

INSTRUCTION

N° 06-056-M21 du 22 novembre 2006

NOR : BUD R 06 00056 J

Texte publié au **Bulletin Officiel de la Comptabilité Publique**

TÉLÉTRANSMISSION DES FACTURES ÉMISES PAR LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS
DE SANTÉ VERS LES ORGANISMES GESTIONNAIRES D'ASSURANCE MALADIE

ANALYSE

Présentation du nouveau protocole national
relatif à la généralisation des normes B2-Noémie du 24 juin 2006

Date d'application : 24/06/2006

MOTS-CLÉS

COLLECTIVITÉS ET ÉTABLISSEMENTS PUBLICS LOCAUX ; ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ ;
COMPTABLE PUBLIC ; ORDONNATEUR ; CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE ; TIERS PAYANT ;
RÉGIME SPÉCIAL ; DÉMATÉRIALISATION ; FACTURE

DOCUMENTS À ANNOTER

Néant

DOCUMENTS À ABROGER

Instruction n° 02-026-M21 du 27 mars 2002
Instruction n° 03-034-M21 du 30 mai 2003

DESTINATAIRES POUR APPLICATION

RGP	TPGR	TGAP	RF	T	DOM	COM						

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA COMPTABILITÉ PUBLIQUE

5^{ème} Sous-direction - Bureau 5B

SOMMAIRE

1. LE NOUVEAU PROTOCOLE NATIONAL DU 24 JUIN 2006.....	3
2. LES CONSIGNES DE MISE EN ŒUVRE DU NOUVEAU PROTOCOLE	3
3. LE RENFORCEMENT DU PILOTAGE DU DÉPLOIEMENT DU DISPOSITIF B2-NOÉMIE.....	5

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE N° 1 : La circulaire interministérielle relative au nouveau protocole B2-Noémie conclu en 2006	6
ANNEXE N° 2 : Les structures de pilotage du nouveau protocole	11
ANNEXE N° 3 : Le nouveau protocole B2-Noémie conclu le 24 juin 2006.....	18
ANNEXE N° 4 : Circulaire DHOS-F4/DGCP-6B n° 2002/161 du 21 mars 2002	70

La présente instruction abroge et remplace l'instruction n° 03-034 M21 du 30 mai 2003 ayant diffusé le précédent protocole national conclu, en 2003, entre la DGCP, la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), la direction de la Sécurité sociale (DSS) et la Caisse nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) pour assurer la télétransmission des échanges d'information relatifs à la facturation hospitalière dont les organismes sociaux sont débiteurs.

Les normes dites B2-Noémie ont été retenues pour encadrer ces échanges informatiques de données entre établissements publics de santé (EPS), organismes d'Assurance Maladie et trésoreries hospitalières qui portent notamment sur le recouvrement des prestations hospitalières hors dotation globale.

1. LE NOUVEAU PROTOCOLE NATIONAL DU 24 JUIN 2006

Dans le cadre de la réforme du financement à la fois des établissements publics de santé (état prévisionnel des recettes et des dépenses, tarification à l'activité) et de l'Assurance Maladie (forfaits de 1 € et de 18 € laissés à la charge du patient, parcours de soins, maîtrise du coût des soins,...), cette télétransmission est d'autant plus indispensable que les échanges d'information augmentent sensiblement en volume entre ces différents acteurs.

À cette fin, un nouveau protocole d'accord national relatif à la télétransmission des factures (normes d'échange B2/Noémie) a été signé le 24 juin 2006 par les représentants du ministère de la Santé et des solidarités (DHOS et DSS), du ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie (DGCP), des Caisses nationales d'Assurance Maladie (CNAMTS, CNAMPI, CCMSA) et de l'Union Nationale des Régimes Spéciaux (UNRS).

Ce protocole, joint en annexe n° 3 de la présente instruction, fonde un nouveau dispositif juridique et technique encadrant la télétransmission des factures émises par les EPS et adressées à l'ensemble des régimes sociaux (régime général et régimes spéciaux) pour les prestations hospitalières hors dotation globale de financement.

Il pourra faire l'objet de mises à jour décidées conjointement par ses signataires. Son article 9 prévoit notamment l'adoption d'un avenant, d'ici la fin de l'année 2007, pour intégrer les conclusions de la concertation en cours, entre la DHOS, la DGCP, la DSS et la CNAMTS, sur le périmètre exact de l'intervention et la portée de la responsabilité financière des caisses dites pivot.

Celles-ci constituent désormais l'interlocuteur unique des échanges informatiques non seulement avec l'EPS (facturation) mais aussi avec le site national Noémie (SNN) du Trésor public implanté au département informatique de Rouen (traitement des retours de paiement et des rejets). Il est rappelé que le SNN concentre l'ensemble des flux Noémie émanant de toutes les caisses pivot pour adressage ultérieur à la fois aux départements informatiques du Trésor exploitant HTR ou HÉLIOS, mais également à l'ensemble des ordonnateurs hospitaliers, y compris ceux dont le comptable gère l'établissement sous CLARA.

Par ailleurs, nos partenaires ont prévu un calendrier de basculement progressif à la tarification à l'activité (donc intégré au dispositif B2-Noémie) qui dépend du type de prestation : en premier lieu, la facturation individuelle des prestations de soins externes fin 2007, suivie ensuite des séjours de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO), en principe fin 2008.

Ce protocole annule et remplace le précédent diffusé par la circulaire DHOS/DSS/DGCP du 28 avril 2003. Une nouvelle circulaire DHOS-DGCP vient ainsi d'être diffusée aux EPS, ARH, DRASS et DDASS pour leur donner les nouvelles consignes à respecter afin d'assurer la généralisation de ce dispositif actualisé B2-Noémie dans les meilleurs délais (cf. annexe n° 1 de la présente instruction).

2. LES CONSIGNES DE MISE EN ŒUVRE DU NOUVEAU PROTOCOLE

Dans ce contexte, il est nécessaire de généraliser la mise en place du dispositif B2-Noémie dans les EPS. Ceci ne nécessite plus, désormais, la conclusion préalable d'une convention locale entre le directeur de l'EPS, son comptable public, le directeur de la Caisse primaire d'Assurance Maladie et son propre agent comptable.

Comme indiqué précédemment, ce nouveau protocole national se substitue automatiquement aux conventions locales précédemment signées sans rupture de fonctionnement de la télétransmission déjà opérationnelle pour les EPS concernés.

Tant pour les EPS n'ayant pas encore mis en œuvre le dispositif B2-Noémie à ce jour que pour ceux qui télétransmettent déjà leurs informations, ce nouveau protocole s'impose directement aux directeurs d'EPS, aux comptables hospitaliers, au directeur des Caisses et à leur agent comptable. Ceci vaut à la fois pour le régime général (cf. circulaire CIR-40/2006 du 25 juillet 2006 de la CNAMTS, MSA et RSI [dont ex. CANAM]) et les régimes spéciaux d'Assurance Maladie (UNRS,...).

Des études de faisabilité de l'extension de ce dispositif aux régimes complémentaires d'Assurance Maladie (FNMF, FFSA, CTIP, UNOCAM...) sont en cours.

Outre la sécurisation des vecteurs techniques de télétransmission, l'une des innovations majeures du nouveau dispositif consiste en un découpage en 4 phases clairement distinctes, avec notamment l'organisation d'une campagne de tests informatiques par nos partenaires sur les 3 premières phases : phases d'homologation du logiciel de transport des flux B2, puis phase de certification du logiciel éditeur et enfin phase de pré-production entre l'établissement et sa caisse pivot (le réseau du Trésor public n'est associé à cette dernière phase qu'en cas d'entrée dans le dispositif d'un nouveau régime spécial télétransmetteur). Le démarrage du dispositif s'opère alors en phase 4 directement sur des factures en réel (cf. mode opératoire joint au protocole en annexe n° 3 de la présente instruction).

Pour ce qui est des applications informatiques des comptables hospitaliers, il convient de rappeler que :

- l'application *HTR* comprend déjà les fonctionnalités nécessaires à ces traitements. Elles ont été enrichies afin de permettre au comptable de piloter finement le suivi de son établissement (rôle accru du comptable notamment dans le cas du démarrage d'un nouveau régime : possibilité de bloquer les flux pour son établissement). Dans l'attente d'une mise à jour du *Guide de déploiement* (à usage interne du réseau), le recours aux « *fiches - contacts* » décrits dans le mode opératoire doit être privilégié lors du démarrage d'un établissement (y compris en cas de basculement sur la nouvelle architecture d'un établissement déjà télétransmetteur). Enfin, la migration d'un poste HTR déjà télétransmetteur vers HÉLIOS doit normalement demeurer neutre vis-à-vis de nos partenaires (pas de nouvelle campagne de tests à opérer lors de la bascule) ;
- l'application *HÉLIOS* comprend les mêmes fonctionnalités que HTR sachant que les premiers postes pilotes hospitaliers ont basculé dans HÉLIOS au second semestre 2006 ;
- l'application *CLARA* ne comprend pas ces fonctionnalités. En conséquence, si l'EPS recourt aux normes B2 pour télétransmettre la facturation adressée aux organismes sociaux, les retours d'informations relatifs aux paiements et aux rejets vers le comptable hospitalier devront continuer à s'effectuer sur support papier (pas d'exploitation possible des retours de flux Noémie). Cependant, en sa qualité de prestataire de service, le SNN honorera l'engagement pris dans le cadre du protocole puisqu'il fournira bien les fichiers Noémie aux ordonnateurs qui lui en auront fait la demande. Quand ce même poste comptable équipé de CLARA basculera sous HÉLIOS, l'EPS et les organismes sociaux concernés devront engager une campagne de tests, telle que prévue au protocole, afin d'assurer la mise en place du dispositif B2-Noémie complet.

La normalisation des numéros de titres de recette en quinze caractères, issue de la circulaire interministérielle DHOS-F4/DGCP-6B n° 2002/161 du 21 mars 2002, est confirmée dans le cadre du nouveau protocole (cf. annexe n° 4 de la présente instruction). Toutefois, l'instruction n° 02-026-M21 du 27 mars 2002 qui avait diffusé cette circulaire interministérielle est abrogée afin d'unifier la présentation des textes dans la présente instruction.

Pour tenir compte de ce déploiement en cours de l'application HÉLIOS, la DHOS et la DGCP ont convenu de donner la priorité de déploiement du dispositif B2-Noémie aux EPS dont les comptables sont équipés soit d'HTR, soit d'HÉLIOS (c'est-à-dire en principe les CHR et les CH). Dans la définition des plans de déploiement d'HÉLIOS, les trésoriers-payeurs généraux veilleront à éviter, dans la mesure du possible, qu'une bascule d'une trésorerie hospitalière n'intervienne au même moment que la mise en place du dispositif B2-Noémie dans un même poste pour ne pas cumuler les contraintes informatiques sur une même période.

3. LE RENFORCEMENT DU PILOTAGE DU DÉPLOIEMENT DU DISPOSITIF B2-NOÉMIE

Pour garantir une généralisation rapide du dispositif B2-Noémie, des structures nationales de pilotage, associant les signataires du protocole, ont été mises en place au début de l'année 2006. Elles ont été déclinées au niveau régional par chacun des partenaires. Elles sont décrites de façon détaillée en annexe n° 2 de la présente instruction.

Les structures nationales disposeront très prochainement d'outils de pilotage précis des démarrages d'EPS et des phases de tests enclenchées par les acteurs locaux. Ces outils prennent la forme de tableaux de bord, tenus de manière centralisée au niveau local par les représentants de l'Assurance Maladie et alimentés notamment des informations que pourront livrer les coordonnateurs régionaux B2-Noémie désignés au sein du réseau du Trésor public.

Il est demandé aux coordonnateurs régionaux, qui seront destinataires de restitutions périodiques retraçant le déploiement des normes d'échanges au niveau régional, de signaler aux comités régionaux de coordination et de pilotage opérationnel les éventuelles difficultés de déploiement connues par les comptables hospitaliers, que ces derniers doivent leur décrire précisément et rapidement.

Ces coordonnateurs régionaux et les comptables hospitaliers peuvent consulter une foire aux questions sur internet, alimentée par tous les partenaires du dispositif, à l'adresse suivante : <http://www.mainh.sante.gouv.fr/faq.asp>.

S'ils n'y trouvent pas l'information recherchée, ils ont la possibilité de poser des questions, relevant bien sûr de la compétence de la DGCP, sur la boîte aux lettres électroniques suivante : noemie.tresor@cp.finances.gouv.fr.

Enfin, une rubrique d'information intitulée « *Généralisation des normes B2-Noémie* » a été positionnée sur la page « *secteur public local* » de l'intranet Magellan (Structures locales > Les établissements publics locaux > Les EPS) pour donner accès à toute la documentation disponible et actualisée en ce domaine.

LE DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA COMPTABILITÉ PUBLIQUE

Pour le Directeur Général de la Comptabilité Publique

LE SOUS-DIRECTEUR CHARGÉ DE LA 5^{ÈME} SOUS-DIRECTION

BRUNO SOULIÉ

ANNEXE N° 1 : La circulaire interministérielle relative au nouveau protocole B2-Noémie
conclu en 2006



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

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

Bureau E3

Affaire suivie par : Denis Ducasse

Tél. : 01 40 56 52 83

denis.ducasse@sante.gouv.fr

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE, DES
FINANCES ET DE L'INDUSTRIE

Direction générale de la
Comptabilité publique

Bureau 5B

Affaire suivie par : Jean-Luc Brenner

Tél. : 01 53 18 74 35

jean-luc.brenner@cp.finances.gouv.fr

Le ministre de l'Économie, des Finances et de l'Industrie

Le ministre de la Santé et des solidarités

à

Mesdames et messieurs les directeurs d'agences régionales de l'hospitalisation

Mesdames et messieurs les préfets de région

Directions régionales des affaires sanitaires et sociales

Mesdames et messieurs les préfets de département

Directions départementales des affaires sanitaires et sociales

Mesdames et messieurs les directeurs d'établissements publics de santé

Mesdames et messieurs les trésoriers-payeurs généraux

CIRCULAIRE INTERMINISTÉRIELLE DHOS/E3/DGCP/5B n° 2006 - 352 du 3 août 2006 relative à la généralisation des normes B2 et NOÉMIE dans les établissements publics de santé.

Résumé :

- Mise en œuvre de la dématérialisation des données relatives aux prestations hospitalières facturées hors dotation globale : Normes B2-NOÉMIE entre les établissements publics de santé, les régimes sociaux d'assurance maladie et les comptables du Trésor.
- Diffusion du nouveau protocole national et de ses annexes portant mode opératoire du nouveau dispositif signé en 2006.

Champ d'application : établissements publics de santé

ANNEXE N° 1 (suite)

Date d'application : immédiate

Mots clefs : établissements publics de santé – normes B2 et NOÉMIE – caisses primaires d'assurance maladie - Télétransmission – régimes spéciaux d'assurance maladie – télétransmission.
--

Textes de références :

- Circulaire interministérielle CP/D2/DH/AF3/n°98/525 du 28 juillet 1998 relative aux échanges d'informations entre ordonnateurs et comptables hospitaliers.
- Circulaire interministérielle du 18 juin 1998 relative au recouvrement des recettes des collectivités territoriales et des établissements publics locaux et à la forme et au contenu des titres de recettes (J.O. du 1^{er} septembre 1998).
- Circulaire interministérielle DHOS/F4/DGCP/6B n° 2002/161 du 21 mars 2002, relative à la mise en place de l'identifiant nécessaire au fonctionnement des normes B2 et NOÉMIE.
- Circulaire interministérielle DHOS/F4/DSS/4A/DGCP/6B n° 2003/209 du 28 avril 2003, relative à la généralisation des normes B2 et NOÉMIE dans les établissements publics de santé.
- Instruction codificatrice DGCP n° 05-050-M0 du 13 décembre 2005 relative au recouvrement des produits locaux.
- Circulaire N° DHOS/E3/2005/578 du 27 décembre 2005 relative à la généralisation de la télétransmission

1- Préambule

En 2003, le protocole national B2-Noémie a été conclu entre les différents partenaires concernés afin de moderniser la gestion de la facturation par les établissements publics de santé (EPS). Ce dispositif assure, en effet, la mise en œuvre de procédures de télétransmission des avis des sommes à payer entre les EPS et les caisses d'assurance maladie, d'une part, et des paiements entre ces dernières et les comptables publics de ces établissements, d'autre part. Il répond à la nécessité de traiter plus rapidement des volumes importants de titres de recettes.

Les réformes du financement des établissements de santé (T2A) et de l'assurance maladie (LAM du 13 août 2006) justifient une généralisation rapide de la télétransmission car elles ont un fort impact sur le volume et le contenu des flux des informations échangées par voie électronique entre les EPS, les comptables hospitaliers et les organismes sociaux débiteurs. L'exécution des états prévisionnels des recettes et des dépenses (EPRD) à compter de l'exercice 2006 nécessite également une plus grande attention portée à la célérité des encaissements des produits hospitaliers.

En outre, le rôle des caisses dites pivot de l'assurance-maladie sera prochainement appelé à évoluer pour optimiser le dispositif existant (accélération des traitements de contrôle et du paiement). Enfin, le dispositif devient interrégimes en s'ouvrant désormais aux régimes spéciaux d'assurance-maladie adhérent ou non à l'Union nationale des régimes spéciaux (UNRS : cf. www.unrs.fr).

ANNEXE N° 1 (suite)

La direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), la direction de la Sécurité sociale (DSS), la direction générale de la Comptabilité publique (DGCP), la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), la Mutualité sociale agricole (MSA), la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs indépendants (CANAM) ont décidé d'arrêter un nouveau dispositif visant à généraliser le recours aux normes B2-Noémie à compter de 2006. Ce nouveau protocole, signé en juin 2006, est accessible sur les sites internet de la DHOS

(http://www.mainh.sante.gouv.fr/SI_Tous_Prog.aspx)

et intranet de la DGCP (<http://magellan/spl/structures-locales/EPL/EPS/B2-NOÉMIE/B2-NOÉMIE.htm>).

La présente circulaire interministérielle, qui annule et remplace la précédente référencée DHOS/F4/DSS/4A/DGCP/6B n° 2003/209 du 28 avril 2003, relative à la généralisation des normes B2 et NOÉMIE dans les établissements publics de santé, a pour objet de vous indiquer ses orientations principales.

2- Les apports du nouveau protocole national B2-Noémie

Actuellement, les échanges électroniques sont limités entre EPS et assurance maladie dans le cadre du protocole national de 2003. Ils se caractérisent par des flux relativement réduits (AME, CMUC, médicaments rétrocédés, migrants), des échanges de fichiers FTP ou Xmodem, des données en clair (non chiffrées), une liaison point à point limitée au régime général et une démarche volontaire (convention locale).

Le présent protocole concerne l'ensemble des avis des sommes à payer émis à l'encontre de l'assurance maladie, à l'exception de ceux relatifs au recouvrement des différentes dotations.

Il concerne également, dans l'attente de la généralisation de la facturation des soins externes à l'assurance maladie, la remontée des informations permettant aux caisses d'assurer la calcul des sommes dues par les assurés au titre de la participation d'un euro.

Il prévoit une démarche graduée de tests du nouvel environnement technique sécurisé et des échanges de fichiers informatiques entre les EPS et les organismes sociaux selon le mode opératoire qui lui est annexé (voir aussi les informations sur www.cnda-vitale.org). La phase de tests pré-opérationnels de cette démarche doit être enclenchée en septembre 2006 dans des établissements pilotes et être généralisée à partir de l'automne.

Dans un objectif de simplification, le principe d'un point d'entrée unique multi-caisse et multi régime a été adopté. Chaque EPS dispose d'une boîte aux lettres et transfère les factures à la caisse pivot. Celle-ci est le « correspondant unique » de l'EPS, son comptable et de l'ensemble des régimes et transmet la facture à la caisse gestionnaire en charge du dossier de l'assuré.

Ce nouveau protocole national se substitue à la fois au précédent protocole national datant de 2003 et aux conventions locales prises par une partie des EPS en son application. Ces derniers n'ont donc aucune démarche particulière à opérer à cette occasion si ce n'est les tests informatiques précités.

Concernant les centres hospitaliers ne mettant pas encore en œuvre, à ce jour, les normes B2-Noémie, ils n'ont plus à conclure préalablement une convention locale avec leur comptable public.

Le logiciel HTR, dont les comptables publics des centres hospitaliers sont équipés, est déjà apte à traiter les flux Noémie adressés par les organismes sociaux en retour. L'application HTR ayant été adaptée à une identification du titre de recettes au travers de 15 caractères, il importe de veiller à utiliser pour tous les avis de sommes à payer envoyés par l'EPS à la caisse pivot, comme pour les bordereaux récapitulatifs, la référence sur 15 caractères permettant d'assurer dans de bonnes conditions le traitement des avis des sommes à payer par les caisses et des règlements par le comptable.

