucun GHT.**
- **Second séjour après retour à domicile : la date d'entrée de ce second séjour est différente de la date de sortie du premier séjour.**
- Les modes de sortie du premier séjour et d'entrée du second séjour sont codés :
  - « 6 » mutation s'il s'agit de la même entité géographique,
  - ou « 7 » transfert définitif s'il s'agit d'une autre entité géographique.

*Cette règle admet une exception : le séjour HAD n'est pas interrompu lors de la réalisation, dans un établissement de santé autre que l'ESHAD, d'actes exploratoires diagnostiques ou de surveillance spécifiquement nocturnes (polysomnographie par exemple) avec absence de nuit du patient de son domicile. Dans ce cas, la gestion est identique au point 3.1 ci-dessus.*

Le séjour produit par l'ESHAD ne comprend que les prestations réalisées à domicile. L'établissement de santé demandeur « A » = HAD ne doit pas faire figurer dans son résumé le ou les actes réalisés par le prestataire. Il n'en assume effectivement pas la charge financière.

Le code Z75.80 *Sujet adressé dans un autre établissement pour réalisation d'un acte* doit être enregistré sur son résumé.

## PIA : Etablissement demandeur « A » = HAD

=> Deux cas de figure différents selon la durée de la prestation

La prestation n'inclut pas une nuitée (durée 0 jour) => un séjour unique est produit par l'HAD



La prestation inclut une nuitée => deux séjours distincts sont produits par l'HAD



Les parties orangées représentent la période de réalisation de la prestation (0 ou 1 jour)

### III. Synthèse

#### Prestation réalisée sous forme de séjour

	Inter champ (PIA séjour)	Intra champ (PIE séjour)
Etablissement demandeur « A »	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Produit un séjour unique, sauf si « A » = HAD et prestation de « B » = 1 j : dans ce cas, 2 séjours sont produits par « A »</li> <li>→ Enregistre sur son résumé le code Z75.80</li> <li>→ Ne doit pas faire figurer dans son résumé la prise en charge médicale réalisée par le prestataire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Produit un séjour unique</li> <li>→ Enregistre sur son résumé le code Z75.80</li> <li>→ Doit faire figurer dans ses informations médicales la prise en charge médicale réalisée par le prestataire (acte CCAM, diagnostics, MED, <u>DMI</u>, ...)</li> </ul>
Etablissement prestataire « B »	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Produit un séjour de durée 0 ou 1 jour dont les ME et MS sont codés « 6 » ou « 7 »</li> <li>→ Facture ce séjour à l'assurance maladie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Produit un séjour de durée 0 ou 1 jour dont les ME et MS sont codés « 0 »</li> <li>→ Ne facture pas* à l'assurance maladie (<u>factam</u> = 0, motif = 5)</li> </ul>

\* Sauf lorsqu'il s'agit d'une séance de chimiothérapie, dialyse ou radiothérapie

Remarque : dans le schéma ci-dessus

- Pour une « **PIE séjour** », le terme « établissement » désigne des unités médicales de même champ implantées dans deux entités géographiques distinctes (entités rattachées soit à la même entité juridique, soit à deux entités juridiques différentes) ;
- Pour une « **PIA séjour** », le terme « établissement » désigne :
  - Soit des unités médicales de champs différents d'une même entité géographique,
  - Soit des unités médicales de champs différents implantées dans deux entités géographiques distinctes (entités rattachées soit à la même entité juridique, soit à deux entités juridiques différentes).