

**Circulaire DH05/E3 n° 2005-578 du 27 décembre 2005 relative à la généralisation de la télétransmission vers les caisses d'assurance maladie et l'adaptation des systèmes d'information des établissements de santé mentionnés aux a, b, c de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale aux dispositions portées par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie**

27/12/2005

*Date d'application* : immédiate.

*Référence* : circulaire interministérielle DHOS/F4/DSS/4A/DGCP/6B n° 2003-209 du 28 avril 2003

*Le ministre de la santé et des solidarités à Mesdames et messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour exécution) ; Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissements publics et privés antérieurement sous dotation globale (pour exécution).*

Les flux d'information entre les établissements de santé anciennement sous dotation globale et l'assurance maladie obligatoire sont actuellement relativement limités. Ils consistent en :

- la fourniture d'« informations de séjour » (en général sous forme de bande magnétique) destinées à permettre à l'assurance maladie d'effectuer une répartition a posteriori entre les caisses d'affiliation des flux financiers versée par la caisse-pivot ;
- la facturation des médicaments dispensés dans le cadre de la rétrocession et celle des soins délivrés aux bénéficiaires de la couverture médicale universelle (part complémentaire dite CMUC), aux bénéficiaires de l'aide médicale état (AME) ou aux assurés migrants.

Ces derniers flux ont fait l'objet d'une démarche nationale de dématérialisation sur la base de normes d'échange dites « B 2-Noémie » prévues initialement pour les flux de facturation des cliniques et étendues dans un second temps aux échanges avec les EPS.

Cette démarche s'est traduite en 2003 par un protocole d'accord entre la caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS), la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), la direction de la sécurité sociale (DSS) et la direction générale de la comptabilité publique (DGCP) et une circulaire interministérielle DHOS/F4/DSS/4A/DGCP/6B n° 2003-209 du 28 avril 2003. Ses instructions ont abouti à un résultat encore insuffisant puisque moins de 50 % des établissements publics de santé MCO sont aujourd'hui en mesure de produire des flux de facturation dématérialisés à destination de la caisse primaire d'assurance maladie (dite caisse-pivot) de leur lieu d'implantation. Quant aux établissements de santé privés participant au service public hospitalier, ils ne sont pas encore engagés dans ce processus de dématérialisation des échanges, à de rares exceptions près.

Or l'application dans les établissements de santé de la loi du 13 août 2004 sur l'assurance maladie (notamment de la participation forfaitaire d'un euro) et la perspective de la facturation directe des soins hospitaliers à l'assurance maladie dans le cadre de la tarification à l'activité ont pour préalable la généralisation de la télétransmission et la migration vers une nouvelle infrastructure technique d'échanges par messagerie sécurisée.

Ce nouveau contexte a amené les partenaires signataires (DHOS, DSS, DGCP, CNAMTS) à faire évoluer le protocole national de télétransmission dont une nouvelle version sera diffusée prochainement.

Dans l'attente, l'objet de la présente circulaire est de préciser les principes et modalités de mise en oeuvre de ce plan de généralisation de la télétransmission qui concerne les établissements de santé mentionnés aux a, b, c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.

## **1. Les objectifs poursuivis**

1.1. *Généraliser la télétransmission entre les établissements de santé et les caisses d'assurance maladie par messagerie sécurisée*

Cet objectif passe par la mise en oeuvre d'une infrastructure apte à supporter, en termes de volume et de sécurité, 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 maintenant, la démarche de dématérialisation est limitée aux seuls échanges des établissements avec le régime général. Par ailleurs, la technologie utilisée (transmission de fichiers par CFT ou X-modem) ne répond pas aux critères de confidentialité requis par l'utilisation de nouvelles nomenclatures tarifaires médicalement « significantes » (CCAM, GHS, code UCD...).

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

Pour ce faire, les établissements doivent intégrer dans leur système d'information un composant de messagerie (type SMTP) proposant des fonctionnalités utiles au routage des envois (gestion des lotissements, des accusés de réception...) et comprenant également un logiciel de chiffrement des informations permettant de garantir le niveau de sécurité souhaité.

Ce même composant permettra d'assurer, dans une seconde phase, la dématérialisation des flux de facturation à destination des organismes complémentaires.

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

Les établissements de santé sont tenus d'engager au plus vite la mise en oeuvre de la participation forfaitaire d'un euro et du parcours de soins coordonné. Par ailleurs, la facturation des médicaments rétrocedés doit, dans le courant de 2006, être enrichie de nouvelles informations.

Les spécifications nécessaires à l'adaptation des systèmes d'information (formats des informations à envoyer à l'assurance maladie et les règles d'utilisation correspondantes) sont disponibles sur le site [ameli.fr](http://ameli.fr) en rubrique documentation technique sous forme d'un nouveau cahier des charges de la norme d'échange B 2 (dernière parution en date 25 novembre 2005).

a) 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<sup>er</sup> 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 par professionnel de santé consulté 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 établissements de santé pour chaque assuré au moyen d'une communication des informations historiques depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005, puis, sous la forme d'un flux régulier d'information B 2 « pour ordre ».