ANNEXE N° 1 (suite)

La priorité est donnée, dans la planification des déploiements, aux centres hospitaliers ayant des activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique (MCO) puis à ceux relevant des autres champs.

Concernant les hôpitaux locaux, ils n'ont pas, à ce stade, l'obligation de mettre en œuvre les normes B2-Noémie. Toutefois, si un hôpital local veut mettre en œuvre le dispositif B2-Noémie afin de bénéficier de délais de paiement réduits du fait de la suppression des tâches de saisie à la CPAM (les flux Noémie étant alors remplacés par des pièces sur support papier), il aura alors strictement les mêmes obligations à respecter qu'un centre hospitalier. Du fait que les comptables publics des hôpitaux locaux seront tous équipés du progiciel HÉLIOS à l'horizon 2009, des tests et des éventuelles adaptations informatiques seront donc à réopérer après l'installation de ce progiciel.

Les EPS trouveront, sur le site Internet de la Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier des informations régulièrement actualisées sur les conditions de déploiement (http://www.mainh.sante.gouv.fr/SI_Tous_Prog.aspx). Une foire aux questions, alimentée par tous les partenaires, ainsi qu'un kit de déploiement y sont notamment accessibles.

La mise en œuvre des normes B2 et NOÉMIE nécessite une adaptation des logiciels de facturation des EPS. Ces derniers doivent donc vérifier que leur éditeur de logiciel a procédé à cette adaptation qui constitue un préalable indispensable au démarrage de la télétransmission. Les normes B2 et NOÉMIE sont consultables sur le site internet de la CNAMTS (<http://www.ameli.fr/154/RUB/154/omb.html>).

3- Le suivi de la mise en œuvre du nouveau protocole national B2-Noémie

La télétransmission constitue une étape importante dans la dématérialisation des procédures comme dans l'allègement des tâches administratives, en même temps qu'un enjeu financier majeur. Elle est un préalable de la mise en œuvre de la réforme de l'assurance maladie et de la mise en œuvre des modalités cible de la tarification à l'activité (T2A). La généralisation de cette procédure fait l'objet d'un suivi régulier conjoint de la part de la DHOS et de la DGCP, en lien étroit avec les caisses d'assurance maladie.

Début 2006, des structures de pilotage ont été mises en place tant au niveau national qu'au niveau régional pour s'assurer de l'atteinte de cette cible prioritaire.

Les principes retenus consensuellement par les partenaires pour le déploiement de B2-Noémie sont :

- s'assurer d'une bonne coordination nationale et régionale dans le cadre d'une planification commune des actions ;
- vérifier en amont la qualité des logiciels avant toute mise en production ;
- mettre en place un accompagnement des hôpitaux publics.

Les établissements de santé se reporteront à la circulaire DHOS/E3/2005/578 du 27 décembre 2005 présentant les objectifs et l'organisation nationale et régionale ainsi mise en place. Par note circulaire du 29 décembre 2005, les mêmes informations ont été diffusées au sein du réseau du Trésor public.

Au niveau régional, un correspondant spécialisé a été désigné au sein de chacun des réseaux concernés (réseau DHOS-DSS-MAINH pour les EPS s'appuyant sur les correspondants SIH de la MAINH en ARH, coordonnateur régional B2-Noémie du réseau du Trésor public pour les comptables hospitaliers, représentant SNA du réseau de la CNAMTS pour l'assurance-maladie). Ces représentants participent aux comités régionaux de coordination. Par l'adjonction des représentants des EPS, ils forment alors le comité régional de pilotage opérationnel. Au niveau national, une concertation est aussi opérée avec les éditeurs de logiciel des EPS. Enfin, des réunions interrégionales sont régulièrement organisées avec tous les partenaires concernés.

ANNEXE N° 1 (suite et fin)

Pour faciliter la capitalisation des expériences, chaque réseau propose à ses membres une boîte aux lettres (BAL) électronique pour poser des questions par courriel :

- la BAL de la Maîtrise d'Ouvrage Production de la CNAMTS : hospimop@cnamts.fr. Elle est ouverte aux éditeurs de logiciels, aux coordonnateurs régionaux des différents réseaux pour toute question relative aux normes (B2, NOÉMIE), à la facturation (CCAM, LPP, pharmacie rétrocédée, actes de biologie, séjours, parcours de soins, participation forfaitaire, 18 €) et à l'organisation générale des échanges ;
- la BAL de la MAINH : t2alam.mainh@sante.gouv.fr. Elle est ouverte à son propre réseau pour l'organisation générale des échanges et aux éditeurs de logiciels, collèges et fédérations pour l'accompagnement du déploiement des EPS ;
- la BAL de la DGCP : noemie.tresor@cp.finances.gouv.fr. Elle est ouverte pour son propre réseau (trésoreries générales et trésoreries hospitalières) pour l'organisation générale des échanges ainsi qu'aux éditeurs de logiciels pour les questions techniques sur les retours NOÉMIE vers le SNN.

Désormais, il convient d'utiliser uniquement ces BAL pour poser vos questions relatives au dispositif B2-Noémie. Ceci ne remet pas en cause le mode de fonctionnement propre à chacun des réseaux concernés. Enfin, l'application de quelques règles simples, suivies par tous, facilitera le traitement de ces questions dans un souci d'efficacité : précisez systématiquement votre identité (notamment votre rôle dans les chantiers concernés), spécifiez clairement dans l'objet du courriel le thème de votre question (B2, NOÉMIE, CCAM, LPP, pharmacie rétrocédée, actes de biologie, séjours, parcours de soins, participation forfaitaire 1 €, 18 €, organisation des échanges, accompagnement des EPS, ...), développez une première analyse du sujet abordé et envoyez un seul courriel par thème. Les réponses les plus génériques seront chargées sur la foire aux questions précitée au fur et mesure de leur émission (http://www.mainh.sante.gouv.fr/SI_Prog2_FAQ.aspx).

Le ministre de la Santé et des solidarités

Pour le ministre, et par délégation
Le directeur de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins

Jean CASTEX

Le ministre de l'Économie, des Finances et de l'Industrie

Pour le ministre, et par délégation
le directeur général de la Comptabilité publique
Le Chef de service

Alban AUCOIN

ANNEXE N° 2 : Les structures de pilotage du nouveau protocole

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA COMPTABILITÉ PUBLIQUE
 5ÈME SOUS-DIRECTION
 BUREAU 5B
 139, RUE DE BERCY
 TÉLÉDOC : 685
 75572 PARIS CEDEX 12

Paris, le 29 décembre 2005

Affaire suivie par : Magali VALIERE
 Téléphone : 01.53.18.79.45
 Télécopie : 01.53.18.36.68
 Mél. : magali.valiere@cp.finances.gouv.fr

CD-2935

LE DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA COMPTABILITE
 PUBLIQUE

À

MONSIEUR LE RECEVEUR GÉNÉRAL DES FINANCES
 TRÉSORIER-PAYEUR GÉNÉRAL DE LA RÉGION ILE-DE-
 FRANCE

MESDAMES ET MESSIEURS
 LES TRÉSORIER-PAYEURS GÉNÉRAUX DE RÉGION

MESDAMES ET MESSIEURS
 LES TRÉSORIER-PAYEURS GÉNÉRAUX

MONSIEUR LE TRÉSORIER PAYEUR GÉNÉRAL
 DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE-HÔPITAUX DE PARIS

OBJET : Généralisation des normes de télétransmission B2-NOÉMIE. Mise en place d'un pilotage renforcé du déploiement.

Par circulaire interministérielle DHOS/F4/DSS/4A/DGCP/6B 2003 n° 209 du 28 avril 2003, la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), la direction de la sécurité sociale (DSS), la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et la DGCP ont décidé de généraliser un système, dénommé B2-NOÉMIE, de communication électronique des avis des sommes à payer des établissements publics de santé (EPS) vers les caisses d'assurance maladie et, en retour, des informations de paiements et de rejets des caisses vers les comptables des EPS.

Le dispositif repose sur un protocole national d'accord entre les partenaires, diffusé par la circulaire précitée, fixant les modalités générales de généralisation de la télétransmission et la signature au niveau local d'une convention, sur la base d'un modèle type, déterminant les modalités techniques de la télétransmission.

Les résultats obtenus sont encore très insuffisants à ce jour, puisque moins de 50 % des EPS assurant des activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) sont aujourd'hui en mesure de produire des flux de facturation dématérialisés à destination de leur caisse de rattachement.

ANNEXE N° 2 (suite)

Par ailleurs, les flux d'information entre les EPS et l'assurance maladie obligatoire sont actuellement relativement limités. Ils concernent essentiellement la facturation de la partie complémentaire de la CMU, des médicaments rétrocédés, des soins aux bénéficiaires de l'AME et aux migrants.

La mise en œuvre dans les EPS de la réforme de l'assurance maladie et la perspective de la facturation directe à l'assurance maladie des soins hospitaliers dans le cadre de la tarification à l'activité ont conduit le ministère de la santé à généraliser la télétransmission et à mettre en place un dispositif de pilotage renforcé du déploiement des normes B2-NOÉMIE.

L'annexe 1 détaille les objectifs poursuivis et le dispositif de déploiement de la télétransmission.

Pour assurer une bonne coordination nationale et régionale dans le cadre d'une planification commune des actions, le dispositif de pilotage de la généralisation de la télétransmission sera renforcé au plan national et complété par un échelon d'animation et de suivi régional. Son rôle sera étendu à l'ensemble des chantiers d'adaptation des systèmes d'information communs aux établissements de santé anciennement en dotation globale et à l'assurance maladie, notamment dans la perspective de la facturation individuelle et directe prévue dans le cadre de la T2A.

➡ Pilotage du niveau national

Un comité national de coordination composé de la DHOS, de la DSS, de la DGCP et des principaux organismes d'assurance maladie (CNAMTS, CCMSA, CANAM, UNRS, MFP) assure le pilotage général du plan d'actions. Il veille à :

- la disponibilité des spécifications techniques en temps utile ;
- l'information et la mobilisation des éditeurs et des établissements ;
- l'organisation des dispositifs de tests nationaux ;
- l'élaboration et le suivi général du macro-planning de déploiement ;
- la bonne coordination entre les différentes parties prenantes ;
- au bon traitement des difficultés remontant du niveau régional.

Un comité national de pilotage opérationnel est chargé de traiter des difficultés techniques ou des dysfonctionnements liés aux télétransmissions. Il est composé des représentants du comité national de coordination, auxquels sont associés les représentants des fédérations hospitalières. La mission d'appui à l'investissement national hospitalier (MAINH) et le groupement de modernisation des systèmes d'information hospitalier (GMSIH) participent à ces travaux dans le cadre de leurs missions respectives.

ANNEXE N° 2 (suite)

➡ Pilotage du niveau régional

Le plan d'action national est décliné au niveau régional dans le cadre d'un dispositif coordonné de pilotage.

Les agences régionales de l'hospitalisation sont invitées à constituer un comité régional de coordination, composé des représentants des organismes d'assurance maladie pivot, de l'ARH et du Trésor public, ayant pour missions :

- de préparer et de coordonner le calendrier de déploiement pour les établissements de la région ;
- d'assurer le suivi du déploiement régional en veillant au respect des délais ;
- de remonter au niveau national les indicateurs de déploiement et les difficultés rencontrées ;
- de mettre en place un support régional pour assister les établissements de santé et les organismes gestionnaires tant dans la phase de préparation du déploiement que dans le cadre de la production des échanges.

Ce comité régional de coordination associera étroitement à ses travaux, au sein d'un comité régional de pilotage opérationnel, les représentants des établissements de santé et tout acteur opérationnel et expert dont il estime la présence nécessaire.

Il s'appuiera notamment sur les correspondants de la Structure Nationale d'Accompagnement (SNA) du régime général de l'assurance maladie et sur le réseau de chargés de mission « système d'information » progressivement déployés dans les ARH par la mission d'appui à l'investissement national hospitalier (MAINH).

Ce dispositif pourra fonctionner dans un cadre inter-régional, si les circonstances locales le justifient.

La MAINH, dont les compétences ont été élargies (arrêté du 1^{er} juillet 2005) pour assurer auprès des ARH une assistance méthodologique et technique incluant la coordination d'actions de soutien auprès des établissements, a prévu la diffusion prochaine d'informations pratiques explicitant cette démarche.

Les services du Trésor public sont pleinement associés au suivi du dispositif.

Un représentant du Trésor public participe au comité régional de coordination et au comité régional de pilotage opérationnel.

En conséquence, je remercie les trésoriers-payeurs généraux de région de me faire connaître le nom de la personne choisie pour participer à ces travaux afin de compléter la liste qui arrêtera par région ou interrégion les noms des représentants de chacun des organismes participants. Je précise que la personne désignée devra avoir une connaissance de la réglementation hospitalière et une bonne approche de B2-Noémie dans sa dimension administrative et technique, par exemple un comptable d'établissement pour lequel le dispositif est déjà opérationnel.

Chaque trésorier payeur général de région veillera également à mettre en place un dispositif permettant de connaître l'état d'avancement du déploiement des échanges en télétransmission et les difficultés de mise en œuvre dans les différents départements et EPS de la région.

Il assurera également l'information de la DGCP (bureaux 3D et 5B), afin que les difficultés rencontrées par le réseau soient traitées au comité national.

B2-NOÉMIE – OBJECTIFS ET DISPOSITIF DE DÉPLOIEMENT (Annexe 1)

1. Les objectifs poursuivis

Dans un contexte où, d'une part, la nature des informations devant être transmises à l'assurance maladie évolue et où, d'autre part, le volume de facturation à vocation à augmenter considérablement, la généralisation de la télétransmission et la migration sur une nouvelle infrastructure technique d'échanges par messagerie sécurisée sont des conditions indispensables à la mise en œuvre efficace des réformes du plan « Hôpital 2007 ».

1.1. Généraliser la télétransmission par messagerie sécurisée

Cet objectif passe par la mise en œuvre d'une infrastructure apte à supporter, en terme de volume et de sécurité dans le cadre de la T2A, les échanges d'informations actuels mais aussi futurs, entre l'ensemble des établissements de santé anciennement sous dotation globale et l'ensemble des caisses d'assurance maladie.

Jusqu'à présent, les établissements devaient, en effet, entamer une démarche de dématérialisation avec chaque caisse gestionnaire, en passant une convention conforme à l'actuel protocole national d'accord. Les échanges étaient limités au régime général et la technologie utilisée (transmission de fichiers par CFT ou Xmodem) ne répondait plus aux critères de confidentialité requis par l'utilisation des nouvelles nomenclatures tarifaires comportant des informations médicalement « signifiantes » (CCAM, GHS, UCD....).

Désormais, l'assurance maladie s'est dotée de moyens techniques offrant aux EPS un point physique unique d'adressage de leurs envois dématérialisés et l'éclatement de ceux-ci vers l'ensemble des caisses, quel que soit le régime d'assurance maladie et son lieu d'implantation.

Pour ce faire, les EPS doivent intégrer dans leur système d'information un composant de messagerie (de type SMTP) proposant des fonctionnalités utiles au routage des envois (*allotissement, accusé de réception,...*) et s'appuyant sur un logiciel de chiffage des informations télétransmises entre les établissements et leur caisse.

Ce même composant permettra également d'assurer, dans un second temps, la dématérialisation des flux de facturation à destination des organismes complémentaires.

La généralisation de la télétransmission concerne également les retours NOÉMIE. À cette fin, la direction générale de la Comptabilité publique, au travers de son Site National NOÉMIE (SNN) et des trois départements informatiques exploitant l'application HTR, adapte ses infrastructures techniques aux nouvelles préconisations.

ANNEXE N° 2 (suite)

1.2 Procéder en parallèle aux adaptations des logiciels nécessaires à la mise en oeuvre de la réforme de l'assurance maladie

Le nouveau cahier des charges B2 permet (cf. site www.ameli.fr) :

➡ **d'assurer au plus tôt la remontée vers les caisses des informations nécessaires au calcul de la participation « un euro » au titre de 2005**

La loi du 10 août 2004 prévoit l'application, dès le 1^{er} janvier 2005, d'une participation des usagers à leurs soins à raison d'un euro par consultation ou acte externe dans la limite d'un plafond d'un euro par jour et de 50 euros par an.

L'assurance maladie, pour assurer le décompte des sommes correspondantes, doit donc disposer des informations sur les soins externes dispensés par les EPS pour chaque assuré, au moyen d'une remontée des informations historiques depuis le 1^{er} janvier 2005, puis sous la forme d'un flux régulier d'informations B2 « pour ordre ». Ces flux d'information ne font pas l'objet de retour NOÉMIE.

➡ **de mettre en place progressivement le parcours de soins coordonné dans les EPS**

Deux arrêtés du 28 juillet 2005 (publiés au JO du 10 août 2005) ont fondé le rôle du médecin traitant salarié et le principe, d'application immédiate, d'une majoration tarifaire non remboursable par l'assurance maladie appliquée au patient qui consulte « hors coordination » un médecin spécialiste hospitalier.

Le décret n° 2005-1368 du 3 novembre 2005 établit une majoration du ticket modérateur, applicable à partir du 1^{er} janvier 2006, en cas de recours « hors coordination », dans la limite d'un plafond (fixé à 20 % du montant d'une consultation de spécialiste, soit 2,5 euros). Cette majoration du ticket modérateur est applicable sur les consultations et soins externes ainsi que sur les frais de séjours.

➡ **d'anticiper le codage des médicaments rétrocedés**

Il est prévu de mettre en place de nouvelles modalités de facturation des médicaments intégrant notamment l'utilisation d'un code identifiant la spécialité pharmaceutique (code UCD) et des éléments de calcul de la marge de rétrocession.

* *

L'ensemble de ces évolutions sera pris en compte dans le nouveau protocole national d'accord en cours d'élaboration qui se substituera au protocole national existant et aux conventions locales déjà signées, notamment sur le plan technique.

2. Le dispositif de déploiement de la télétransmission

L'importance de ces différents chantiers et les délais contraints de généralisation de B2-Noémie nécessitent la mise en oeuvre d'un dispositif national de déploiement reposant sur les principes suivants.

ANNEXE N° 2 (suite)

2.1. Généraliser, avant la fin du premier semestre 2006, la télétransmission en messagerie sécurisée dans le respect des versions de la norme B2 intégrant la loi sur l'assurance maladie

Le plan de généralisation concerne :

- ➡ pour les établissements déjà en télétransmission avec le régime général, la migration de leurs échanges vers la nouvelle infrastructure de messagerie sécurisée ;
- ➡ pour les établissements du champ MCO encore « non télétransmetteurs », la mise en oeuvre d'une démarche de dématérialisation des échanges par messagerie sécurisée pour la facturation des titres de recettes (CMUC, AME, médicaments rétrocédés, bénéficiaires migrants) ;
- ➡ pour l'ensemble des établissements, la mise à niveau des logiciels de facturation pour supporter les nouvelles réglementations et assurer :
 - la remontée des informations « un euro » (historiques et courantes) ;
 - l'alimentation des formats modifiés de la norme d'échange B2 (version 2003 et/ou 2005) vers l'assurance maladie tenant compte du parcours de soins coordonné ;
 - l'alimentation des formats modifiés de la norme d'échange B2 (version 2005 uniquement) vers l'assurance maladie tenant compte du codage des médicaments rétrocédés.

2.2 Vérifier la qualité des logiciels et la conformité des envois avant toute mise en production au moyen d'un dispositif gradué de tests

L'analyse des difficultés rencontrées lors de la mise en oeuvre du protocole national actuel de dématérialisation a conduit la DHOS et l'assurance maladie à organiser une démarche désormais obligatoire de tests, pour prévenir en amont les problèmes techniques de télétransmission et assurer une qualité optimale des flux transmis. Les différentes phases de test sont décrites en annexe 2.

DISPOSITIF DE TEST DE DÉPLOIEMENT (Annexe 2)

Cette démarche est découpée en quatre phases de tests, successives et obligatoires :

Phase 1 : vérification par les éditeurs auprès du GIE Sesam-Vitale de la conformité du protocole de chiffrement et de messagerie proposé aux établissements. Cette phase s'adresse uniquement aux éditeurs de progiciels qui souhaitent mettre en œuvre une solution non homologuée par le GIP CPS. Elle consiste en des tests d'accrochage technique de chiffrement et de transport sur une plate forme de tests mis à disposition par le GIE Sesam-Vitale. Elle donne lieu à la délivrance d'un compte rendu de tests.

Phase 2 : vérification par les éditeurs, auprès du Centre National de Développement et d'Agrément (CNDA) de l'assurance maladie, de la conformité des flux aux spécifications de la norme B2. Cette phase s'adresse aux éditeurs de progiciels (ou aux établissements de santé assurant eux mêmes le développement de leur logiciel). Elle nécessite la signature, par l'éditeur pouvant justifier avoir passé la phase 1, d'un protocole qualité avec le CNDA. Elle consiste en la mise en œuvre sur la plate-forme du CNDA de tests techniques (formats de norme) et fonctionnels (à partir de jeux d'essai nationaux représentatifs des situations que les établissements de santé doivent gérer).

