

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

**Arrêté du 22 novembre 2006 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en soins de suite ou de réadaptation et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique**

NOR : SANH0624745A

Le ministre de la santé et des solidarités,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 6113-7, L. 6113-8, L. 6122-1 et R. 6113-1 à R. 6113-11 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article L. 162-22-6 ;

Vu la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ;

Vu la lettre de la Commission nationale de l'informatique et des libertés en date du 24 juin 2003 portant le numéro 03007340,

Arrête :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – I. – Afin de procéder à l'analyse médico-économique de l'activité de soins réalisée en leur sein, les établissements de santé mettent en œuvre des traitements automatisés des données médicales nominatives suivantes : résumés hebdomadaires standardisés (RHS), assortis de volets identifiant les patients et leurs mouvements, pour tous les patients pris en charge dans des unités médicales de soins de suite ou de réadaptation (SSR), en hospitalisation complète, de semaine, de jour et de nuit ainsi qu'en traitements et cures ambulatoires. La définition des unités médicales appartient en propre à chaque établissement de santé, sous réserve que chaque unité médicale corresponde à une seule des autorisations mentionnées à l'article L. 6122-1 du code de la santé publique.

II. – La mise en œuvre de ces traitements automatisés doit être précédée, de la part des établissements de santé concernés, d'une déclaration à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). Les établissements de santé ayant, à la date de publication du présent arrêté, effectué cette déclaration ne sont pas tenus à une nouvelle formalité.

III. – Les établissements de santé prennent toutes dispositions utiles afin de permettre aux patients d'exercer auprès du médecin responsable de l'information médicale, par l'intermédiaire du praticien ayant constitué le dossier, leurs droits d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 34 et 40 de la loi du 6 janvier 1978 susvisée.

IV. – Après avoir été rendues anonymes, certaines des informations des résumés hebdomadaires standardisés sont communiquées aux agences régionales de l'hospitalisation, selon des modalités décrites à l'article 6. La communication de ces données se fait sous forme de résumés hebdomadaires anonymes (RHA) et chaînables, et sous forme de synthèses par séjour de résumés hebdomadaires anonymes (SSRHA), tels que décrits à l'article 5.

V. – Les établissements de santé mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale transmettent à l'agence régionale de l'hospitalisation, selon les modalités décrites à l'article 6, un ou des résumés de facturation rendus anonymes, correspondant à chaque séjour d'un patient dans l'établissement, et dont le contenu est décrit dans l'annexe jointe au présent arrêté. Les informations contenues dans les résumés standards de facturation anonymes (RSFA) correspondent aux bordereaux de facturation transmis aux organismes d'assurance maladie.

**Art. 2.** – I. – Dans chaque unité médicale de soins de suite ou de réadaptation, définie par chaque établissement de santé, les catégories d'information enregistrées sur le RHS sont les suivantes :

1° Informations relatives à l'identification des malades :

a) Numéro administratif de séjour ;

b) Numéro de séjour SSR : identifiant correspondant à l'ensemble du séjour dans les unités médicales de soins de suite ou de réadaptation de l'établissement de santé ;

c) Date de naissance du patient ;

d) Sexe du patient ;

e) Code postal du lieu de résidence du patient ou code du pays de résidence du patient ;

2° Autres informations obligatoires :

a) Numéro de l'établissement de santé dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) ;

b) Numéro d'unité médicale ;

c) Type d'activité décrivant le type de prise en charge du patient ;

d) Numéro de semaine ;

e) Journées de présence du patient ;

f) Uniquement pour les patients en hospitalisation complète ou de semaine :

– dates et modes d'entrée et de sortie du patient dans l'unité médicale de soins de suite ou de réadaptation ;

– le cas échéant, type de mutation ou transfert (provenance, destination du patient) ;

g) Finalité principale de prise en charge ;

h) Manifestation morbide principale ;

i) Affection étiologique (si elle diffère de la manifestation morbide principale) ;

j) Date de la dernière intervention chirurgicale (si nécessaire) ;

k) Diagnostic(s) associé(s) significatif(s) (le cas échéant) ;

l) Actes médicaux ;

m) Cotation de la dépendance du patient selon une grille spécifique au PMSI ;

n) Utilisation d'un fauteuil roulant pendant le séjour ;

o) Temps/intervenants hebdomadaires pour les activités de rééducation ou de réadaptation.

Ces informations doivent être conformes au contenu du dossier médical.

II. – Par exception au 1° du I de l'article 2, si la personne a été soignée sous le couvert de l'anonymat, les informations d'identité sont limitées à l'année de naissance, au sexe, au numéro administratif de séjour et au numéro de séjour SSR du patient.