Une circulaire précisera prochainement les conditions d'application de cette disposition.

b) Mise en place progressive du parcours de soins

coordonné dans les établissements de santé

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. Cette majoration est 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<sup>er</sup> janvier 2006, en cas de recours « hors coordination », dans la limite d'un plafond (fixé à 20 % du montant d'une CS, soit en fait 2,5 euros). Cette majoration du ticket modérateur est applicable sur les consultations et soins externes ainsi que sur les frais de séjour.

Une circulaire précisera les conditions d'application de ces dispositions.

c) Anticiper le codage des médicaments rétrocedés

Un arrêté en instance de publication établit de nouvelles modalités, applicables à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2006, pour la facturation des médicaments inscrits sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique (rétrocession hospitalière), rendant notamment obligatoire la transmission d'un code identifiant de la spécialité pharmaceutique (code UCD) et les éléments de calcul de la marge de rétrocession.

## **2. Le dispositif de déploiement de la télétransmission et de mise à niveau des systèmes d'information**

L'importance de ces chantiers et les délais contraints imposent la mise en oeuvre d'un dispositif national de déploiement reposant sur les principes suivants.

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

Ce plan de généralisation concerne :

1. Pour les établissements déjà en télétransmission avec le régime général, la migration de leurs échanges vers la nouvelle infrastructure de messagerie sécurisée ;

2. Pour les établissements du champs 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 rétrocedés, bénéficiaires migrants) ;

3. 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 rétrocedés.

*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 obligatoire de tests, dont l'objectif est de prévenir en amont les problèmes techniques de transmission et d'assurer une qualité optimale des flux transmis.

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 logiciels qui souhaitent mettre en oeuvre 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 logiciels (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 oeuvre 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 NOEMIE 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 NOEMIE transmis.

A l'issue du processus, chaque établissement sera autorisé à généraliser l'ensemble de ses échanges avec les caisses de sa circonscription.

### 2.3. *S'assurer d'une bonne coordination nationale et régionale dans le cadre d'une planification commune et d'un suivi régulier des actions*

Le dispositif de pilotage de la démarche de 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 ex DG et à l'assurance maladie, notamment dans la perspective de la facturation individuelle et directe prévue dans le cadre de la T2A.

#### a) Le dispositif de pilotage national

Un comité national de coordination assure le pilotage général du plan d'actions.

Il est composé de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), de la direction de la sécurité sociale (DSS), de la direction générale de la comptabilité publique (DGCP) et des principaux organismes d'assurance maladie (CNAMTS, CCMISA, CANAM, UNRS, MFP)

Il veille à :

- la disponibilité des spécifications 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 ;
- garantir un bon traitement des difficultés remontant du niveau régional.

Un comité national de pilotage opérationnel est chargé de traiter l'ensemble des difficultés techniques ou dysfonctionnements liés aux télétransmissions organisées avec les établissements de santé.

Il est composé des représentants du comité national de coordination, auxquels sont associés les représentants des fédérations hospitalières (FHF, FEHAP, FNCLCC).

La mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH) et le groupement de modernisation du système d'information hospitalier (GMSIH) participent à ces travaux dans le cadre de leurs missions respectives.

#### b) Le dispositif de pilotage régional

Le plan d'action national est décliné au niveau régional dans le cadre d'un dispositif coordonné de pilotage, en reprenant et adaptant la démarche récemment expérimentée pour le passage à la T2A dans les cliniques.

Les agences régionales de l'hospitalisation sont invitées à constituer, en liaison étroite avec le représentant régional coordonnateur du régime général, un comité régional de coordination.

Ce comité régional doit être composé de représentants :

- des organismes d'assurance maladie pivots (CNAMTS, CNMSA, CANAM...) ;
- du réseau la direction générale de la comptabilité publique (DGCP), en général le trésorier-payeur général du département du chef-lieu de la région ;
- de l'ARH concernée.

Le comité régional de coordination a 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.

Il associera étroitement à ses travaux, au sein d'un comité régional de pilotage opérationnel dont l'ARH assurera l'animation, les représentants des établissements de santé, notamment par le biais de leurs différentes fédérations, 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 <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dh05e3-n-2005-578-du-27-decembre-2005-relative-a-la-generalisation-de-l-a-teletransmission-vers-les-caisses-dassurance-maladie-et-ladaptatio/>

l'assurance maladie et sur le réseau de chargés de mission « systèmes d'information » progressivement déployés dans les ARH par la mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH).

Ce dispositif de coordination et de soutien pourra bien évidemment être adapté en fonction des contextes locaux, et fonctionner, si nécessaire, dans un cadre interrégional.

c) Le rôle de la mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH)

Les compétences de la MAINH ont été élargies par un arrêté du 1<sup>er</sup> juillet 2005 pour qu'elle puisse apporter aux agences régionales d'hospitalisation une assistance méthodologique et technique et la coordination d'actions de soutien auprès des établissements.

Dans ce rôle d'appui, la MAINH a prévu la diffusion prochaine d'informations pratiques explicitant cette démarche.

Les établissements seront amenés à communiquer aux chargés de mission « système d'information » auprès des ARH, les éléments rendant compte de l'avancement de leurs travaux.

Les difficultés d'application de la présente circulaire pourront être signalées à la DHOS - SDE/E3 bureau des systèmes d'information hospitalier -denis.ducasse@sante.gouv.f.

Pour le ministre et par délégation :

*Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, J. Castex*