Phase 3 : organisation de tests de démarrage entre chaque établissement et sa caisse pivot. Cette phase, pré-opérationnelle, concerne l'établissement de santé et sa caisse pivot. Elle sera enclenchée uniquement si l'établissement peut présenter un certificat de qualité prouvant que l'éditeur de son logiciel s'est correctement acquitté de la phase 2. Elle consiste en l'émission de flux de tests pré-opérationnels et permettra notamment de dépister les rejets tenant à des problèmes de nomenclatures.

Phase 4 : vérification des retours Noémie vers le Trésor public. Cette dernière phase, qui ne concerne que les établissements publics, permet au Trésor public de vérifier le bon ajustement des retours NOÉMIE transmis. À l'issue du processus, chaque établissement sera autorisé à généraliser l'ensemble de ses échanges avec les caisses de sa circonscription.

**PROTOCOLE D'ACCORD NATIONAL
RELATIF À LA TÉLÉTRANSMISSION DES FACTURES
HORS DOTATIONS ANNUELLES**

Entre :

- ☐ Le Ministère de la santé et des solidarités représenté par le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et le directeur de la sécurité sociale,
- ☐ Le Ministère délégué au budget et à la réforme de l'État, Porte parole du gouvernement représenté par le directeur général de la comptabilité publique,
- ☐ La Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés représentée par son directeur,
- ☐ La Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole représentée par son directeur,
- ☐ La Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Professions Indépendantes représentée par son directeur,
- ☐ L'Union Nationale des Régimes Spéciaux représentée par son président,

Il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

La direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), la direction de la sécurité sociale (DSS), la direction générale de la comptabilité publique (DGCP) et la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) ont conclu dès 2003 un protocole d'accord visant à la mise en place d'un système de communication électronique des avis des sommes à payer émis par les établissements publics de santé vers les caisses d'assurance maladie, et en retour, des paiements des titres des caisses primaires d'assurance maladie vers ces établissements et leurs comptables.

ANNEXE N° 3 (suite)

La mise en œuvre de la Couverture Maladie Universelle pour la part complémentaire et l'extension des ventes de médicaments au public ont sensiblement augmenté le nombre de titres de recettes, et donc des avis des sommes à payer, émis à l'encontre des caisses d'assurance maladie.

La mise en œuvre des dispositions de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, puis la perspective d'une facturation des soins à l'assurance maladie obligatoire dans le cadre de la tarification à l'activité vont accentuer considérablement cette tendance.

Cette augmentation du nombre de titres de recettes a pour conséquences d'alourdir fortement :

- l'ensemble des tâches administratives d'émission des titres et d'avis des sommes à payer, dans les établissements de santé ;
- les tâches de saisie pour la prise en compte des avis des sommes à payer dans les systèmes informatiques de l'assurance maladie et ainsi d'augmenter les délais de traitement et de règlement ;
- les tâches de recouvrement des comptables hospitaliers.

Il apparaît donc indispensable d'accélérer et de généraliser le processus de télétransmission à l'ensemble des régimes d'assurance maladie, aux établissements publics de santé et aux établissements de santé privés antérieurement sous dotation globale, ainsi qu'à l'ensemble des prestations facturées à l'assurance maladie.

Aussi, de manière concertée, la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, la direction de la sécurité sociale, la direction générale de la comptabilité publique, la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, la caisse centrale de la mutualité sociale agricole, la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs indépendants et l'union nationale des régimes spéciaux s'engagent à la mise en place d'un système de télétransmission :

- des avis des sommes à payer entre les établissements et les organismes d'assurance maladie obligatoire ;
- des retours d'information des organismes d'assurance maladie obligatoire vers les comptables des établissements, permettant notamment s'agissant des comptables directs du Trésor bénéficiant d'une application centralisée, un émargement automatique des titres ;
- des retours d'information des organismes d'assurance maladie obligatoire vers les établissements.

Le système de télétransmission promu par les dispositions du présent protocole constitue une première étape d'un processus global tendant à la dématérialisation complète des échanges visés par le présent protocole.

Les signataires s'engagent formellement à réunir les conditions nécessaires pour une dématérialisation des avis des sommes à payer qui fera l'objet d'un avenant ultérieurement.

Dans l'attente, les modalités dérogatoires de gestion des pièces justificatives prévues par le protocole du 28 avril 2003 sont reconduites (cf. article 5.3. du présent protocole).

ANNEXE N° 3 (suite)

ARTICLE 1 : OBJET DU PROTOCOLE NATIONAL

Le présent protocole fixe les engagements des parties signataires pour la mise en œuvre de la télétransmission des données informatisées relatives :

- aux prestations facturées hors dotation annuelle complémentaire ou hors dotation annuelle de financement par les établissements définis au préambule, dans la limite définie à l'article 2.3 ;
- aux flux d'information concernant notamment le traitement de la participation forfaitaire définie au II de l'article L. 322-2 du CSS.

La télétransmission a pour objet :

- de faciliter les échanges entre les partenaires,
- d'améliorer sensiblement la trésorerie des établissements de santé,
- d'accroître l'efficacité de l'ensemble des procédures chez chaque partenaire,

dans le respect des obligations des régimes d'assurance maladie obligatoire visant à garantir à tous les bénéficiaires la prise en charge de ces prestations.

Pour la mise en œuvre de cette télétransmission, les parties en présence ont décidé d'utiliser les normes d'échanges en vigueur (actuellement les normes B2 et Noémie¹) dont les cahiers des charges sont publiés sur le site Internet de la CNAMTS (ameli.fr). La version des normes d'échanges à la date de signature du présent protocole, ainsi que les modalités de transport des flux ne pourront être modifiées, le cas échéant, que dans les conditions arrêtées par l'ensemble des signataires du présent protocole à la suite d'une concertation dans le cadre du comité national de coordination créé par l'article 6.1 infra.

Un mode opératoire définissant les modalités de la mise en œuvre du présent protocole est également publié sur ce même site.

Les modalités de validation et d'évolution du mode opératoire sont également définies dans le cadre du comité national de coordination.

ARTICLE 2 : DOMAINE D'APPLICATION**ARTICLE 2.1 : PÉRIMÈTRE GÉOGRAPHIQUE**

La procédure de télétransmission s'applique entre les établissements définis au préambule et l'ensemble des organismes gestionnaires d'assurance maladie quel que soit le lieu de résidence du bénéficiaire des soins y compris les bénéficiaires de conventions internationales.

Tout établissement et tout organisme gestionnaire d'assurance maladie mettant en œuvre la télétransmission doivent respecter ce protocole sans qu'il soit besoin de signer une quelconque convention locale de mise en œuvre.

¹ NOÉMIE : Norme Ouverte d'Echanges entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs.

ANNEXE N° 3 (suite)

ARTICLE 2.2 : RISQUES CONCERNÉS

La procédure de télétransmission concerne toutes les factures quel que soit le risque concerné :

- maladie,
- maternité,
- accidents du travail et maladies professionnelles, dès lors que ce risque est couvert par l'organisme d'assurance maladie obligatoire auquel est rattaché le bénéficiaire,
- prestations gérées par délégation de l'État (AME, CMUC , soins urgents).

Dès lors qu'un risque n'est pas géré par un organisme d'assurance maladie obligatoire, la procédure de télétransmission ne s'applique pas, mais les modalités de facturation actuelles restent en vigueur.

ARTICLE 2.3 : PRESTATIONS CONCERNÉES

Toute prestation facturée hors dotation annuelle complémentaire ou hors dotation annuelle de financement par les établissements publics de santé et les établissements de santé privés antérieurement sous dotation globale peut faire l'objet d'une télétransmission (cf. annexe 1 du mode opératoire).

La notion de prestation hors dotation annuelle complémentaire ou de financement est appréciée sur la base de la réglementation en vigueur à la date de signature du présent protocole.

Sont également concernées les prestations relatives à l'activité libérale des praticiens hospitaliers dès lors que le praticien choisit de percevoir ses honoraires par l'intermédiaire de l'administration de l'hôpital conformément aux dispositions de l'article L 6154-3 du Code de la santé publique.

ARTICLE 2.4 : PARTICULARITÉS LIÉES À LA PARTICIPATION FORFAITAIRE

Les établissements définis au préambule sont tenus de télétransmettre à l'assurance maladie l'ensemble des informations relatives aux soins et actes dispensés au titre des consultations et actes externes afin de permettre aux organismes gestionnaires de procéder au traitement de la participation forfaitaire définie au II de l'article L 322-2 du CSS et de recouvrer cette somme auprès des assurés conformément aux dispositions réglementaires en vigueur.

ARTICLE 3 : IDENTIFICATION DES ACTEURS ET DE LEURS ENGAGEMENTS RESPECTIFS**ARTICLE 3.1 : L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ**

Il s'agit des établissements définis au préambule du présent protocole.

Ils élaborent les factures électroniques et les transmettent à l'assurance maladie selon les normes en vigueur et dans le respect des modalités de télétransmission décrites infra.

Ces établissements de santé sont tenus de prendre en compte dans les meilleurs délais les évolutions de normes d'échanges permettant de respecter la réglementation.

Ils doivent s'assurer auprès de leurs éditeurs de logiciels du respect des dispositions relatives à la vérification par le Centre National de Dépôt et d'Agrément (CNDP) de la conformité des logiciels aux plans de tests définis par la commission créée à l'article 6.3.

ANNEXE N° 3 (suite)

En outre, les établissements publics de santé doivent s'assurer de la concordance entre les factures électroniques transmises à l'assurance maladie et les informations communiquées au comptable direct du Trésor conformément à la circulaire interministérielle CP/D2/DH/AF3/n° 98/525 du 28/07/1998.

Les établissements de santé s'engagent à traiter les rejets de paiement de factures par les caisses d'assurance maladie dans les plus brefs délais, notamment par l'annulation des factures et des titres concernés et leur réémission.

ARTICLE 3.2 : L'ASSURANCE MALADIE

3.2.1 : Généralités

L'assurance maladie met en œuvre une infrastructure permettant les échanges de flux entre les établissements définis au préambule, l'assurance maladie (caisses pivot et caisses gestionnaires) et, pour ce qui relève des établissements publics de santé, les comptables directs du Trésor.

L'assurance maladie s'engage à adapter ses logiciels en cas d'évolution des modalités de télétransmission et de version de norme retour ainsi qu'à respecter les termes du présent protocole.

L'assurance maladie met à disposition, sur les sites de la CNAMTS (ameli.fr), et du GIE SESAM Vitale (sesam-vitale.fr) les spécifications techniques relatives au transport et chiffrement des flux hospitaliers rédigées par le GIE SESAM Vitale.

Indépendamment des contrôles qualité mis en œuvre éventuellement en collaboration avec la DGCP, l'assurance maladie a défini les modalités d'attribution d'un certificat qualité dans le but de garantir la conformité des logiciels aux plans de tests définis par la commission créée à l'article 6.3.

La procédure d'attribution d'un certificat qualité repose sur un protocole d'engagement qualité signé avec l'éditeur de logiciel.

L'assurance maladie a délégué cette mission au Centre National de Dépôt et d'Agrément (CNDA).

3.2.2 : La caisse d'assurance maladie « PIVOT »

La caisse d'assurance maladie définie à l'article L. 174-2 du CSS et désignée dans le présent protocole par le terme « caisse pivot » est l'interlocutrice unique de l'établissement de santé :

- pour l'ensemble des flux émis par l'établissement,
- pour l'ensemble des flux d'information (ARL, rejets et paiements) émis par les organismes gestionnaires.

Cette caisse est également l'interlocutrice unique du Site National Noémie (SNN) du Trésor public.

Cette caisse sera à terme l'interlocutrice financière unique de l'établissement de santé conformément aux articles L 5126-4 du Code de la santé publique et L 254-2 du Code de l'action sociale et des familles.

ANNEXE N° 3 (suite)

Cependant, la mise en œuvre de cette fonction de caisse pivot payeuse est sous tendue par la définition de dispositions réglementaires qui déterminent notamment les responsabilités respectives de la caisse pivot et de l'organisme dont dépend le bénéficiaire des soins, en particulier les conditions et les délais dans lesquels cet organisme peut assurer la vérification des sommes à rembourser et autoriser leur paiement.

3.2.3 : La caisse d'assurance maladie « gestionnaire »

Dans l'attente de la réglementation ci-dessus, les caisses d'assurance maladie gestionnaires procèdent au contrôle et au paiement des flux qui leur incombent.

Elles procèdent aux retours d'information à destination de l'établissement et du Trésor via la caisse d'assurance maladie pivot.

Elles émettent des ordres de virement à destination des comptables publics pour les établissements publics de santé, ou des comptables des établissements pour les établissements de santé privés antérieurement sous dotation globale.

ARTICLE 3.3 : LA DIRECTION GÉNÉRALE DE LA COMPTABILITÉ PUBLIQUE (DGCP)

La DGCP a mis en place le Site National Noémie (SNN) chargé de récupérer pour le compte de ses comptables l'ensemble des retours d'information émis par les caisses gestionnaires de l'assurance maladie et mis à disposition par les caisses pivot.

Le SNN met ces informations à disposition des comptables directs du Trésor et propose également cette offre de service aux établissements publics de santé qui souhaitent en disposer.

Dans ces deux cas, les modalités de ces mises à dispositions sont définies dans le mode opératoire.

Indépendamment de la certification octroyée par le CNDA, la DGCP met en œuvre un processus de qualification des EPS et des caisses tel que défini dans le mode opératoire.

Ce processus conditionne le traitement des flux de retour d'information par le Trésor public.

La DGCP s'engage à adapter les logiciels utilisés par le SNN en cas d'évolution des modalités de télétransmission et de version de norme retour, ainsi qu'à respecter les termes du présent protocole.

ARTICLE 3.4 : LA DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS (DHOS)

La DHOS s'engage à prendre toutes les dispositions visant à favoriser la généralisation de la télétransmission au sein des établissements définis au préambule du présent protocole, dans le respect des dispositions du présent protocole et de ses annexes.

ARTICLE 3.5 : LA DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (DSS)

Par le présent protocole, la DSS accepte que les agents comptables des caisses valident les mandatements concernant les flux émis par les établissements, sans transmission des pièces justificatives (ordonnances de prescriptions) ainsi que des avis des sommes à payer individuels.

ANNEXE N° 3 (suite)

La DSS s'engage également à prendre les dispositions réglementaires permettant à la caisse gestionnaire, dont dépend le bénéficiaire des soins, d'assurer la vérification des sommes à rembourser et autoriser leur paiement, dans le but de permettre à la caisse pivot d'être un interlocuteur financier unique de l'établissement de santé.

ARTICLE 4 : DISPOSITIONS RELATIVES AUX DROITS DU BÉNÉFICIAIRE
--

ARTICLE 4.1 : RECUEIL DES DROITS

Il appartient à l'établissement de santé de prendre connaissance de la situation du bénéficiaire des soins à partir des données de la carte Vitale présentée.

La lecture des informations contenues dans la carte Vitale est effectuée conformément aux préconisations publiées par le GIE SESAM Vitale (sesam-vitale.fr).

L'accès aux informations confidentielles (droits à l'exonération du ticket modérateur) requiert l'utilisation d'une carte de professionnel de santé habilitée (CDE – CPE), délivrée par le GIP CPS.

Lorsque la carte Vitale est absente, la situation du bénéficiaire est appréciée, soit :

- à partir de l'attestation de droits fournie par l'assurance maladie,
- par consultation des applications télématiques mises en place par certains organismes d'assurance maladie.

Dans les meilleurs délais, il est envisagé de proposer aux établissements de santé l'accès en ligne aux droits réels du bénéficiaire.

ARTICLE 4.2 : CHANGEMENT DE CAISSE D’AFFILIATION

Conformément aux dispositions de l'article L 161-15-2 du Code de la Sécurité sociale, en cas de changement de caisse d'assurance maladie, l'organisme gestionnaire mentionné sur le justificatif de droits est compétent pour le traitement des factures tant que le nouvel organisme ne s'est pas substitué à lui.

ARTICLE 4.3 : CMU C ET SITUATION D’URGENCE

La demande d'affiliation à la CMU complémentaire doit être déposée le jour des soins afin de permettre l'application de l'article L 861-5, 4^{ème} paragraphe du Code de la Sécurité sociale qui prévoit que quand la situation du demandeur l'exige, le bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé est attribué au premier jour du mois qui suit le dépôt de la demande sauf en cas d'urgence.

ARTICLE 5 : DISPOSITIONS RELATIVES À LA TÉLÉTRANSMISSION

ARTICLE 5.1 : TRANSMISSION DES FACTURES

L'établissement défini au préambule du présent protocole doit transmettre les données de facturation à son comptable et à l'assurance maladie au format électronique selon les normes d'échanges en vigueur.

Les bordereaux récapitulatifs des factures ne doivent plus être transmis à l'assurance maladie.

ARTICLE 5.2 : TRAITEMENT DES FACTURES

La caisse gestionnaire s'engage à payer intégralement ou à rejeter intégralement les factures sous un délai maximum de 8 jours ouvrables à compter de la réception des fichiers par la caisse pivot.

5.2.1 : Paiements

Après avoir procédé aux contrôles qui lui incombent, la caisse gestionnaire procède au paiement des prestations, objet de la saisie de la télétransmission.

Pour les établissements publics de santé, le paiement est effectué auprès du comptable public.

Pour les établissements de santé privés antérieurement sous dotation globale, le paiement est effectué auprès du comptable qui assure la tenue de la comptabilité de l'établissement.

L'insaisissabilité des deniers publics, fondé sur le principe d'immunité d'exécution bénéficiant aux personnes morales de droit public, implique que la compensation légale ne peut s'appliquer à l'encontre d'une personne publique débitrice. En conséquence, aucune retenue pour indu constaté sur un paiement antérieur ne peut être effectuée dans le cadre de la compensation.

5.2.2 : Rejets

La caisse gestionnaire retourne à l'établissement, via la caisse pivot, les éléments relatifs aux dossiers rejetés ainsi que les motifs de rejet dès l'obtention des résultats du traitement informatique.

Le recyclage des factures rejetées est effectué par l'établissement de santé lorsque le rejet lui incombe (exemple : erreur sur le contenu de la facture : actes, règles de tarification...).

Les établissements de santé s'engagent à traiter ces rejets de paiement de factures par les caisses d'assurance maladie dans les plus brefs délais, notamment par l'annulation des factures et des titres concernés et par leur réémission.

Le traitement de la facture rejetée est effectué par la caisse gestionnaire lorsque le rejet lui incombe (exemple : cas de changement de caisse gestionnaire).

ANNEXE N° 3 (suite)

ARTICLE 5.3 : PIÈCES JUSTIFICATIVES NÉCESSAIRES AU REMBOURSEMENT

Par dérogation au principe général, la présentation aux caisses d'assurance maladie des pièces justificatives papier mentionnées à l'annexe 1 du présent protocole n'est pas requise.

Ces justificatifs sont conservés par l'établissement selon les modalités définies à l'annexe du présent protocole.

Cette annexe fixe également les modalités de mise à disposition de ces justificatifs par les établissements auprès des organismes d'assurance maladie.

Le traitement des factures électroniques par les organismes d'assurance maladie n'est pas subordonné à la réception des pièces justificatives ; la production par les établissements d'un bordereau récapitulatif n'est plus requise.

Les organismes prennent toutes dispositions pour procéder au traitement des flux dès réception de ceux-ci.

ARTICLE 5.4 : ÉMISSION DES RETOURS**5.4.1 : Principes généraux des retours d'information**

Les références utilisées pour les retours d'information (ARL, rejets et paiements) des prestations facturées hors dotations annuelles, complémentaires ou de financement vers l'établissement et le Trésor public, ne doivent pas véhiculer les informations relatives à l'activité libérale des praticiens temps pleins hospitaliers.

Le retour d'information les concernant s'effectuera sous une référence distincte, dans l'attente, les retours seront effectués sous format papier.

La participation forfaitaire ne fait pas l'objet de retour d'information, hormis l'ARL cité au § 5 4 4.

Concernant les établissements publics de santé dont les comptables publics ne disposent pas d'une application centralisée apte à intégrer les fichiers de retour d'information, le passage en télétransmission ne doit pas modifier les circuits papier actuels tels que définis dans le mode opératoire.

5.4.2 : Retours d'information Paiements

Les mouvements de paiement opérés par les caisses gestionnaires font l'objet d'une référence spécifique.

Il y a obligatoirement cohérence entre l'identifiant de l'établissement utilisé dans le fichier retour et celui présent dans les factures.

La cohérence porte sur le numéro FINESS.

Par journée comptable et par couple caisse gestionnaire / Etablissement en tant qu'entité juridique gérée par le comptable hospitalier, il ne peut y avoir au maximum qu'un seul fichier de retour d'information Paiements mis à disposition.