**Art. 3. – I. –** Plusieurs RHS peuvent être produits successivement au cours d'un séjour. Ces résumés comportent alors le même numéro de séjour SSR. Chacun de ces RHS fait l'objet d'un classement dans une catégorie majeure clinique (CMC) et dans un groupe homogène de journées (GHJ), tels qu'ils sont répertoriés et décrits par le manuel des groupes homogènes de journées PMSI soins de suite ou de réadaptation. Le guide méthodologique de production des résumés hebdomadaires standardisés précise les modalités de production et de codage des RHS.

II. – Les variables de morbidité sont les suivantes : finalité principale de prise en charge, manifestation morbide principale, affection étiologique et diagnostics associés significatifs. Ces variables sont codées selon la classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), complétée, le cas échéant, d'extensions publiées par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Les activités de rééducation-réadaptation sont recueillies selon le catalogue des activités de rééducation-réadaptation. Les variables de dépendance sont cotées selon une grille de dépendance élaborée spécifiquement pour le recueil des RHS, présentée dans le guide méthodologique de production des RHS susmentionné. Les actes médicaux sont recueillis et codés selon la classification commune des actes médicaux en vigueur.

**Art. 4. – I. –** Dans le cadre des dispositions prévues aux articles R. 6113-1 à R. 6113-11 du code de la santé publique, le médecin chargé de l'information médicale pour l'établissement de santé est responsable de la constitution, à partir des données qui lui sont transmises, d'un fichier des RHS. La durée de conservation des fichiers de RHS constitués au titre d'une année est de cinq ans.

II. – Le médecin chargé de l'information médicale met en œuvre le groupage en GHJ des résumés hebdomadaires et effectue le traitement des données médicales nominatives nécessaire à l'analyse de l'activité. Selon des modalités arrêtées après avis de la commission médicale ou de la conférence médicale de l'établissement, il assure la diffusion des informations issues de ces traitements auprès de la direction de l'établissement de santé et du président de la commission médicale ou de la conférence médicale de l'établissement ainsi qu'aux praticiens ayant dispensé les soins, dans des conditions garantissant la confidentialité des données et l'anonymat des patients. Il est informé de l'objectif des traitements de l'information qui lui sont demandés et participe à l'interprétation de leurs résultats.

Il veille à la qualité des données qui lui sont transmises et conseille les structures médicales et médico-techniques pour leur production.

Dans les conditions fixées par la loi, les médecins inspecteurs de santé publique et les praticiens conseils des organismes d'assurance maladie ont accès, par l'intermédiaire du médecin chargé de l'information médicale, aux fichiers de RHS. Dans le cadre des procédures de contrôle et de validation des données, les praticiens responsables des structures concernées sont informés préalablement de toute confrontation de RHS avec un dossier médical.

**Art. 5.** – I. – Il est constitué, sous la responsabilité du médecin mentionné à l'article 4, des fichiers de RHA et de SSRHA. Les SSRHA présentent des informations complémentaires de celles fournies par les RHA et fournissent une image synthétique du déroulement de chaque hospitalisation. Produits par un programme informatique, propriété de l'Etat, les RHA comportent une clé de chaînage des séjours du patient, construite par l'anonymisation irréversible du numéro de sécurité sociale, du sexe et de la date de naissance, ainsi que l'ensemble des informations du RHS à l'exception :

- a) Du numéro administratif de séjour ;
- b) Du numéro de séjour SSR, remplacé par un numéro séquentiel de séjour ;
- c) Du numéro d'unité médicale (seul figure, dans les SSRHA, le nombre d'unités médicales fréquentées au cours du séjour) ;
- d) De la date de naissance, remplacée par l'âge exprimé en années et calculé au lundi de la semaine observée ;
- e) Du code postal, remplacé par un code géographique de résidence ;
- f) En cas d'hospitalisation complète ou de semaine, des dates d'entrée et de sortie, remplacées dans le RHA par la spécification d'une semaine de début de séjour SSR (oui/non), d'une semaine de fin de séjour SSR (oui/non), de l'antériorité du séjour SSR lors de la semaine considérée et d'un indicateur établi à partir des dates d'entrée ou de sortie permettant d'ordonner les séjours d'un même patient dans un établissement ;
- g) Du numéro de la semaine, remplacé, dans le RHA, par le mois et l'année.

Le programme générateur des RHA met en œuvre le groupage en GHJ et ajoute, à chaque RHA, les informations relatives au résultat du groupage.

II. – Les établissements de santé mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale constituent des fichiers de RSFA élaborés sous la responsabilité du médecin mentionné à l'article 4, et dont le contenu est indiqué dans l'annexe du présent arrêté. Les informations contenues dans ce résumé sont extraites du bordereau de facturation transmis aux organismes de l'assurance maladie.

III. – Le directeur et le président de la commission médicale ou de la conférence médicale de l'établissement sont destinataires de statistiques, agrégées par unité médicale et pour l'ensemble de la structure ou, sur leur demande et dans les conditions prévues au chapitre V *ter* de la loi du 6 janvier 1978 susvisée, de fichiers de RHS, de RHA, de SSRHA ou d'extraits de données issues de ces fichiers.

**Art. 6.** – I. – Pour chaque période trimestrielle, l'établissement de santé transmet à l'agence régionale de l'hospitalisation les fichiers de données mentionnés à l'article 5. Ces fichiers sont issus de la plus récente version des programmes informatiques générateurs de RHA et de RSFA. La transmission s'effectue par une méthode de télétransmission agréée par les services de l'Etat. Ces fichiers de données cumulatives à périodicité de transmission trimestrielle sont relatifs aux résumés, d'une part, du trimestre écoulé et, d'autre part, du ou des trimestres précédents de la même année civile. Ils sont transmis trois mois au plus tard après la fin du trimestre concerné.

II. – Après traitement des fichiers de données mentionnés à l'article précédent, chaque établissement de santé peut consulter ses tableaux statistiques d'activité par le biais de la plate-forme de service développée par l'ATIH.

III. – Chaque agence régionale de l'hospitalisation transmet tout ou partie de ces données aux organismes de l'assurance maladie ou des services de l'Etat de la région qui apportent leur concours à son activité, dans le respect des modalités précisées dans la demande d'autorisation accordée par la CNIL dans la décision susvisée. En vue de la constitution de bases nationales de données, les agences régionales de l'hospitalisation transmettent à l'ATIH les fichiers constitués de l'ensemble des informations que leur ont transmis les établissements de santé de leur région quatre mois au plus tard après la fin du trimestre considéré.

Les agences régionales de l'hospitalisation ou l'ATIH communiquent ces fichiers à tout autre organisme d'assurance maladie sous réserve que celui-ci ait été autorisé à les traiter par la CNIL dans le cadre des dispositions du chapitre V *ter* de la loi du 6 janvier 1978 susvisée.

IV. – Pour chaque établissement de santé, le médecin chargé de l'information médicale est responsable de la sauvegarde du fichier de RHS groupés, qui est à l'origine des fichiers de RHA, de SSRHA, ainsi que de la conservation de la copie produite pour une durée de cinq ans.

**Art. 7.** – Les dispositions du présent arrêté s'appliquent à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2007.

**Art. 8.** – L'arrêté du 25 juin 2003 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en soins de suite ou de réadaptation et à la transmission d'informations issues de ce traitement, dans les conditions définies aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique, est abrogé.

**Art. 9.** – Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et le directeur de la sécurité sociale au ministère de la santé et des solidarités sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 22 novembre 2006.

XAVIER BERTRAND

## ANNEXE

## RÉSUMÉ STANDARDISÉ DE FACTURATION ANONYME

Le résumé standardisé de facturation anonyme (RSFA) est généré par un programme informatique (mentionné au I de l'article 6 du présent arrêté), à partir des factures établies à partir des bordereaux de facturation conformes au modèle fixé par voie réglementaire. Le format des fichiers comportant ces informations (dits résumés standardisés de facturation, RSF) et permettant la génération des RSFA, est disponible dans la documentation accompagnant le programme informatique mais aussi sur le site internet de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation ([www.atih.sante.fr](http://www.atih.sante.fr)). Chaque résumé de facturation anonyme (RSF-A) comporte un numéro séquentiel, identique au numéro séquentiel de séjour des RHA correspondant, permettant ainsi d'apparier les RSF-A d'un séjour et les RHA du même séjour. Ce numéro séquentiel est déterminé pour chaque numéro de séjour SSR distinct, figurant sur les RHS comme les RSF.

**Contenu du RSFA***Fichier de RSFA (\*.rsfa)*

Le RSFA est composé de sept catégories d'enregistrements correspondant aux différents groupes d'information du bordereau de facturation :

La catégorie A, début de facture :

- numéro séquentiel (le même que pour les RHA) ;
- type d'enregistrement (A) ;
- type de format RSF (1, ancien, 2, nouveau) ;
- numéro séquentiel de facture ;
- numéro FINESS ;
- sexe ;
- civilité ;
- nature opération ;
- nature assurance ;
- justification d'exonération du ticket modérateur ;
- code de prise en charge ;
- code grand régime ;
- total base de remboursement des prestations hospitalières ;
- total remboursable par l'assurance maladie obligatoire des prestations hospitalières ;
- total des honoraires facturés ;
- total des honoraires remboursables par l'assurance maladie ;
- total de la participation de l'assuré avant organismes complémentaires ;
- total remboursable organismes complémentaires pour les prestations hospitalières ;
- total remboursable organismes complémentaires pour les honoraires ;
- montant total facturé pour les prestations hospitalières.