ANNEXE N° 3 (suite)

Pour que ce fichier soit exploitable, il est impératif qu'il y ait une stricte concordance entre le montant du règlement effectué par l'agent comptable de la caisse gestionnaire et le montant global notifié sur le fichier mis à disposition du comptable direct du Trésor ou de l'établissement.

Concernant les établissements publics de santé, la notion de « mandataire » permet d'identifier le comptable direct du Trésor destinataire du flux de paiement émis par la caisse gestionnaire. Pour un même établissement, ce **numéro de mandataire** doit être identique **pour l'ensemble des caisses** des différents régimes.

Dans l'hypothèse où un comptable direct du Trésor est comptable de plusieurs établissements, et reçoit à ce titre, des paiements pour ses différents établissements, un numéro de mandataire différent doit lui être attribué pour chacun des établissements juridiquement distincts dont il assure la tenue de la comptabilité.

Le **virement** effectué sur le compte de dépôts de l'établissement ouvert dans les écritures du comptable direct du Trésor, doit comporter **la référence de la caisse gestionnaire**.

5.4.3 : Retours d'information Rejets

Les mouvements de rejet opérés par les caisses gestionnaires font l'objet d'une référence spécifique.

Par journée comptable et par couple caisse gestionnaire / Établissement en tant qu'entité juridique gérée par le comptable hospitalier, il ne peut y avoir au maximum qu'un seul fichier de retour d'information Rejets mis à disposition.

5.4.4 : Retours d'information Accusés de Réception Logique (ARL)

Les mouvements d'accusés de réception logique font l'objet d'une référence spécifique.

Les accusés de réception logique des envois télétransmis par l'établissement public comportent les informations relatives aux numéros de lots ainsi qu'au nombre et aux montants des avis des sommes à payer.

ARTICLE 6 : DISPOSITIONS RELATIVES À L'ORGANISATION DU DÉPLOIEMENT

ARTICLE 6.1 : LE COMITÉ NATIONAL DE COORDINATION

Un comité national de coordination composé de représentants :

- de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) et de la Direction de la Sécurité Sociale (DSS) du ministère de la santé et des solidarités ;
- de la Direction Générale de la Comptabilité Publique (DGCP) du ministère de l'économie, des finances et de l'industrie ;

ANNEXE N° 3 (suite)

➤ des organismes d'assurance maladie à savoir :

- la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS),
- la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA),
- la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Indépendants (CANAM)
- l'Union Nationale des Régimes Spéciaux (UNRS),
- la Mutualité de la Fonction Publique (MFP),

est mis en place pour coordonner et suivre le déploiement de la télétransmission dans le respect des dispositions du présent protocole.

Il procède à la validation du mode opératoire et de ses versions successives.

Il définit les outils et procédures nécessaires au pilotage de ce déploiement.

Il veille :

- à la disponibilité des spécifications en temps utile,
- à l'information et à la mobilisation des éditeurs et des établissements,
- à l'organisation des dispositifs de tests nationaux,
- à l'élaboration et au suivi général du macro planning de déploiement,
- à la disponibilité des outils et procédures nécessaires au pilotage du déploiement,
- à la bonne coordination entre les différentes parties prenantes au niveau national et régional,
- au bon traitement des difficultés remontant du niveau régional.

Par ailleurs, toute modification des versions de normes d'échange, des modalités de transports des flux et du calendrier de leur mise en œuvre est soumise à concertation au sein du comité national de coordination, avant publication sur le site Internet de la CNAMTS (ameli.fr) qui la rendra opposable.

Le comité national de coordination est co-animé par le représentant de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) et le représentant de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS).

Il se réunit au moins deux fois par an.

ARTICLE 6.2 : LE COMITÉ NATIONAL DE PILOTAGE OPÉRATIONNEL

Le Comité National de Coordination associe à ses travaux, dans le cadre d'un Comité National de Pilotage Opérationnel :

➤ les représentants des établissements au travers notamment des fédérations d'établissements de santé, à savoir :

- la Fédération Hospitalière de France (FHF),
- la Fédération des Établissements Hospitaliers et d'assistance Privés (FEHAP),
- la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (FNCLCC),

ANNEXE N° 3 (suite)

- des représentants des éditeurs de logiciels des établissements de santé,
- des représentants des acteurs opérationnels (CNDA, GIE SESAM Vitale....), des utilisateurs ou tout expert dont il estime la présence nécessaire.

Le Comité National de Pilotage Opérationnel est notamment chargé de la validation de toute évolution du mode opératoire et de traiter l'ensemble des difficultés techniques ou dysfonctionnements liés aux télétransmissions organisées avec les établissements publics de santé.

ARTICLE 6.3 : LA COMMISSION DE CERTIFICATION QUALITÉ

Le Comité National de Coordination crée en son sein une commission en charge d'appliquer les termes du présent protocole relatifs aux engagements de l'assurance maladie visant à définir les modalités d'attribution d'un certificat qualité.

Cette commission de certification a pour objet :

- de valider le protocole d'engagement qualité proposé aux éditeurs de logiciels,
- de définir les conditions permettant de rendre opposables les documents de référence visés dans le protocole d'engagement qualité,
- de définir les plans de tests permettant de garantir la conformité des logiciels aux documents de référence opposables visés dans le protocole d'engagement qualité, et de désigner la maîtrise d'ouvrage chargée d'élaborer les profils de test,
- de définir les conditions d'obtention du certificat qualité (procédure normale ou déclarative),
- de gérer les difficultés remontées par le CNDA quant à l'application des termes du protocole d'engagement qualité, et notamment les contestations formulées par les éditeurs.

La commission de certification est composée des organismes d'assurance maladie membres du Comité National de Coordination ;

Elle est présidée par le Directeur des Finances et de la Comptabilité de la CNAMTS.

Le secrétariat de la commission de certification est assuré par la CNAMTS (Validation Nationale).

La commission informe régulièrement de ses travaux le comité national de coordination.

ARTICLE 6.4 : LE COMITÉ RÉGIONAL DE COORDINATION

Un comité de coordination est constitué au niveau régional, ou selon les contextes locaux en inter régions, sur la base du découpage géographique de la Structure Nationale d'Accompagnement (SNA) Régime Général.

Chaque comité régional de coordination se compose des représentants régionaux :

- des organismes d'assurance maladie représentés au Comité national de coordination,
- de l'ARH,

ANNEXE N° 3 (suite)

- de la Direction Générale de la Comptabilité Publique (les Trésoriers Payeurs Généraux ou leurs représentants).

Chaque organisme d'assurance maladie désigne :

- un représentant régional coordonnateur, agent de direction,
 - un représentant régional expert dans les échanges avec les établissements de santé.
- Pour le régime général, cet expert est le représentant de la Structure Nationale d'Accompagnement ou l'expert métier.

Le comité régional a pour missions :

- de préparer et de coordonner le planning de déploiement pour les établissements de la région,
- d'assurer le suivi du déploiement régional en veillant au respect des délais,
- de remonter au niveau national les indicateurs de déploiement et les difficultés rencontrées,
- de mettre en place un support régional pour assister les établissements de santé et les organismes gestionnaires tant dans la phase de préparation du déploiement que dans le cadre de la production des échanges.

Les comités régionaux de coordination sont co-animés par les représentants régionaux coordonnateurs de la Structure Nationale d'Accompagnement du régime général et les représentants des ARH.

Les comités régionaux bénéficient de l'appui des chargés de mission déployés auprès des ARH à l'initiative de la DHOS dans le cadre de la mission nationale d'appui à l'investissement (MAINH).

ARTICLE 6.5 : LE COMITÉ RÉGIONAL DE PILOTAGE OPÉRATIONNEL

Le Comité régional de coordination associe à ces travaux, dans le cadre d'un Comité de Pilotage Opérationnel,

- les représentants des établissements au travers notamment des fédérations d'établissements de santé, à savoir :
 - la Fédération Hospitalière de France (FHF),
 - la Fédération des Établissements Hospitaliers et d'assistance Privés (FEHAP),
 - la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (FNCLCC).
- tout acteur opérationnel, utilisateur ou tout expert dont il estime la présence nécessaire.

Le comité régional de pilotage opérationnel a pour missions de traiter de l'ensemble des difficultés techniques ou dysfonctionnements survenant dans le cadre des échanges entre les établissements publics de santé, les caisses pivots et les organismes gestionnaires.

Le comité régional de pilotage opérationnel remonte périodiquement au comité régional de coordination le tableau de suivi de ses activités.

ARTICLE 7 : DISPOSITIONS RELATIVES AU DÉPLOIEMENT DES ÉCHANGES ÉLECTRONIQUES**Article 7.1 : Modalités de déploiement d'un établissement de santé**

La mise en œuvre de la télétransmission par les établissements de santé nécessite la réalisation préalable de trois phases de test et d'une phase de validation faisant appel à des acteurs différents.

Phase 1 ⇒ Tests de chiffrement de transport entre les éditeurs utilisant une solution non homologuée et le GIE SESAM Vitale.

Phase 2 ⇒ Tests réalisés entre les éditeurs de logiciels et le CNDA.

Ces tests sont destinés à vérifier la conformité des logiciels aux plans de tests définis par la commission créée à l'article 6.3.

La conformité s'apprécie en terme :

- de construction des flux de factures,
- d'affichage des flux retour,
- de respect des règles d'interprétation des données qui caractérisent la situation médico-administrative du bénéficiaire et qui sont portées dans la carte Vitale ou mentionnées sur l'attestation papier en cas d'absence de la carte Vitale.

Phase 3 ⇒ Tests de pré production entre l'établissement de santé et sa caisse pivot.

Ces tests sont destinés à vérifier :

- le comportement des logiciels lors de la transmission de données réelles,
- la cohérence des référentiels utilisés (identifiants, disciplines médico-tarifaires, spécialités...),
- l'opérationnalité de l'infrastructure d'échange,
- la cohérence des règles de tarification,
- la cohérence des retours d'information.

Les résultats obtenus à l'issue de la phase de pré production conditionnent le démarrage de la télétransmission de flux réels par un établissement de santé.

Cette phase de pré-production est également recommandée, pour des motifs d'évolution de version de norme d'échange, aux établissements ayant déjà démarré la télétransmission avec leur caisse pivot dans le cadre de l'expérimentation encadrée par la circulaire inter ministérielle DHOS/F4/DSS/4A/DGCP/6B 2003 n° 209 du 28 04 2003 relative à la généralisation des normes B2 et Noémie dans les établissements publics de santé.

ANNEXE N° 3 (suite)

Phase 4 ⇒ Validation de flux réels par le Trésor public.

Lors du démarrage des flux réels, une phase de fiabilisation portant sur l'intégralité du cycle de gestion des factures est prévue. Cette phase permet la vérification de la qualité des fichiers de retour d'information sur l'ensemble du circuit Trésor (du SNN au comptable).

Elle concerne chaque établissement public de santé et permet in fine au comptable direct du Trésor de vérifier la cohérence des retours Noémie par rapport à la comptabilité de l'établissement.

La généralisation de la télétransmission pour l'établissement concerné est conditionnée par l'accord du comptable direct du Trésor.

Article 7.2 : Modalités de déploiement dans un régime gestionnaire

La mise en œuvre de la télétransmission par les systèmes d'information des régimes gestionnaires nécessite la réalisation préalable d'une phase de test et d'une phase de validation faisant appel à des acteurs différents. Cette phase permet au Site National Noémie (SNN) de vérifier notamment le respect de la norme d'échange.

Phase A ⇒ Tests de pré production entre le régime gestionnaire et le SNN.

Chaque régime doit effectuer une phase de test en préalable au démarrage de l'accueil des télétransmissions des établissements de santé.

Cette phase permet au Site National Noémie (SNN) de vérifier notamment le respect de la norme d'échange par les systèmes d'information des régimes gestionnaires. Elle permet également à chaque régime de vérifier la conformité des traitements effectués par son(ses) système(s) d'information.

Phase B ⇒ Validation de flux réels par le Trésor public.

Une phase de fiabilisation est également prévue pour chaque régime d'assurance maladie et chaque système d'information du régime ; elle permet au trésorier de vérifier la cohérence des retours Noémie par rapport à la comptabilité de l'établissement.

Cette phase se déroule avec le premier établissement qui souhaite effectuer des échanges avec un régime.

À l'issue de cette phase, le comptable direct du Trésor donne son accord avant la généralisation des échanges entre l'ensemble des établissements de santé et chaque système d'information du régime concerné.

Lorsqu'une dégradation de la qualité des retours d'information vers le comptable sera telle qu'elle retire tout intérêt à la procédure d'automatisation de ces retours, le comptable pourra demander à la caisse gestionnaire via la caisse pivot un retour sous format papier pour l'émetteur concerné.

ANNEXE N° 3 (suite)

ARTICLE 8 : DISPOSITIONS CNIL

Les établissements définis au préambule doivent transmettre à la CNIL les demandes d'avis relatifs aux traitements d'informations nominatives impliquées par les présentes dispositions en conformité avec les obligations légales et réglementaires résultant de la loi n° 78-17 du 06 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements des données à caractère personnel.

Les parties signataires s'interdisent tout usage d'information nominative non déclarée à la Commission Nationale sur l'Informatique et les Libertés.

ARTICLE 9 : MISE EN ŒUVRE DU PROTOCOLE

Ce protocole d'accord prend effet à partir de sa date de signature.

Il annule et remplace le protocole d'accord national précédemment diffusé par la circulaire inter ministérielle DHOS/F4/DSS/4A/DGCP/6B 209 du 28 avril 2003 relative à la généralisation des normes B2 et NOÉMIE dans les établissements publics de santé et se substitue aux conventions signées localement.

Les termes de ce présent protocole et de ses annexes ainsi que son mode opératoire s'imposent aux établissements définis au préambule du présent protocole, aux caisses gestionnaires d'assurance maladie et aux comptes directs du Trésor.

Un avenant au présent protocole permettra de redéfinir les rôles respectifs des caisses d'assurance maladie, les modalités de traitement des factures et d'émission des retours ainsi que le périmètre des prestations concernées par la télétransmission et au plus tard au 31 décembre 2007.

Le ministre de la Santé et des Solidarités,

Le ministre délégué au budget et à la réforme de l'État,
Porte parole du gouvernement

Le directeur de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins

Le directeur général de la
Comptabilité publique

Le directeur de la Sécurité sociale

Le directeur de la Caisse nationale
d'assurance maladie des travailleurs salariés

Le directeur de la Caisse centrale
de la mutualité sociale agricole

Le directeur de la Caisse nationale
d'assurance maladie
des professions indépendantes

Le président de
l'Union nationale des régimes spéciaux

ANNEXE N° 3 (suite)

LISTE DES ANNEXES DU PROTOCOLE :

- Annexe n° 1 Conservation des pièces justificatives
- Annexe n° 2 Périmètre du protocole
- Annexe n° 3 Les comités régionaux (liste des correspondants)
- Annexe n° 4 Les fiches-contact (avec les départements informatiques)
- Annexe n° 5 Emission des flux B2 (modalités techniques)
- Annexe n° 6 Cas de tests de pré-production (avant déploiement)
- Annexe n° 7 Procédures Frontal (actions informatiques lors du déploiement)
- Annexe n° 8 Retours Noémie 578 et 908 (norme des fichiers adressés au Trésor public)
- Annexe n° 9 Identification des systèmes d'information (dans les fichiers transmis)
- Annexe n° 10 Identification des temps pleins hospitaliers dans les référentiels
- Annexe n° 11 Glossaire des termes utilisés dans le protocole et les annexes
- Annexe n° 12 Documents de référence disponibles sur le site www.ameli.fr

Toutes ces annexes sont consultables sur Magellan (**Structures locales > Les établissements publics locaux > Les Établissements Publics de Santé > Généralisation des Normes B2-Noémie > Protocole**)

Les cahiers des charges des différentes versions des normes B2 et Noémie, sont consultables sur le site internet de la CNAMTS (www.ameli.fr) à l'adresse suivante :
<http://www.ameli.fr/154/RUB/154/omb.html>.

Le mode opératoire prévu au présent protocole, dans sa version n° 3 de mai 2006, est composé des douze fiches suivantes ci-après reproduites :

1. PRÉAMBULE
2. LES PRINCIPES
3. TYPOLOGIE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ
4. LES RÔLES DANS LE CADRE DU PROTOCOLE
5. SCHÉMA GENERAL D'ÉCHANGE DE FLUX
6. PHASES DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET
7. L'ACCOMPAGNEMENT
8. DÉMARRAGE D'UN ÉTABLISSEMENT
9. DÉMARRAGE D'UN NOUVEAU RÉGIME
10. LES RETOURS D'INFORMATION
11. FOURNITURE DES RSP AUX ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ
12. ACTIVITÉ LIBÉRALE DES PRATICIENS TEMPS PLEIN HOSPITALIER

1. PRÉAMBULE

Le protocole d'accord national fixe les engagements des parties signataires pour la mise en œuvre des télétransmissions des factures hors dotation annuelle complémentaire ou hors dotation annuelle de financement pour les établissements publics de santé et les établissements de santé privés antérieurement sous dotation globale.

Le présent mode opératoire en définit les modalités pratiques de mise en œuvre. Il recense les procédures à suivre pour les parties intéressées et il précise les aspects techniques et fonctionnels auxquels elles devront se conformer.

Sa rédaction est issue d'un groupe de travail inter partenaires constitué de représentants :

- Des régimes d'Assurance Maladie Obligatoire
- De la DHOS
- De la MAINH
- Du GMSIH
- De la DGCP

Il est susceptible d'évoluer dans le temps. Des mises à jour décidées dans le cadre du comité national opérationnel seront diffusées en conséquence.

2. LES PRINCIPES

L'objectif principal de ce document est donc de décliner le protocole en fiches explicatives et procédures pour permettre aux différents acteurs de s'organiser et de travailler sur le projet selon le même schéma, avec le même niveau d'information.

Il a également pour objectif d'expliquer clairement les circuits d'échanges des flux et leurs traitements et d'identifier de façon explicite le rôle de chacun des acteurs.

Des annexes techniques ou fonctionnelles permettent de détailler plus précisément certaines modalités de mise en oeuvre opérationnelle.

Pour rappel,

Pour le circuit « aller », le projet vise à la généralisation des télétransmissions de factures entre les établissements et les régimes d'Assurance Maladie Obligatoire en s'appuyant sur un dispositif de messagerie sécurisée.

Les factures concernées :

- les prestations hors champ de la dotation annuelle de financement ou de la valorisation trimestrielle de l'activité (facturation directe aux régimes : périmètre identique aux factures actuelles) ;
- les soins externes financés par dotation annuelle de financement ou par la valorisation de l'activité et par la dotation annuelle complémentaire qui doivent être transmises pour information aux régimes pour détection des participations forfaitaires.

Ce périmètre est décrit en annexe 1.

Les établissements concernés (cf. fiche 3) :

- les établissements publics de santé (EPS) ;
- les établissements de santé privés antérieurement sous dotation globale.

Pour le circuit « retour », le résultat du traitement des factures est restitué par les régimes en mode messagerie. Le circuit des flux est différent selon le statut de l'établissement :

- si les factures concernent un EPS, le retour d'information est émis pour l'établissement et pour le comptable du Trésor via le Site National NOÉMIE (SNN) géré par les services de la direction générale de la Comptabilité publique ;
- si les factures concernent un établissement de santé privé antérieurement sous dotation globale, le retour d'information est émis directement vers l'établissement.

Les flux émis par les établissements comme ceux émis par les régimes transitent par la caisse pivot de l'établissement.

Le schéma simplifié des échanges de flux et le rôle des différents intervenants des flux sont présentés dans les fiches qui suivent.

Les échanges sont actuellement basés sur l'utilisation des normes inter-régimes B2 et NOÉMIE PS.

3. TYPOLOGIE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

La notion d'établissement de santé couvre à la fois les **établissements publics de santé (EPS)** et les **établissements de santé privés antérieurement sous dotation globale**.

La comptabilité des établissements privés est tenue selon les règles de la comptabilité de commerce par un comptable privé.

En ce qui concerne la comptabilité des établissements publics de santé, celle-ci relève de la comptabilité publique et est tenue par des comptables publics, soit :

- ✓ par des agents comptables : qui ont en charge la comptabilité des *établissements publics de santé nationaux* qui sont au nombre de trois² et disposent d'applications qui leur sont propres.
- ✓ par des comptables directs du Trésor : qui ont en charge la comptabilité des *établissements publics de santé*.

Le comptable direct du Trésor tient la comptabilité de l'établissement public de santé et assure la prise en charge des titres de recettes émis par l'établissement et leur recouvrement en s'appuyant sur une application informatique de gestion.

Il existe *plusieurs applications de gestion au Trésor public* en fonction de la taille de l'établissement. Elles n'offrent pas toutes les mêmes fonctionnalités en matière de retours d'information NOÉMIE.

Il convient donc de connaître l'application de gestion du comptable en charge de l'établissement afin de savoir en particulier s'il peut exploiter des retours d'information NOÉMIE.

1. Typologie par nature d'établissement et d'application du comptable

Il existe 5 typologies d'établissements en fonction du statut juridique de celui-ci et du système d'information du comptable.

Nature Établissement	Établissements Publics de Santé					Ets santé privé ex dotation globale
	Local	Local	National ¹	Local	AP HP (local)	
Nature Application du comptable	Application HTR	Application CLARA	Non défini	Application Hélios	Application APH	Non défini
Typologie de l'établissement	1	2	2	3	4	5

² Hôpitaux : des Quinze-Vingts, de Fresnes, et St Maurice

ANNEXE N° 3 (suite)

2. Fonctionnalités offertes en fonction de la typologie de l'établissement

Les fonctionnalités offertes en matière de retours NOÉMIE sont différentes en fonction de la typologie de l'établissement :

	Typologie de l'établissement				
	1	2	3	4	5 ³
Retours d'information NOÉMIE (réf. 578 paiement, 908 rejet) vers les établissements de santé privé ex dotation globale via la caisse pivot					Oui
Retour d'information NOÉMIE (réf. 930 ARL) par la caisse pivot vers l'émetteur du flux B2	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Retours d'information NOÉMIE (réf. 578 paiement et 908 rejet) par la caisse gestionnaire vers le SNN via la caisse pivot	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
✓ Traitement des retours d'information NOÉMIE (réf. 578 paiement) chez le comptable public	Oui	Non	Oui	Oui	Non
✓ Traitement des retours d'information NOÉMIE (réf. 908 rejet) chez le comptable public	Oui	Non	Oui (dans une version ultérieure)	Oui	Non
✓ Tests à faire avec le comptable pour un établissement qui démarre B2/NOÉMIE	Oui	Non	Oui	Oui	Non
Retours d'information NOÉMIE (réf. 578 paiement et 908 rejet) vers l'EPS par le SNN	Oui	Oui	Oui	Oui	

³ Les établissements de santé privés antérieurement sous dotation globale disposent des mêmes fonctionnalités selon les possibilités de leur système d'information.

ANNEXE N° 3 (suite)

3. Champ d'application des fiches

Certaines fiches proposées dans le sommaire du mode opératoire sont liées à la typologie de l'établissement.

Afin de bien identifier les fonctionnalités offertes à chaque établissement, il importe de **se reporter au tableau ci-dessous** :

	Typologie de l'établissement				
	1	2	3	4	5
Fiche 1 : préambule	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Fiche 2 : les principes	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Fiche 3 : la typologie des établissements	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Fiche 4 : schémas généraux d'échanges des flux	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Fiche 5 : les rôles	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Fiche 6 : phase de mise en œuvre du projet	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui*
Fiche 7 : l'accompagnement	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Fiche 8.1 : information et préparation des établissements	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui*
Fiche 8.2 : phase de tests de pré-production d'un établissement*	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Fiche 8.3 : validation de flux réels avec la DGCP	Oui	Non	Oui	Oui	Non
Fiche 9 : démarrage d'un nouveau régime dans le projet	Oui	Non	Oui	Oui	Oui*
Fiche 10 : les retours d'information	Oui	Oui*	Oui	Oui	Oui
Fiche 11 : fourniture des RSP par le SNN aux établissements publics	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Fiche 12 : activité libérale des praticiens temps plein hospitalier	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

(*) voir fiche correspondante pour davantage de précisions

4. LES RÔLES DANS LE CADRE DU PROTOCOLE

Caisse pivot :

La caisse pivot correspond actuellement à l'organisme qui procède au versement des dotations et des produits de la valorisation trimestrielle de l'activité à l'établissement.

Elle accompagne l'établissement pour la mise en place des télétransmissions en mode messagerie et coordonne les différentes phases de tests. À ce titre, elle informe les partenaires de l'avancée des différentes phases de tests et donne le feu vert pour le démarrage des flux de production.

Elle devient l'interlocuteur technique unique de l'établissement dans le circuit de gestion des flux.

En cas de problème l'établissement contacte la caisse pivot qui procède aux recherches et prend les contacts nécessaires pour la résolution du problème quel que soit le destinataire du flux.

La caisse pivot est également l'interlocuteur unique du SNN et des départements informatiques exploitants du Trésor ; elle procède à ce titre aux recherches nécessaires en cas de problème soulevé par le SNN.

Le frontal de la caisse pivot gère la réception des flux de l'établissement et émet les messages de service et les ARL.

Caisse gestionnaire :

La caisse gestionnaire est la caisse d'affiliation du bénéficiaire des soins. C'est elle qui procède au traitement des factures et au paiement des prestations pour ses affiliés. C'est donc la caisse débitrice.

Elle émet les retours d'information de paiement et de rejet.

Caisse de rattachement de l'établissement :

Les données administratives des établissements sont gérées par une caisse du régime général. C'est la caisse de rattachement, elle est géographiquement proche de l'établissement.

Elle procède aux mises à jour d'informations dans le fichier ETANAT (destinataires de règlement, spécialités médicales exercées dans l'établissement) et DESNAT (coordonnées bancaires) qui doivent être utilisés par l'ensemble des régimes télétransmetteurs.

Établissement de santé :

Les activités réalisées en routine par les établissements offrant des soins couverts par l'assurance maladie concernent :

- le contrôle des droits attachés à l'assuré lié au patient bénéficiaire des soins et prestations ;
- le recueil des soins et prestations dispensés au patient et donnant lieu à facturation ;

ANNEXE N° 3 (suite)

- la facturation des soins et prestations à l'assurance maladie obligatoire donnant lieu à remboursement à l'intention des établissements ;
- la télétransmission des factures à destination de la caisse pivot par messagerie sécurisée selon la norme B2 en vigueur ;
- la production du fichier budgétaire comportant les titres de recette en parfaite cohérence avec les flux B2 émis. Ce fichier est destiné au comptable ;
- la réception et l'analyse des retours de l'assurance maladie (références 930, 578 et 908). Les retours en anomalie appellent les mesures de correction avant production d'une nouvelle facture.

L'établissement doit traiter au plus vite les rejets pour permettre le remboursement de la facture.

Site National NOÉMIE (SNN) :

Il intervient pour les établissements de typologie 1, 2, 3 et 4.

1) Le SNN est le concentrateur des retours NOÉMIE pour les comptables publics hospitaliers. Il va chercher dans les 2 boîtes aux lettres (BAL TPG et BAL établissement) les flux SMTP NOÉMIE déposés par le frontal de la caisse pivot pour toutes les caisses gestionnaires.

Il vérifie la structure et le formalisme des fichiers reçus.

Il transfère ensuite les fichiers NOÉMIE vers les différents Départements Informatiques Exploitants du Trésor pour les établissements dont les comptables disposent d'une application centralisée.

2) Il met à disposition des établissements publics de santé à leur demande, dans leur boîte aux lettres les retours NOÉMIE de paiement (référence 578) et de rejets (référence 908).

3) Il assure un rôle de validation des nouveaux régimes gestionnaires lors de leur déploiement.

Département Informatique Exploitant du Trésor (DIE) :

Il intervient pour les établissements de typologie 1, 3 et 4.

Il a un rôle technique :

1) Il contrôle et exploite les fichiers NOÉMIE reçus du SNN et édite les bilans de passage à l'attention des comptables du Trésor. Il met à leur disposition le fichier des paiements reçus pour validation afin d'émarger les titres de recettes. Il appose un code suspension de paiement sur les titres présents dans le fichier des rejets NOÉMIE pour une période paramétrée par le comptable.

2) Il intervient dans le dispositif de déploiement d'un nouvel établissement de santé lors de la phase de validation de flux réels qui suit les 3 phases de test. Il réalise un test d'intégration d'un fichier de paiements réels afin de contrôler la structure des numéros de titres ainsi que leur existence dans le fichier des titres du comptable. Il édite un bilan de passage qu'il adresse au comptable du Trésor de l'établissement qui fait apparaître les anomalies éventuelles.

3) Lorsqu'il est informé de la validation d'un nouveau régime gestionnaire par le SNN (Site National Noémie), il libère les flux reçus de ce régime pour tous les établissements en flux réel.

ANNEXE N° 3 (suite)

Comptable public :

Le comptable public tient la comptabilité de l'établissement au sens juridique. À ce titre, il participe à l'exécution budgétaire et il assure la prise en charge des titres de recettes émis par l'établissement et leur recouvrement. Il encaisse donc les paiements et vérifie en permanence la correspondance entre le flux d'information de paiement et le flux financier. Pour opérer ces rapprochements, la désignation du débiteur (organisme payeur) doit être identique entre le fichier NOÉMIE transmis et le libellé du virement bancaire reçu.

1) Il constate les encaissements sur les titres de recettes émis par l'établissement public par validation des informations de paiements reçues dans les fichiers NOÉMIE (référence 578) ou sur les bordereaux récapitulatifs des paiements, à réception du virement sur son compte Banque de France.

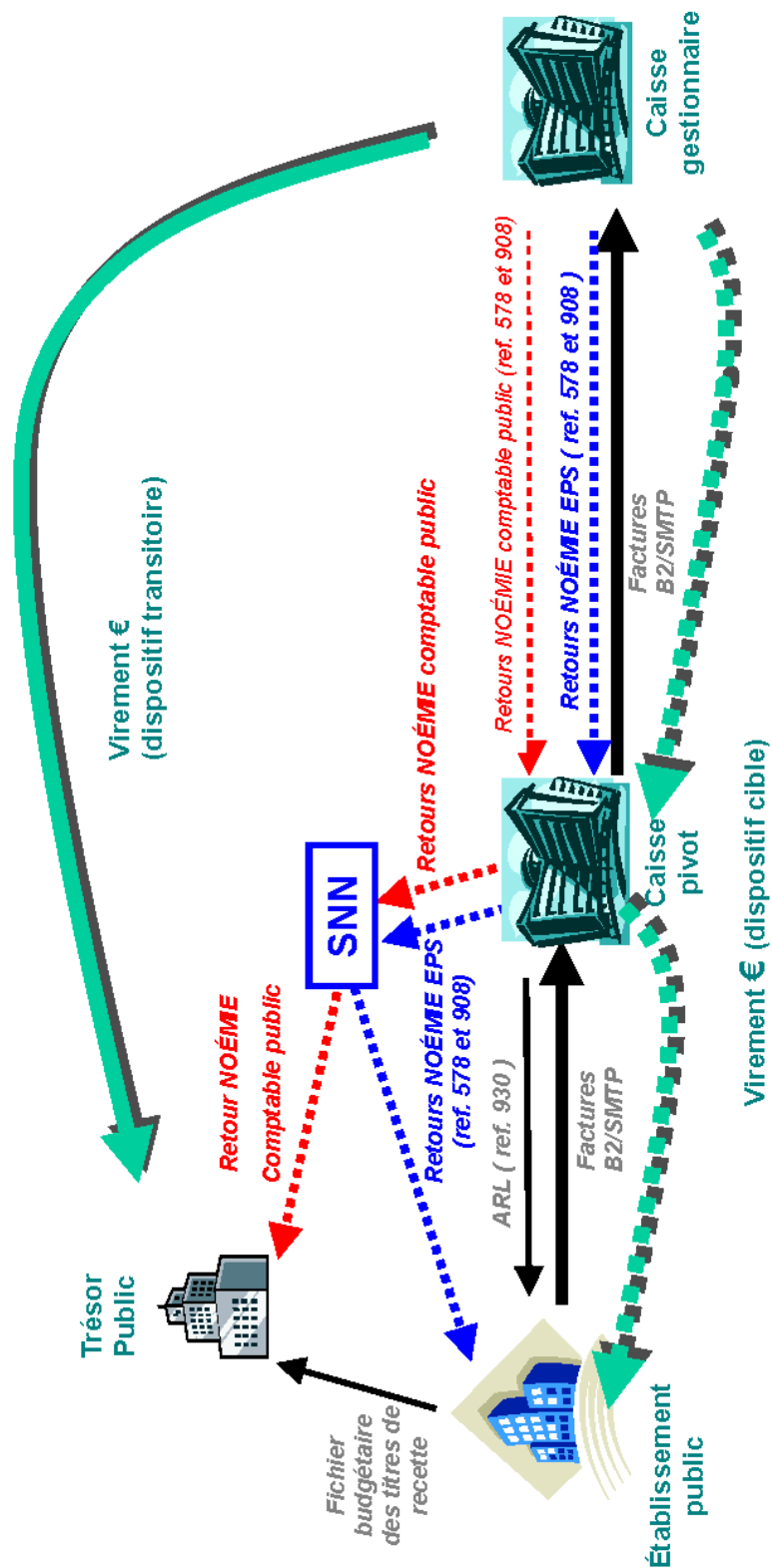
En l'absence de traitement des rejets dans les délais paramétrés, il peut en alerter l'ordonnateur.

2) Pour les établissements de typologie 1,3 et 4, lors de la phase de déploiement d'un nouvel établissement, il contrôle les bilans de passage édités par le Département Informatique Exploitant (du Trésor), et valide l'intégration du fichier de test reçu si les bilans et le contrôle visuel de certains titres par sondage sont concluants. En fonction du résultat de l'intégration et du périmètre fonctionnel des factures testées, il détermine si l'établissement peut démarrer en flux réels ou si les tests doivent être poursuivis. Il informe par courriel l'établissement, la caisse pivot et le DIE de sa décision avec copie du bilan des anomalies en cas de refus de démarrage. Cette phase de vérification doit être renouvelée tant que la qualité des flux de paiements reçus n'est pas jugée satisfaisante.

Il valide le déploiement du nouvel établissement dans son application de gestion par nature de flux (validation distincte des flux de paiement et des flux de rejet).

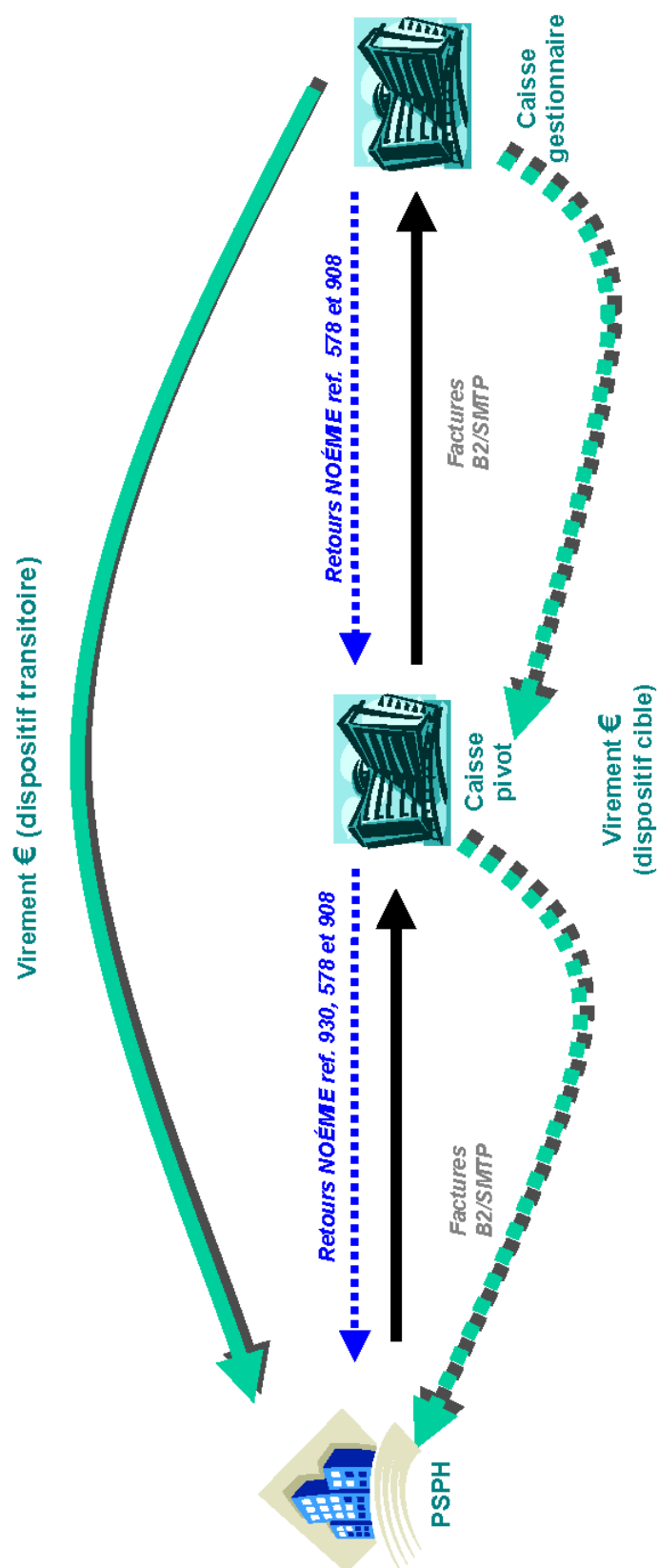
5. SCHÉMA GÉNÉRAL D'ÉCHANGE DE FLUX

5.1. Circuit d'échange de flux pour un établissement public de santé

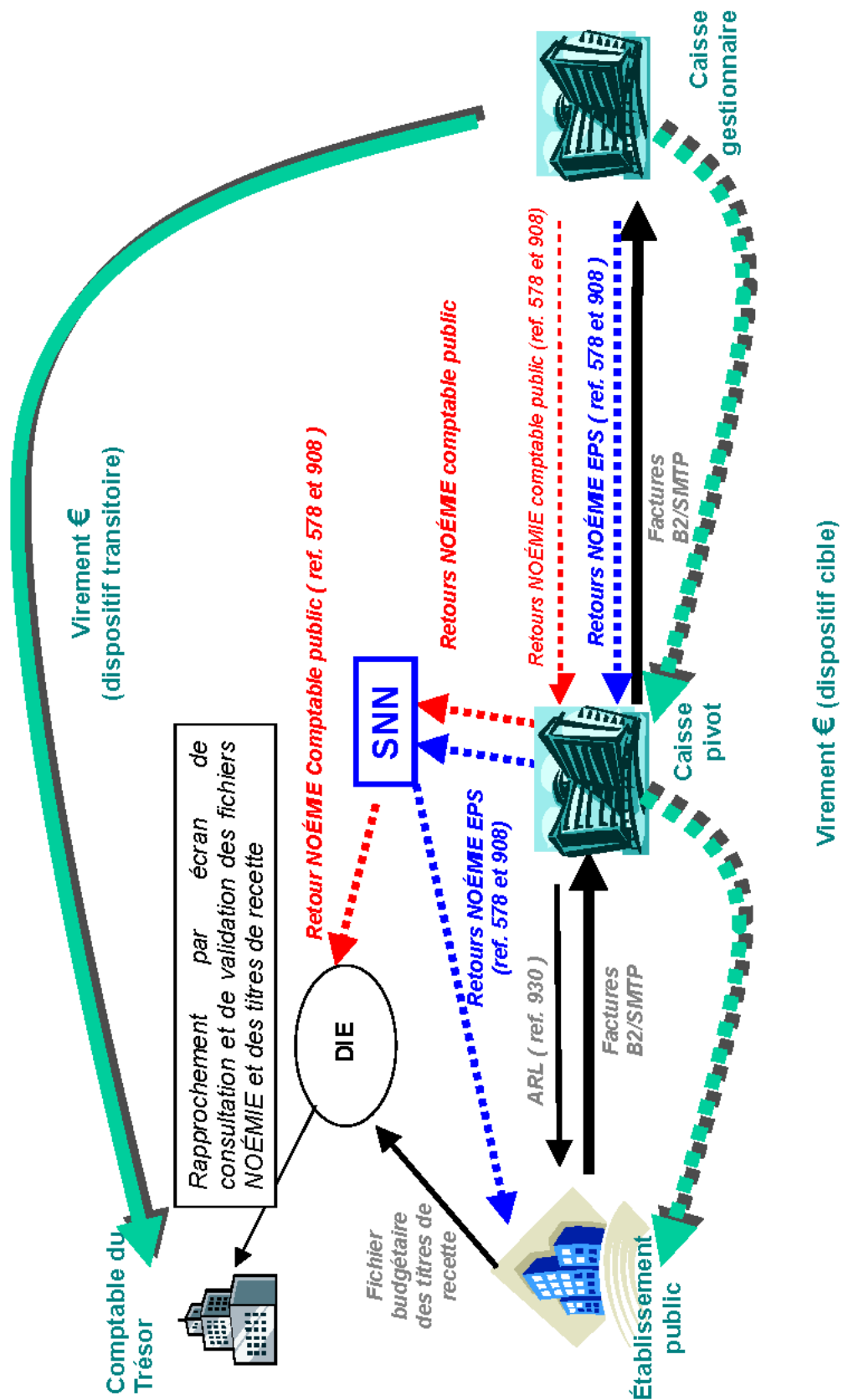


ANNEXE N° 3 (suite)