La catégorie B, prestations hospitalières :

- numéro séquentiel (le même que pour les RHA) ;
- type d'enregistrement (B) ;
- type de format RSF (1, ancien, 2, nouveau) ;
- numéro séquentiel de facture ;
- numéro FINESS ;
- mode de traitement ;
- discipline de prestation (exemple discipline médico-tarifaire) ;
- justification d'exonération du ticket modérateur ;
- code acte ;
- quantité d'actes ;
- coefficient de l'acte ;
- code prise en charge du forfait journalier ;
- prix unitaire ;
- montant base de remboursement ;
- taux de remboursement ;
- montant remboursable par l'assurance maladie obligatoire ;
- montant total facturé ;

- montant remboursable par l'assurance maladie complémentaire ;
- montant remboursé NOEMIE retour ;
- nature opération récupération NOEMIE retour.

La catégorie I, prestation hospitalière, interruption de séjour :

- numéro séquentiel (le même que pour les RHA) ;
- type d'enregistrement (I) ;
- type de format RSF (I, ancien, 2, nouveau) ;
- numéro séquentiel de facture ;
- numéro FINESS ;
- nature d'interruption ou fin de séjour ;
- établissement.

La catégorie P, prestations hospitalières prothèses :

- numéro séquentiel (le même que pour les RHA) ;
- type d'enregistrement (P) ;
- type de format RSF (1, ancien, 2, nouveau) ;
- numéro séquentiel de facture ;
- numéro FINESS ;
- code LPP 1 ;
- quantité LPP1 ;
- tarif référence LPP/prix unitaire 1 ;
- montant facturé 1 ;
- code LPP 2 ;
- quantité LPP 2 ;
- tarif référence LPP/prix unitaire 2 ;
- montant facturé 2.

La catégorie H, prestations hospitalières médicaments :

- numéro séquentiel (le même que pour les RHA) ;
- type d'enregistrement (H) ;
- type de format RSF (1, ancien, 2, nouveau) ;
- numéro séquentiel de facture ;
- numéro FINESS ;
- code UCD ou CIP ;
- code taux ;
- prix d'achat ;
- montant écart indemnisable ;
- prix unitaire facturé ;
- quantité ;
- montant total facturé.

La catégorie C, honoraires :

- numéro séquentiel (le même que pour les RHA) ;
- type d'enregistrement (C) ;
- type de format RSF (1, ancien, 2, nouveau) ;
- numéro séquentiel de facture ;
- numéro FINESS ;
- mode de traitement ;
- discipline de prestation (exemple discipline médico-tarifaire) ;
- justification d'exonération du ticket modérateur ;
- code acte ;
- quantité d'actes ;
- coefficient de l'acte ;
- dénombrement ;
- prix unitaire ;
- montant base de remboursement ;
- taux de remboursement ;
- montant remboursable par l'assurance maladie obligatoire ;
- montant des honoraires, dépassement compris ;
- montant remboursable par l'assurance maladie complémentaire ;
- montant remboursé NOEMIE retour ;
- nature opération récupération NOEMIE retour.

La catégorie M, CCAM :

- numéro séquentiel (le même que pour les RHA) ;

- type d'enregistrement (M) ;
- type de format RSF (1, ancien, 2, nouveau) ;
- numéro séquentiel de facture ;
- numéro FINESS ;
- mode de traitement ;
- discipline de prestation (exemple discipline médico-tarifaire) ;
- code CCAM ;
- extension documentaire ;
- activité ;
- phase ;
- modificateur 1 ;
- modificateur 2 ;
- modificateur 3 ;
- modificateur 4 ;
- association non prévue ;
- code remboursement exceptionnel ;
- numéro dent 1 ;
- numéro dent 2 ;
- numéro dent 3 ;
- numéro dent 4 ;
- numéro dent 5 ;
- numéro dent 6 ;
- numéro dent 7 ;
- numéro dent 8 ;
- numéro dent 9 ;
- numéro dent 10 ;
- numéro dent 11 ;
- numéro dent 12 ;
- numéro dent 13 ;
- numéro dent 14 ;
- numéro dent 15 ;
- numéro dent 16.