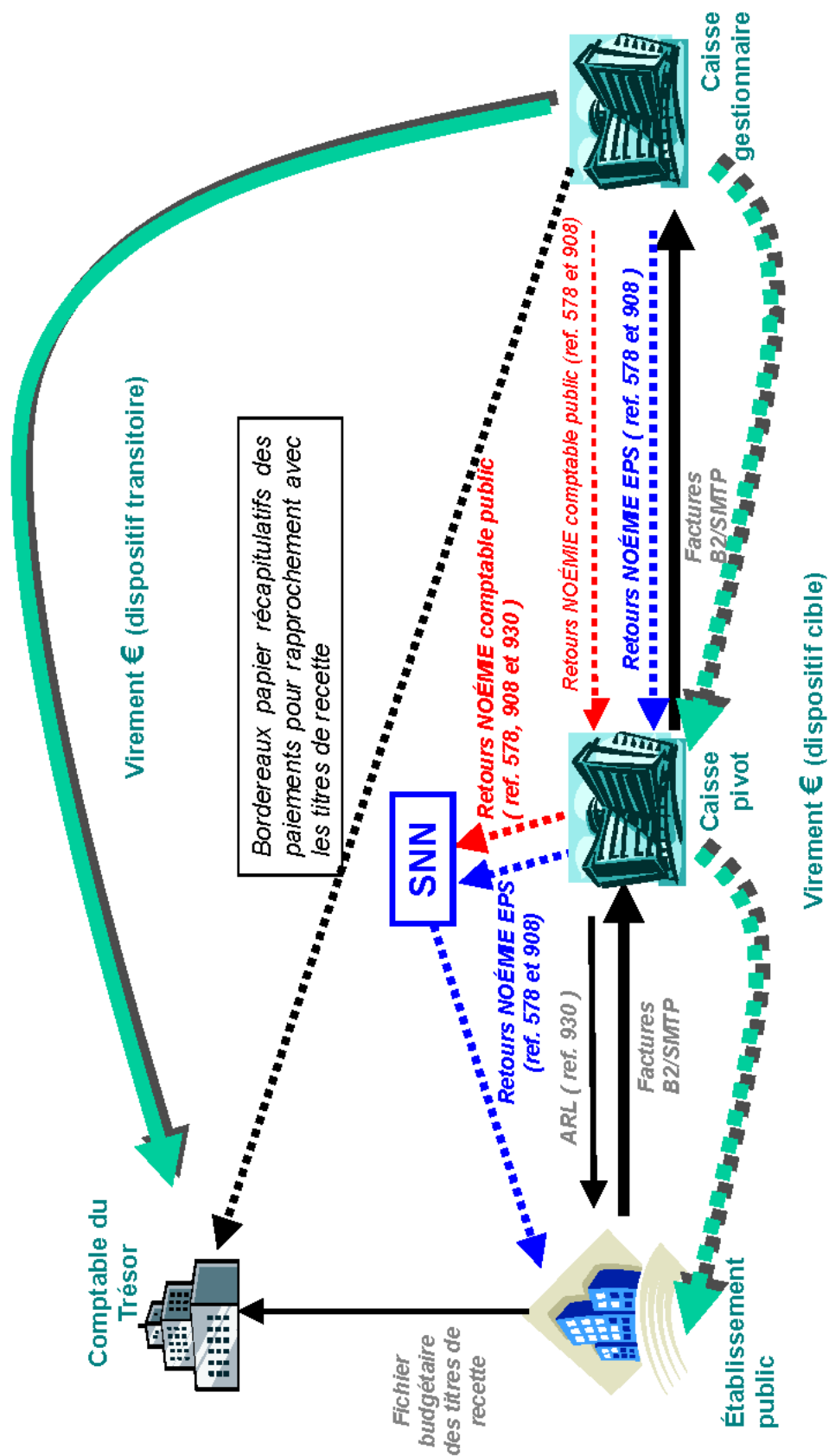
5.2. Circuit d'échange de flux pour un établissement de santé privé antérieurement sous dotation globale



5.3. Circuit d'échange de flux avec le réseau du Trésor pour les établissements de typologie 1, 3 et 4



5.4. Circuit d'échange de flux avec le réseau du Trésor pour les établissements de typologie 2



6. PHASES DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET

6.1- L'organisation du déploiement d'un nouvel établissement

La mise en œuvre de la télétransmission par les établissements de santé nécessite la réalisation préalable de trois phases de test et d'une phase de validation faisant appel à des acteurs différents.

L'organisation du démarrage s'appuie sur 3 phases de test :

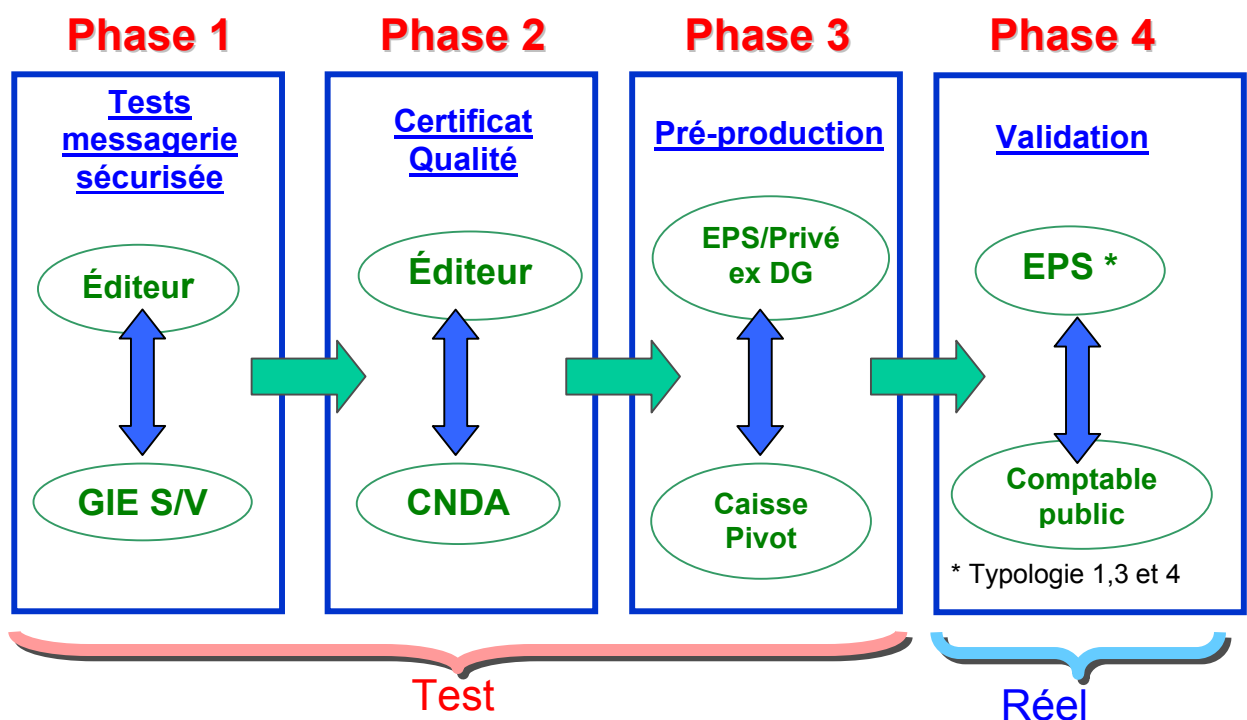
Phase 1 : Homologation des outils de messagerie

Phase 2 : Vérification du logiciel de facturation

Phase 3 : Vérification du processus en Pré Production

et sur une phase de démarrage en flux réels limités :

Phase 4 : Vérification comptable par le comptable public



La phase 1 : tests de messagerie sécurisée au GIE SESAM-VITALE.

Deux solutions de « messagerie sécurisée » sont possibles :

- Utilisation d'un outil homologué par le GIP CPS
- Développement d'une solution en interne

Tests au GIE S/V obligatoires

La plate-forme d'intégration du GIE S/V est disponible pour effectuer des tests (cf. spécifications diffusées sur le site www.ameli.fr)

ANNEXE N° 3 (suite)

La phase 2 : Certificat Qualité du CNDA

Pour tous les éditeurs :

- Présentation préalable du compte rendu de tests GIE S/V ou homologation GIP-CPS
- Signature d'un protocole qualité avec le CNDA
- Tests techniques (format de norme) et fonctionnels (Jeu d'essai Inter Régimes)
- Plate-forme de tests CNDA
- Délivrance d'un certificat qualité

La liste des éditeurs ayant obtenu le Certificat Qualité ou étant en cours d'obtention est disponible sur le site du CNDA : <http://www.cnda-vitale.org>

La phase 3 : Validation en Pré Production

Avant le démarrage de chaque établissement (EPS ou Ets santé privé ex dot. globale) :

- Présentation préalable du certificat qualité du CNDA
- Émission de flux de test en lien avec la Caisse Pivot
- Procédure de Pré Production

La Caisse Pivot valide le démarrage inter régimes de l'établissement

➔ *C'est la validation de pré-production qui boucle la phase de déploiement pour les établissements de santé privés antérieurement sous dotation globale.*

La phase 4 : Validation en Production par le comptable public (typologie 1, 3 et 4)

Phase de production en flux réels limités pour les EPS seulement :

- Emission d'un flux réel de production
- Traitement en production par un régime agréé
- Emission de retours RSP vers le SNN
- Traitement et routage par le SNN du flux RSP
- Validation comptable

➔ *C'est la validation comptable qui boucle la phase de déploiement pour les EPS.*

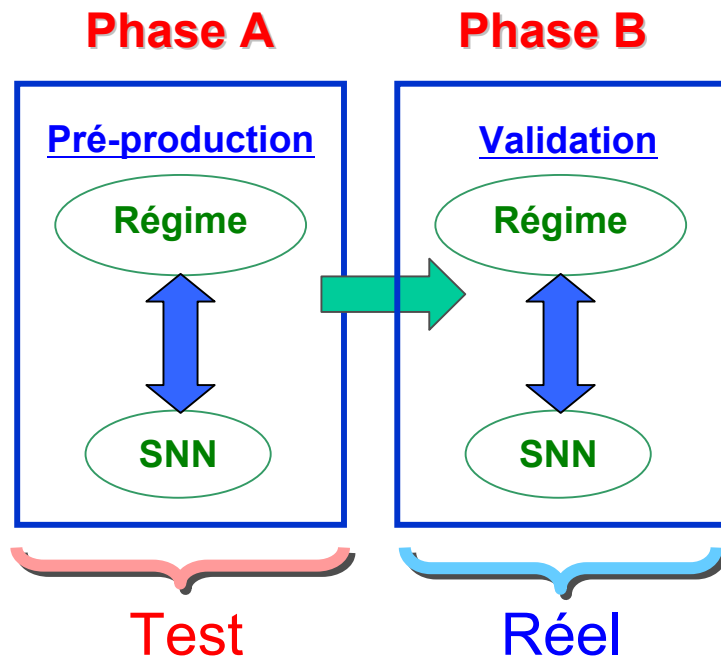
À l'issue de ces phases, l'échange régulier de flux de production fera l'objet d'un suivi attentif de chacun des acteurs.

6.2- L'organisation du déploiement d'un nouveau régime

La mise en œuvre de la télétransmission par les systèmes d'information des régimes gestionnaires nécessite la réalisation préalable de deux phases faisant intervenir différents acteurs :

Phase A : pré-production du SI (système d'information) gestionnaire avec le SNN

Phase B : Validation du SI gestionnaire par le comptable public (typologie 1, 3 et 4)



La phase A : Validation SNN en Pré-Production

Lorsqu'un régime est techniquement prêt à accueillir des flux hôpitaux :

- Le régime utilise des flux de test émis par un établissement pour valider sa chaîne de liquidation jusqu'à la constitution du retour d'information
- Il transmet le retour d'information à l'adresse de test du SNN
- Le SNN valide la structure des fichiers et le contenu dans la mesure de ce qu'il peut faire avec des flux de test.

Si les tests sont concluants, le régime peut passer à la phase suivante.

La phase B : Validation en Production par le comptable public

Phase de production en flux limités :

- Émission d'un flux réel de production par un établissement « agréé » (ayant passé la phase 4)
- Traitement en production par le régime
- Emission de retours RSP vers le SNN
- Traitement et routage par le SNN du flux RSP
- Validation du comptable public

➔ C'est la validation comptable qui officialise le démarrage du régime

La fiche « Démarrage d'un nouveau régime » (fiche 9) détaille l'organisation et les modalités de mise en œuvre de ce projet du point de vue SI régime gestionnaire.

7. L'ACCOMPAGNEMENT

L'accompagnement est prévu pour garantir le succès des chantiers du système d'information des établissements. Il repose sur l'articulation d'instances nationales et d'instances régionales, relais et moteur sur le terrain.

Le pilotage national et régional sera assuré par deux structures distinctes :

- Le comité de coordination
- Le comité de pilotage opérationnel

21 régions sont identifiées où les trois partenaires (Assurance Maladie, DHOS, DGCP) sont représentés via leurs coordonnateurs régionaux.

La répartition et les correspondants par région est présentée en annexe 2.

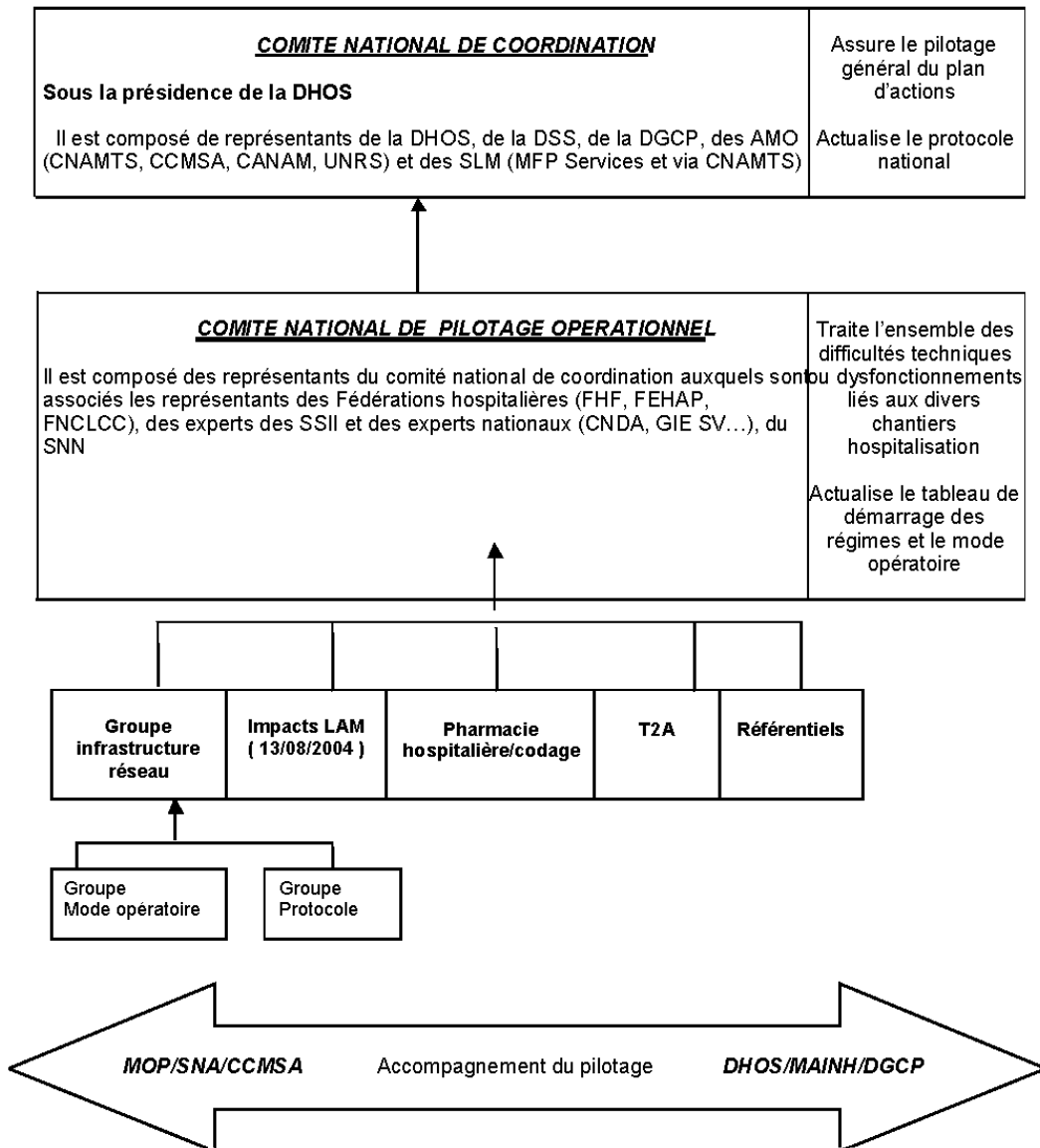
Des outils, gérant les informations accessibles aux coordonnateurs des trois partenaires, permettront :

- un suivi rigoureux au niveau de la coordination régionale ;
- une remontée régulière des principaux indicateurs pour le groupe de pilotage national (les tableaux de suivi seront joints en annexe 4 dès finalisation) ;
- une véritable réactivité sur l'ensemble des problèmes rencontrés pendant la montée en charge du dispositif.

Ces outils seront susceptibles d'évoluer au fur et à mesure de l'avancement de chaque chantier.

ANNEXE N° 3 (suite)

LE PILOTAGE NATIONAL



LE PILOTAGE RÉGIONAL

<p align="center"><u>COMITÉ RÉGIONAL DE COORDINATION</u></p> <p>Sous la co-présidence de l'Assurance Maladie (Régime Général) et de l'ARH</p> <p align="center">21 régions SNA/MAINH</p> <p><i>Sa composition :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ coordonnateur régional "Hospitalisation" du Régime Général, ▪ représentant de ou des ARH, ▪ représentants des autres régimes d'assurance maladie obligatoire, ▪ support régional SNA "métier" (en fonction du ou des chantiers en cours), ▪ coordonnateur régional de la Direction Générale de la Comptabilité publique, ▪ représentant régional de la MFP Services. 	<p><i>Il aura pour mission :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ de préparer le planning de déploiement dans les EPS, ▪ de mettre en place un accompagnement régional aux établissements de santé, ▪ de faire le suivi du déploiement régional en veillant au respect des délais ▪ de remonter au niveau national les indicateurs de déploiement et les difficultés rencontrées (via comptes-rendus et tableaux de bord).
↑	
<p align="center"><u>COMITÉ RÉGIONAL DE PILOTAGE OPÉRATIONNEL</u></p> <p>Sous la co-présidence de l'Assurance Maladie (Régime Général) et de l'ARH</p> <p align="center">20 régions SNA/MAINH</p> <p><i>Sa composition :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - les représentants du comité régional de coordination - les représentants des établissements (notamment au travers des fédérations) - tout expert nécessaire 	<p><i>Il aura pour mission</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - de suivre techniquement les différents chantiers hospitalisation et assurera le suivi technique de la montée en charge des opérations dans les établissements - de suivre les premiers mois de production réelle des établissements

8. DÉMARRAGE D'UN ÉTABLISSEMENT

8.1 Information et préparation des établissements

L'information et la préparation des établissements aux phases de tests interviennent au cours de réunions.

La première réunion est déclenchée par le comité régional de coordination.

Des réunions plus techniques peuvent s'avérer nécessaires. Elles se tiendront dans ce cas en liaison avec le comité régional opérationnel.

L'information :

- Introduction (organisation de la réunion)
 - Animation : Caisse Pivot de l'établissement
 - Participants :
 - Établissement : Direction des Systèmes d'Information, Direction Administrative et Financière, Bureau des entrées, Service de facturation
 - Comptable de l'établissement
 - Éventuellement Caisse Primaire de Rattachement
 - Représentant d'un autre Régime Gestionnaire (cas de l'établissement en pré production pour un régime non pivot)
- Présentation Générale du Projet
 - Rappel de l'existant
 - Le cadre du nouveau dispositif inter régimes
 - Le périmètre des prestations concernées
 - L'infrastructure technique d'échange
 - Les 4 phases de validation avant démarrage de l'établissement
 - Le planning de mise en œuvre

L'objectif de cette première partie est de mettre au même niveau d'information les différents interlocuteurs. Le support de présentation fourni permet de cadrer la présentation, elle pourra être modifiée par les Caisses.

- Présentation des organisations internes (Assurance Maladie / Hôpitaux) et désignation des Interlocuteurs
 - Organisation du projet
 - Organisation de l'accompagnement
 - Organisation du déploiement
 - Organisation interne de l'établissement
 - Organisation des relations entre l'établissement et le comptable direct du Trésor/SNN (inutile dans le cas des Ets santé privé ex dot. globale)
 - Application utilisée (HTR, Clara, HÉLIOS...)
 - Demande des fichiers retour NOÉMIE
 - Désignation des interlocuteurs privilégiés
 - Échange des fiches contact complétées (cf. annexe 3)

ANNEXE N° 3 (suite)

L'objectif de la présentation des différentes organisations est de permettre une meilleure compréhension des fonctionnements de chacun des acteurs du projet. Cette étape permet d'éclairer sur la façon dont est organisé le déploiement et comment sont remontés les éventuels problèmes. Au final, chaque acteur aura les coordonnées de ses interlocuteurs privilégiés.

La préparation :

- Point sur les contrôles de tarification de l'Assurance Maladie :
 - Rappel des règles de fonctionnement des mandataires
 - Contrôle entre les identifiants de l'établissement et ceux des référentiels de l'Assurance Maladie
 - Contrôle entre les DMT/MT et codes spécialités de l'établissement et ceux des référentiels de l'assurance maladie
 - Actualisation des fiches contact

L'objectif de ce point est d'expliquer à l'établissement quels sont les identifiants utilisés et de sensibiliser l'établissement sur les possibles rejets sur des différences entre l'Assurance Maladie et l'établissement. Ensuite, les différents intervenants pourront effectuer les contrôles sur les données de l'Assurance Maladie (ETANAT et DESNAT) et ceux de l'établissement.

- Consignes de mise en œuvre
 - Rappel des principaux cas de rejet des factures émises dans le cadre du protocole d'accord précédent
 - Rappel des engagements dans le nouveau protocole d'accord national
 - Consultation des droits des bénéficiaire par l'établissement : différents outils disponibles et système cible

Cette étape permet de rappeler les erreurs récurrentes relevées lors de la première phase du projet (dans le cadre de l'ancien protocole), d'expliquer les moyens mis en œuvre dans le nouveau protocole pour éviter de retrouver ces problèmes et de montrer les outils qui permettent d'appliquer les consignes sur le terrain.

- Organisation du démarrage
 - Planification prévisionnelle obtenue du comité régional
 - Commande d'un outil de messagerie sécurisé homologué GIP CPS
 - Date de passage de l'éditeur au CNDA
 - Date de livraison des modules nécessaires
 - Préparation du jeu d'essai spécifique Caisse Pivot/ Établissement
 - Émission des flux vers la Caisse Pivot (cf. annexe 4)
 - Plan de test à réaliser (cf. annexe 5)

Cette étape liste les différentes actions à mener pour la suite de la mise en œuvre du projet. Elle permettra de visualiser rapidement les éventuels problèmes que pose chaque action.

- Modalités de traitement des rejets (référence NOÉMIE 908 et/ou états papier), d'annulation ou de réémission d'un titre
 - Liste des libellés des principaux rejets
 - Cas d'annulation d'un titre
 - Cas de réémission d'un titre

ANNEXE N° 3 (suite)

8.2 Phase de test de pré-production d'un établissement (phase 3)

La phase de tests de pré-production vise à s'assurer de la fiabilité des factures transmises en norme B2 par l'établissement dans le cadre d'un nouveau périmètre technique (nouvelle version de norme B2) et/ou fonctionnel (nouvelles informations à transmettre : codage UCD, T2A...).

Elle est réalisée entre l'établissement et sa caisse pivot sur la base d'un jeu de test délivré lors des réunions préparatoires.

Les factures transmises sont soit des copies de factures réelles, soit des factures créées sur la base des consignes fournies par la caisse pivot (matricules réels ou fictifs figurant dans la base des assurés utilisée pour les tests).

Elles sont envoyées dans l'environnement de test de la caisse pivot selon les modalités fournies également lors de la réunion préparatoire (adresse de l'envoi, objet du message ...).

Il n'y a pas d'émission de retours. La caisse pivot fournit les résultats des tests à l'établissement et toutes les informations nécessaires pour l'obtention des résultats attendus.

À l'issue de cette phase, la caisse pivot élabore un PV de fin de tests pour l'établissement.

Si l'établissement est un établissement de santé privé antérieurement sous dotation globale, il peut réaliser des flux vers les organismes en mesure de les recevoir.

Si l'établissement est public (typologie 1, 3 et 4) il doit réaliser une phase de vérification avec les services de la DGCP.

La caisse pivot informe le comité régional de coordination de la fin des tests de pré-production et du périmètre des tests réalisés.

8.3 Validation de flux réels avec les services de la DGCP (phase 4)

Avant de généraliser les échanges entre les différents partenaires que sont l'établissement public de santé, l'ensemble des organismes d'Assurance Maladie Obligatoire et le comptable direct du Trésor (dont l'application est centralisée et correspond à la typologie d'établissement 1, 3 ou 4), une phase de test est organisée avec les services de la DGCP.

Cette phase porte sur la **qualité des flux de retour d'informations NOÉMIE** qui vont devoir être traités au sein du réseau de la DGCP.

Elle est réalisée avec des flux réels (à l'exception des flux de participation forfaitaire qui ne font pas l'objet d'un retour NOÉMIE) dans le cadre du périmètre testé en phase de pré-production.

La coordination est assurée par la caisse pivot.

1. Rôle de l'établissement

L'établissement envoie à la caisse pivot un flux pertinent de factures réelles dans le cadre du périmètre déjà testé en pré-production. La pertinence s'apprécie par la *variété de prestations* et par la *volumétrie du fichier*. Le fichier à tester doit contenir des factures concernant un seul régime, ce régime ayant de plus déjà été validé au niveau national. La caisse pivot se positionne en tant que caisse gestionnaire (flux réalisés avec des affiliés de la caisse).

ANNEXE N° 3 (suite)

Les retours NOÉMIE issus du traitement de ce flux sont envoyés via le frontal de la caisse pivot vers le Site National NOÉMIE selon les modalités d'adressage précisées en fiche 10.

L'établissement ne doit pas émettre d'autres flux tant que les vérifications du fichier en cours de test ne sont pas terminées.

La caisse pivot doit donc bloquer les flux qui lui seraient néanmoins émis. Elle doit également surveiller sur le frontal si des flux sont émis vers une autre caisse. Dans ce cas, elle doit intervenir auprès de la caisse concernée pour faire bloquer les flux.

L'établissement doit analyser les retours de l'assurance maladie et de la DGCP. Les retours en anomalie appellent des mesures de correction de sa part avant production d'une nouvelle facture reprenant le même circuit.

2. Rôle du Site National NOÉMIE (SNN)

Le SNN vérifie la structure et le formalisme des fichiers reçus.

L'assurance Maladie fournira un fichier excel des couples destinataire/mandataire. Ces informations seront ensuite actualisées et fournies par les comités régionaux de pilotage opérationnel.

Le SNN contrôle notamment *l'existence du destinataire* de règlement (n° FINESS dans l'entité 040 des références 578 et 908).

Pour la référence 578 de paiements, il vérifie également *l'existence du mandataire* (identification du comptable public dans l'entité 020) et sa *cohérence* avec le destinataire transmis.

Si le résultat des contrôles est satisfaisant, il transfère alors le fichier NOÉMIE à valider vers le Département Informatique Exploitant (DIE) du Trésor dont dépend le comptable direct du Trésor de l'établissement.

Dans le cas contraire, il informe la caisse pivot par courriel des anomalies bloquantes rencontrées pour analyse et résolution des problèmes avec l'établissement.

3. Rôle du Département Informatique exploitant du Trésor

Le Département Informatique Exploitant s'assure notamment de la validité des numéros de titres transmis au sein des entités 105 des références 578 de paiements et 908 de rejets avec le fichier de prise en charge budgétaire des titres de recette.

Il édite des *bilans de passage* (avec listage des anomalies bloquantes ou non éventuelles) à l'attention du comptable direct du Trésor, auprès duquel il met à disposition le fichier contrôlé.

4. Rôle du comptable direct du Trésor

✓ Pour les références 578 de paiements :

- Il réalise un *rapprochement manuel* par sondage des paiements reçus avec les titres pris en charge dans son application de gestion (notamment validité de l'identification du titre, de son montant, et de l'identité du débiteur ...).
- il vérifie en plus si le montant à valider globalement et les références de la caisse gestionnaire figurant tous les deux sur le fichier transmis correspondent respectivement au montant viré sur le compte de dépôt de l'établissement ouvert dans les écritures du comptable direct du Trésor, et aux références de la caisse gestionnaire transmises sur ce même compte de dépôt.

ANNEXE N° 3 (suite)

- si ces contrôles sont satisfaisants, il peut valider l'intégration du fichier dans son application de gestion.
- si à l'issue de cette intégration du fichier, il juge correct le pourcentage d'émargements réalisés, le comptable *valide alors cette phase* et en informe son DIE, le SNN, et la caisse pivot par courriel.
- s'il estime au contraire que les anomalies sont trop importantes ou que le périmètre fonctionnel testé est insuffisant, il adresse le résultat du bilan de passage à son DIE, le SNN et la caisse pivot et les informe par courriel que les tests doivent être poursuivis.

✓ Pour les références 908 de rejets :

- le fichier étant *intégré sans procédure de validation* par le comptable, les titres sont automatiquement suspendus.
- néanmoins, le comptable doit procéder à un *rapprochement manuel* par sondage des titres suspendus avec les titres pris en charge dans son application de gestion (notamment validité de l'identification du titre, de l'identité du débiteur ...)
- si le rapprochement est satisfaisant, il *valide la procédure phase 4 pour les fichiers de rejet* et en informe son DIE, le SNN et la caisse pivot par courriel.
- s'il estime au contraire que les anomalies sont trop importantes, il adresse le résultat du bilan de passage à son DIE, le SNN et la caisse pivot et l'informe par courriel que les tests doivent être poursuivis.

Si les anomalies dégradent la procédure de recouvrement, le comptable peut demander à son DIE de bloquer les fichiers de rejet NOÉMIE jusqu'à la résolution du problème.

5. Modalités organisationnelles

La validation d'un nouvel établissement s'effectue pour chaque référence NOÉMIE (flux de paiements référence 578 et flux de rejets référence 908).

Toutefois, la validation des deux références est indépendante et le démarrage en réel de chacune d'entre elles peut donc être décalé dans le temps.

Lorsque les résultats sont concluants *par référence*, la caisse pivot informe l'établissement et le comité régional de coordination de la fin de la période de validation.

Il est alors possible pour l'établissement de transmettre des flux vers les organismes en mesure de les recevoir *dans le cadre du périmètre testé*.

Cependant, *dans le cas d'une régression* post-validation de la qualité des flux reçus sur les références de paiement ou de rejets, *le comptable pourra demander à initier une nouvelle phase de validation*.

Enfin, par principe, **les retours d'information en norme NOÉMIE 578 se substituent aux bordereaux papier** récapitulatifs des paiements adressés aux comptables. Néanmoins, il est convenu que ces **bordereaux seront maintenus en l'attente** de la fin de la montée en charge des télétransmissions pour l'ensemble des périmètres fonctionnels. Leur suppression ne pourra intervenir qu'après un bilan avec chacun des comptables concernés.

ANNEXE N° 3 (suite)

En cas de dégradation importante de la qualité des fichiers NOÉMIE transmis, le comptable alertera la caisse pivot pour résolution de l'anomalie au plus vite et réémission de retours corrects.

Les éditions papier pourront alors être réactivées ponctuellement pour de nouveaux flux.

En cas de problème sur les références de rejet 908, les caisses gestionnaires fourniront l'état papier concernant les rejets.

9. DÉMARRAGE D'UN NOUVEAU RÉGIME

1. Contexte

La mise en place des télétransmissions respectivement en norme B2 entre les Etablissements Publics de Santé et l'Assurance Maladie, et en norme NOÉMIE entre l'Assurance maladie et le réseau des comptables directs du Trésor, nécessite des **adaptations majeures** des systèmes d'information (SI) des différents régimes gestionnaires.

Afin de garantir la qualité de gestion des flux B2 et NOÉMIE par les organismes gestionnaires de l'assurance maladie obligatoire (traitement des flux B2 et envoi des RSP NOÉMIE), le protocole national impose, pour chaque SI, la réalisation préalable de deux phases, une **phase de test** et une **phase de validation** faisant appel à des acteurs différents :

- Phase A : Pré-production sur des données de test liées au nouveau régime entrant avec un établissement déjà en lien avec le Site national NOÉMIE (SNN)
- Phase B : Validation par le comptable direct du Trésor des premiers flux **réels** NOÉMIE télétransmis pour l'établissement par le nouveau régime entrant

Ces deux phases ne peuvent se faire qu'avec un établissement public de typologie 1 ou 3 (EPS dont l'application du comptable est HTR ou HÉLIOS) car les contrôles de premier niveau relatifs aux retours d'information NOÉMIE sont effectués par le SNN.

Par nature, les établissements de santé privés antérieurement sous dotation globale ne relevant pas des comptables directs du Trésor, les tests menés avec eux ne peuvent pas être suffisants pour la validation d'un nouveau régime. Seuls les tests menés avec un EPS permettent en conséquence de valider un nouveau régime dans la procédure.

La gamme de tests présentée a déjà été effectuée pour le Régime Général qui est le seul aujourd'hui intégré dans les démarrages de flux B2/NOÉMIE mais dans l'architecture selon le précédent protocole (mode point à point). Ce démarrage a néanmoins permis de tester en réel les fonctions de traitement des flux entrants B2 et des flux sortants NOÉMIE de régime concerné avec les établissements et les comptables.

Pour les autres grands régimes, il est donc **obligatoire de passer par les 2 phases citées** avant de pouvoir recevoir des titres de recettes au format B2 par messagerie sécurisée et de renvoyer des RSPNOÉMIE à destination du SNN.

2. Organisation

L'intégration d'un nouveau SI gestionnaire fait intervenir différents acteurs :

- Caisse(s) pilote du SI concerné
- Établissement(s) choisi(s)
- Caisse pivot de chaque établissement
- Comptable de l'établissement
- SNN
- Département(s) Informatique(s) Exploitant(s) du Trésor
- Comptable(s) direct(s) du Trésor

ANNEXE N° 3 (suite)

Une coordination très stricte doit donc se faire entre ces différents acteurs. Elle est assurée par le comité régional de coordination et lors de réunions d'information et de préparation des établissements concernés (échanges notamment des fiches contacts en annexe 3).

3. Mise en œuvre

Phase A : Pré-production du SI gestionnaire

En premier lieu, l'établissement doit déjà être en mesure de télétransmettre des flux B2 pour au moins un grand régime.

Ensuite, les tests de la phase de pré-production doivent être effectués à partir de **flux B2 de test constitués par l'établissement** choisi et envoyés selon la même procédure que pour les flux de pré-production de l'établissement (cf. fiche 8.2 du démarrage d'un établissement).

Ces flux doivent évidemment contenir des données relatives au seul grand régime entrant.

La caisse gestionnaire qui reçoit les flux B2 en messagerie sécurisée par le biais de la caisse pivot, les traite, et **émet les RSP NOÉMIE de test (en messagerie SMTP non sécurisée)** à destination de la BAL spécifique du SNN (adressage à définir).

L'objectif consiste ici à vérifier le fonctionnement du central du régime quant à la production du RSP NOÉMIE. Il s'agit d'un accrochage technique et fonctionnel (uniquement sur la structure et le format de la norme).

Ces RSP NOÉMIE :

- sont marqués test dans le champ Type d'échange de l'entité 000
- contiennent un destinataire spécifique dans l'entité 000 (à définir).
- sont postés dans une BAL associée à ce destinataire spécifique (à définir).

Ces particularités nécessitent de mettre en œuvre une procédure spécifique sur le FRONTAL (Cf. annexe 6 - Procédure FRONTAL).

Ces tests doivent être menés en coordination étroite avec le SNN sur une ou plusieurs caisses « pilotes » du SI gestionnaire.

À réception, le **SNN effectue un test de structure** du fichier afin de déterminer si son format correspond bien à la norme. Ce contrôle peut être qualifié de surface puisque les données véhiculées sont des données de test et ne permettent donc pas au SNN de vérifier, par exemple, la cohérence des références des titres transmises.

Pendant cette phase « d'étalonnage » entre le régime et le SNN, aucun flux ne sera accepté par le régime pour toute autre caisse que les caisses pilotes. Un dispositif sera mis en place au niveau des FRONTAUX pour bloquer les flux (cf. annexe 6 - Procédure FRONTAL).

Les tests de pré-production de l'établissement (voir fiche 8.2 du démarrage d'un établissement) ne concernent que des factures d'assurés affiliés à la caisse pivot. Les régimes non pivots peuvent demander à se raccrocher d'un couple pivot-établissement pour réaliser leur test d'accrochage.

L'établissement devra créer des factures pour des assurés affiliés à la caisse « pilote » de ce régime. Les tests doivent contenir des retours d'information NOÉMIE de paiement (référence 578 dans sa version Trésor) mais également de rejet (référence 908).

Phase B : Validation du SI gestionnaire

La validation du bon fonctionnement du SI gestionnaire ne peut se faire que **sur des flux réels**.

ANNEXE N° 3 (suite)

Lorsque le SNN a validé les tests de la phase A, il faut que l'établissement envoie **quelques flux B2 réels** toujours pour des patients affiliés à la caisse « pilote » du SI gestionnaire.

Ces flux suivent ensuite le circuit de production normal (cf. schéma de flux). La Caisse « pilote » dans son rôle de caisse gestionnaire « pilote » doit alors traiter ces flux B2 sur sa chaîne de production et émettre ses RSP NOÉMIE à destination des deux adresses de production du SNN.

Pour que ces RSP NOÉMIE soient acceptés par le SNN, il faut que la Caisse « pilote » soit paramétrée en conséquence dans sa chaîne de production.

Ces premiers flux feront l'objet d'un **suivi particulier** par l'ensemble des acteurs en suivant le même dispositif que celui décrit en fiche 8.3 sur la validation des flux réels pour un nouvel établissement afin de s'assurer de contrôler le contenu du fichier.

Tant que la validation comptable des premiers flux n'a pas été effectuée par le comptable direct du Trésor, l'établissement ne doit pas envoyer d'autre flux à destination de cette caisse « pilote » ni à aucune autre caisse du même SI.

Une fois que la validation comptable a été effectuée par le comptable direct du Trésor, le régime concerné en informe l'ensemble des partenaires au plan national par l'intermédiaire du comité national de coordination.

Le tableau de démarrage des régimes doit être mis à jour.

Les établissements peuvent alors transmettre des fichiers B2 par messagerie sécurisée à l'ensemble des caisses concernées par le SI. Il faut paramétrer les frontaux Pivots de manière à ce qu'ils ne rejettent pas ces flux (mise à jour du fichier CAISSE_GESTIONNAIRE) de même que le SNN doit paramétrer l'acceptation de RSP en provenance de l'ensemble des caisses concernées par le SI.

4. Cas particulier du régime pivot

Dans le cas où le SI gestionnaire assure aussi les fonctions d'une caisse pivot (MSA, CNMSS et CANMSS) ces phases A et B peuvent être effectuées en même temps que les phases de pré-production et de vérification avec les services de la DGCP, du ou des premiers établissements qui déploient l'infrastructure et pour lesquels le régime est pivot.

Exemple :

La MSA d'Angers est pivot pour le Centre Hospitalier de Saumur :

- la phase de pré-production du CH de Saumur (constitution et envoi de flux B2 de test) sera effectuée en même temps que la phase A du SI MSA (traitement et envoi des flux RSP de test)
- la phase de vérification avec les services de la DGCP (constitution et envoi des premiers flux B2 réels) sera effectuée en même temps que la phase B du SI MSA (traitement et envoi des flux RSP avec virement bancaire)

Ce choix entraîne cependant certaines complexités pour la Caisse Pivot pour localiser, le cas échéant, l'origine des problèmes lors des passages de test des différentes phases.

ANNEXE N° 3 (suite)

5. Contraintes liées à la multiplicité des SI de certains régimes

Pour les régimes disposant de plusieurs systèmes d'information (exemple du régime social des indépendants CANAM qui dispose de 5 systèmes d'informations différents), il est possible de réaliser des tests avec la DGCP pour chacun de ses systèmes d'information à la seule condition d'avoir fourni à la DGCP dans le mode opératoire les spécifications précises lui permettant de discriminer chaque système d'information dans l'identification de l'émetteur (entité 000) (cf. annexe 9 identification des SI).

Dans le cas contraire seul le premier système d'information qui enverra des flux NOÉMIE pour ce régime est testé et validé. L'ensemble des flux entrants pour ce grand régime sont alors autorisés en réel pour tous les établissements qui sont déjà en fonctionnement sur le territoire national. Par la suite, en cas d'anomalies importantes détectées sur les fichiers du régime nouvel entrant, anomalies dues par exemple à l'arrivée d'un fichier issu d'un autre système d'information de ce même grand régime d'assurance maladie mais pour lequel le SNN ne disposerait pas des moyens de l'identifier, le SNN **bloquerait l'ensemble des flux de ce régime** (y compris ceux ayant déjà fait l'objet d'une validation antérieure) puisqu'en effet, il ne serait pas en mesure de distinguer les flux par système d'information.

Cependant, pour les régimes d'assurance maladie obligatoire qui fourniront les spécifications pour distinguer les flux issus de leurs différents systèmes d'information postérieurement à la validation du mode opératoire ou dont l'identification serait trop hétérogène par rapport aux autres SI des régimes d'AMO, la DGCP ne peut s'engager à adapter ses traitements pour pouvoir les tester séparément.

6- Modalités organisationnelles

La validation doit porter sur le fonctionnement des deux références NOÉMIE 578 et 908. Il convient donc de procéder à des jeux de tests soit concomitamment, soit de manière indépendante selon le choix des différents partenaires, mais toujours en étroite collaboration avec les services de la DGCP.

Remarque :

Les fichiers ETANAT et DESNAT peuvent être fournis par le Régime Général aux régimes qui le souhaitent.

Toute demande doit être adressée à l'adresse suivante :

CNAMTS

Centre d'Exploitation National

94 bis rue du Rempart

59 300 Valenciennes

10. LES RETOURS D'INFORMATION

Les flux B2 émis par les établissements donnent lieu à des retours d'information par le frontal de la caisse pivot de l'établissement et par la caisse gestionnaire de l'assuré.

1. Retours d'information du frontal de la caisse pivot de l'établissement (cf. spécifications techniques établissements de santé) :

- **Les messages de service :**

Le frontal contrôle le message reçu. Il émet un message de service en réponse à des erreurs détectées au niveau du chiffrement, des entêtes SMTP, de l'enveloppe des fichiers contenant les lots ou lors de la détection d'un virus dans les messages envoyés.

Les messages de service informent l'établissement de la non prise en compte du message.

Un fichier diagnostic détaillant le motif du rejet est systématiquement joint aux messages de service. Ce fichier peut permettre aux éditeurs de progiciel de santé d'analyser l'incident avec l'aide du support technique du G.I.E. SESAM-Vitale.

Les messages de service signalant un virus ne contiennent pas de fichier de diagnostic défini.

Les codes erreurs indiquent la nature de l'erreur :

- erreur de chiffrement : code erreur de la forme "4nnn"
- anomalie de structure SMTP : code erreur de la forme "1nnn"
- erreur de structure des enregistrements B2 : code erreur de la forme "2nnn"

- **Les ARL :**

Le frontal contrôle la structure de chaque lot de factures reçu et émet en réponse un ARL positif ou négatif :

L'ARL positif signifie que le lot a été correctement reçu par la caisse pivot et transmis à la caisse gestionnaire

Un ARL négatif signifie qu'une anomalie a été détectée sur le lot et qu'il n'a pas été transmis à la caisse gestionnaire. L'établissement doit alors rectifier le flux initial.

L'ARL est envoyé à l'émetteur du flux initial et au SNN si l'établissement est public (n° destinataire = SI75000000000001).

Les ARL sont des fichiers au format NOÉMIE correspondant à la référence 930.

000 – Début de fichier

040 – Destinataire

080 – Lot

01 02 290 – Ligne message

990 – Fin lot

990 – Fin destinataire

990 – Fin de fichier

Niveau	Séquence	Entité
01	01	040
02	01	080
99	00	290

ANNEXE N° 3 (suite)

L'entité 290 d'un ARL positif :

NOE-TYP : 290

NOE-NIV : 99

NOE-LIG : 00

LRS-COD : à blanc

LRS-LIB : NOMBRE DE FACTURES : nnnnn MONTANT TOTAL DU LOT : eeeeeee,cc

NOE-DLM : "@"

Entité 290 d'un ARL négatif :

NOE-TYP : 290

NOE-NIV : 99

NOE-LIG : 00

LRS-COD : numéro du rejet sur 10 caractères. le champ est complété à droite par des caractères blancs.

LRS-LIB : libellé du rejet sur 80 caractères cadré à gauche et complété à droite par des caractères blancs

NOE-DLM : "@"

Rejets existants :

- 1001 : structure du lot non conforme
- 1002 : xxx = n° facture dont la structure est non conforme
- 5001 : lot créé depuis plus de 90 jours
- 5002 : lot postdaté de plus de 2 jours

2. Retours d'information de la caisse gestionnaire de l'assuré

La caisse gestionnaire procède au traitement des factures et émet en réponse des RSP au format NOÉMIE :

- référence 908 en cas de rejet de la facture
- référence 578 en cas de paiement de la facture

Modalités d'adressage des références 578 et 908

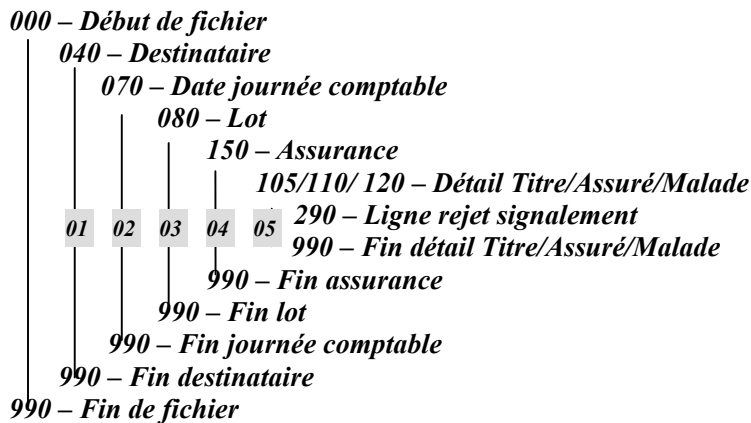
La caisse gestionnaire émet simultanément vers le SNN les flux « Paiements et Rejets » références 578 et 908 relatifs aux EPS sous **deux adressages différents** :

SI75000000000001 à destination des comptables du Trésor en charge des EPS,

SI75000000000003 à destination des EPS.

Pour les établissements de santé privés antérieurement sous dotation globale, elle émet les flux « Paiements et rejets » références 578 et 908 directement aux établissements.

ANNEXE N° 3 (suite)

Les rejets - référence 908 :

Niveau	Séquence	Entité
01	01	040
02	01	070
03	01	080
04	01	150
05	01	105
05	02	110
05	03	120
99	00	290

L'identification de la nature du rejet est réalisée par un code (10 caractères) et un libellé (80 caractères). Il peut y avoir plusieurs entités 290 par facture.

L'identification des rejets est propre à chaque régime. Une harmonisation des principaux cas de rejets sera réalisée en inter-régimes.

Les établissements doivent exploiter les rejets transmis via la référence NOÉMIE 908 et réémettre la facture corrigée en fonction de l'anomalie constatée.

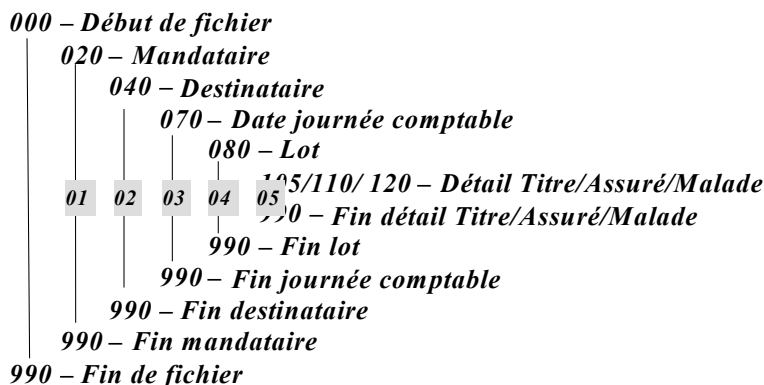
Particularités :

Pour le Régime Général : émission d'un libellé « traitement caisse » associé à un rejet.

Ce libellé signifie que la décision sur la facture est différée : la facture a été rejetée par le système mais fait l'objet d'un retraitement par la caisse. Ce traitement pourra déboucher sur un paiement ou sur un rejet. Dans le retour émis pour la réponse finale, le numéro de lot est à « 000 ».

Pour la MSA :

En cas de ressaisie manuelle d'une facture, le retour d'information suite au retraitement de la facture sera réalisé via bordereau papier (pas d'envoi de NOÉMIE 578).

Les paiements - référence 578 :

Niveau	Séquence	Entité
01	01	020
02	01	040
03	01	070
04	01	080
05	01	105
05	02	110
05	03	120

ANNEXE N° 3 (suite)

Remarques :

La référence 578 véhiculant explicitement les références du titre, notion incontournable en vue d'une imputation automatique, ne doit pas contenir d'informations relatives à l'activité libérale puisque cette dernière fait référence à la notion d'acte ;

La référence 576 de NOÉMIE sera utilisée pour véhiculer les informations liées à l'activité libérale des praticiens hospitaliers.

La référence 578 ne doit pas également contenir d'informations relatives aux Indemnités Journalières Subrogées (IJS).

Il importe d'accorder une attention particulière à la nature de la référence 578 mise à disposition du SNN. En effet, il existe deux références 578, l'une « Trésor », l'autre « ordonnateur ». **La première**, véhicule les informations relatives aux paiements effectués auprès du comptable et intéressant le Trésor public, **doit être adressée** sur le numéro de concentrateur **SI75000000000001**. En revanche la référence 578 **version « ordonnateur »**⁴ intègre des informations de paiement qui ne sont pas retracées sur le relevé Banque de France du comptable du Trésor lors du virement effectué par l'assurance maladie, **elle doit donc être adressée** sur le n° de concentrateur **SI75000000000003** afin de ne pas être traitée dans l'applicatif du comptable du Trésor. Seul le respect des ces différents adressages permet de l'empêcher.

Par principe, **les retours d'information en norme NOÉMIE 578 se substituent aux bordereaux papier récapitulatifs des paiements adressés aux comptables**. Néanmoins, il est convenu que ces **bordereaux seront maintenus en l'attente de la fin de la montée en charge des télétransmissions pour l'ensemble des périmètres fonctionnels**. Leur suppression ne pourra intervenir qu'après un bilan avec chacun des comptables concernés.

En cas de dégradation importante de la qualité des fichiers NOÉMIE transmis, le comptable alertera la caisse pivot pour résolution de l'anomalie au plus vite et réémission de retours corrects.

Les éditions papier pourront être réactivées ponctuellement pour de nouveaux flux.

En cas de problème sur les références de rejet 908, les caisses gestionnaires fourniront l'état papier concernant les rejets.

⁴ La référence 578 « ordonnateur » comprend en plus les informations de paiement relatives aux actes réalisés dans l'établissement public pour un malade hospitalisé dans un établissement privé.

Dans ce cas, la référence 578 comprend l'entité 020 renseignée avec le numéro de mandataire de l'établissement privé et l'entité 040 renseignée avec le numéro FINESS géographique le l'établissement public.

ANNEXE N° 3 (suite)

3. Format et principes liés aux fichiers ARL et RSP en pièces jointes des messages SMTP**Format de la pièce jointe du message :**

Chaque message SMTP contient un seul fichier contenant une seule référence NOÉMIE (cf. spécifications techniques établissements de santé chapitre 6.2.1 et 6.2.2). Le fichier est conforme à la norme NOÉMIE-PS (format « nominal » c'est-à-dire sans aucun caractère de contrôle supplémentaire tel que décrit pour l'utilisation du protocole XMODEM-CNAMTS). Il s'agit donc d'une suite continue de caractères, chaque entité étant délimitée par un séparateur tel que décrit dans la norme (champ NOE-DLM caractère '@'). Conformément à la norme, chaque entité a une longueur fixe mais toutes les entités n'ont pas la même longueur.

Format de compression des fichiers :

Les deux adresses SNN (75000000000001, 75000000000003) seront paramétrées pour que les retours (ARL et RSP) soient compressés.

Tous les fichiers pour ces types de messages **sont donc compressés** que l'établissement émetteur du flux B2 initial compresse lui-même ou pas les flux.

4. Principes inter - régimes d'émission des RSP / Virement bancaire (cf. annexe 7)

À destination du compte (référence 578 version Trésor) : un fichier par couple caisse gestionnaire / établissement juridique et par journée comptable (rappel un n° de mandataire est attribué par couple trésorier/établissement juridique) :

- une seule entité 020 (mandataire) par fichier
- n entités 040 (destinataire) par fichier si le comptable gère plusieurs EPS géographique
- l'entité 070 (journée comptable) est toujours la même.

À destination de l'établissement (référence 578 version ordonnateur) : un fichier par couple caisse gestionnaire / établissement géographique et par journée comptable :

- une seule entité 020 (mandataire) par fichier
- une seule entité 040 (destinataire) par fichier : l'EPS géographique destinataire du fichier
- l'entité 070 (journée comptable) est toujours la même.

Virement bancaire (cf. annexe 7)

Un ordre de virement unique par journée comptable pour un destinataire de paiement (établissement).

Règle de concordance entre le RSP et le virement bancaire

Un RSP unique pour un ordre de virement (le montant du RSP doit correspondre au montant de l'ordre de virement), y compris en cas d'AME.

11. FOURNITURE DES RSP AUX ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ

Le Site National NOÉMIE (SNN), qui dépend du réseau de la DGCP, joue un rôle de concentrateur des flux retours d'information NOÉMIE émis par l'ensemble des caisses à destination des établissements publics de santé.

Pratiquement, les fichiers sont déposés par le frontal des caisses pivot sur une boîte aux lettres dédiée au SNN, à charge pour lui de les redistribuer à l'établissement concerné si celui-ci lui en a fait la demande.

Deux types de fichiers retours NOÉMIE transitent par ce dispositif :

- la **référence 578 des paiements** dans sa *version « ordonnateur »*
- la **référence 908 des rejets**.

La **référence 930 des accusés de réception logique** des établissements est retournée directement par le frontal de la caisse pivot à l'établissement dès réception du flux B2. Elle ne transite pas par le SNN qui ne la redistribue donc pas aux établissements.

Le mode de transfert retenu pour l'envoi des fichiers entre le SNN et l'établissement est la messagerie (protocole SMTP non chiffré, les fichiers sont compressés au format gzip).

L'adresse de messagerie vers laquelle sont transférés les retours NOÉMIE figure sur la « fiche contact 2 EPS » renseignée par l'établissement. Cette fiche est disponible en annexe 3.

Les fichiers RSP sont conservés pendant une durée de 14 jours au SNN pour les établissements qui ont fait une demande de récupération auprès du SNN. Passé ce délai, il ne sera plus possible de renvoyer ces flux.

Les établissements publics de santé qui souhaitent disposer de leurs fichiers retours NOÉMIE devront le signaler lors des réunions de préparation et en faire la demande auprès du SNN à l'adresse de messagerie suivante :

dii076.htr@cp.finances.gouv.fr

12. ACTIVITÉ LIBÉRALE DES PRATICIENS TEMPS PLEIN HOSPITALIER

Un praticien temps plein hospitalier est un praticien salarié de l'établissement qui peut exercer en parallèle une activité libérale au sein de ce même établissement. Dans le cadre de cette activité le praticien dispose d'un numéro de facturation Assurance Maladie (et d'un numéro ADELI) et de feuilles de soins médecin identifiées à son nom.

Dans le cadre de son activité libérale, le praticien a le choix de percevoir ses honoraires :

- Soit directement, sur un compte personnel
- Soit par le biais de l'administration de l'hôpital

Si le praticien choisit de percevoir ses honoraires directement sur son compte bancaire, il facture ses actes sous son numéro de facturation AM comme un médecin libéral « de ville », sur ses feuilles de soins.

S'il choisit de percevoir ses honoraires par le biais d'un mandataire, la facturation de ses actes se fait différemment selon le mode de facturation utilisé :

- En télétransmissions (*), c'est l'établissement qui facture : utilisation de la norme B2 CP. Dans ce cas, le type 4 doit être renseigné avec une DMT 000, un MT 07 et avec le numéro du praticien en zone exécutant.
- Hors télétransmission, c'est le praticien qui facture sur ses propres feuilles de soins papier mais avec apposition du tampon de l'établissement dans la partie réservée à cet effet. Les caisses opèrent un traitement spécifique pour ce type de facturation.

Les référentiels FNPS, ETANAT et DESNAT doivent être renseignés en conséquence (cf. annexe 9).

(*) L'activité libérale de ces médecins peut être transmise dans le même fichier que les TM CMUC ou dans un fichier différent selon l'organisation de l'établissement. Il est toutefois souhaitable de constituer des lots différents pour les titres de recette et pour l'activité libérale des médecins temps plein hospitaliers.

Les télétransmissions sont possibles avec le Régime Général. En l'attente des adaptations des SI, la facturation doit être réalisée sur support papier pour les autres régimes.

ANNEXE N° 4 : Circulaire DHOS-F4/DGCP-6B n° 2002/161 du 21 mars 2002

relative à la mise en
place de l'identifiant nécessaire au fonctionnement des normes B2 et NOÉMIE.

REPUBLIQUE FRANCAISE

MINISTÈRE DE L'EMPLOI
ET DE LA SOLIDARITÉ

*Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins
Bureau F4*

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE
DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE

*Direction générale
de la Comptabilité publique
Bureau 6B*

Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie

La ministre de l'emploi et de la solidarité

Le ministre délégué à la santé

à

Mesdames et messieurs les directeurs d'agence régionale de l'hospitalisation

(Pour diffusion et information)

Mesdames et messieurs les directeurs d'établissements publics de santé

(Pour attribution)

**CIRCULAIRE DHOS-F4 /DGCP-6B n° 2002/161 du 21 mars 2002 relative à la mise en place de
l'identifiant nécessaire au fonctionnement des normes B2 et NOÉMIE.**

Date d'application : immédiate

Résumé : Dématérialisation des échanges en tiers payant entre l'assurance maladie et les trésoreries hospitalières (normes B2 – Noémie)

Mots clés : dématérialisation – normes B2 et NOÉMIE – facturation - titres de recettes - identifiant.

Texte de référence : Instruction codificatrice n° 00-030-M21 du 23 mars 2000

ANNEXE N° 4 (suite)

L'absence de tout processus dématérialisé permettant aux trésoreries hospitalières d'identifier les règlements en provenance de l'assurance maladie en vue de leur imputation sur les titres de recettes contrarie une saine gestion des hôpitaux en raison de l'importance des sommes imputées sur des comptes d'attente.

L'identification de ces règlements s'effectue manuellement par rapprochement entre les pièces papier (bordereau de règlement de la CPAM et avis de crédit de l'organisme financier) ce qui entraîne une mobilisation importante des postes comptables hospitaliers qui s'est accrue depuis l'entrée en vigueur au 1/1/2000 de la loi portant création de la CMU.

La norme B2 permet la dématérialisation de la facture et la saisie en un lieu unique de tous les éléments nécessaires au remboursement par l'assurance maladie et à son imputation sur les titres. Cette procédure permet des gains de productivité importants pour les acteurs de la chaîne et une amélioration sensible de la trésorerie des établissements en accélérant les règlements financiers.

La direction générale de la Comptabilité publique et la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins ont engagé avec le concours de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, une expérimentation destinée à tester les échanges dématérialisés selon les normes B2 (facturation, norme aller, établissement de santé vers CPAM) et NOÉMIE (règlements, norme retour, CPAM vers trésorerie hospitalière). Celle-ci a été conduite depuis plusieurs mois dans cinq sites. Les deux directions ont retiré de cette expérimentation les informations nécessaires à la préparation de la généralisation. Les établissements expérimentateurs ont, quant à eux, atteint des stades de mise en oeuvre des normes B2 et Noémie différents selon leurs contraintes internes, mais, d'ores et déjà, l'expérience est une réalité opérationnelle sur les deux sites.

Il est prévu qu'un protocole national fixe les conditions de la généralisation de cette dématérialisation dans le courant de l'année 2002 et que le contexte technique général fasse également l'objet d'une définition.

Elle suppose toutefois l'adaptation de certains des logiciels hospitaliers et sera favorisée par la normalisation des numéros de titre de recettes hospitaliers sur un standard à 15 caractères. Ce dernier constitue l'identifiant nécessaire au fonctionnement des normes d'échange B2 et Noémie.

ANNEXE N° 4 (suite et fin)

A cet effet, et pour que vous puissiez dans la mesure du possible adapter dès à présent vos logiciels, je vous indique que la structure de cet enregistrement (sous forme numérique) se décompose comme suit :

- dans la partie numéro de facture (positions 30 à 38) :
- l'exercice du titre (2 caractères)
- le numéro du titre (7 caractères)
- dans la partie complément au numéro du titre de recette (positions 42 à 47) :
- le code établissement HTR (3 caractères)
- le code produit (1 caractère)
- « 00 ».

Cette mesure doit être mise en œuvre sans délai.

Pour le ministre de l'économie, des finances
et de l'industrie de l'emploi et de la solidarité

Par délégation

Jean Bassères

Pour la ministre et pour le ministre
délégué à la santé

Par délégation

Edouard Couty

