

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

Projet FIDES

Appel à candidature pour l'expérimentation

Document à destination :

- des établissements de santé publics
- des établissements de santé privés d'intérêt collectif

Version 0.2 du 25 mai 2010

Sommaire

Chapitre 1 -	Présentation du projet et de l'expérimentation.....	3
1.1	Les objectifs du projet et de l'expérimentation	3
1.1.1	Les enjeux de la facturation individuelle.....	3
1.1.2	Les objectifs du projet.....	4
1.1.3	Une expérimentation inscrite dans la Loi.....	4
1.1.4	Les objectifs de l'expérimentation.....	5
1.2	Une expérimentation lancée début 2010.....	5
1.3	Un projet multi-partenarial	6
1.4	Le calendrier de l'expérimentation	7
1.4.1	Une expérimentation sur trois ans	7
1.4.2	Calendrier d'expérimentation pour les établissements.....	8
Chapitre 2 -	Le protocole d'expérimentation	10
2.1	Le périmètre de la facturation individuelle.....	10
2.1.1	Les établissements de santé	10
2.1.2	Les professionnels de santé	10
2.1.3	Les assurés sociaux	11
2.1.4	Les « non assurés sociaux »	11
2.1.5	Les régimes d'assurance maladie obligatoire (AMO).....	11
2.1.6	Les comptables publics hospitaliers de la DGFIP pour les établissements publics de santé	11
2.2	Les règles de facturation individuelle	12
2.2.1	Les règles de facturation individuelle des actes et consultations externes (ACE)	12
2.2.2	Les règles de facturation individuelle des séjours.....	13
2.2.3	La gestion du Numéro FINESS	14
2.3	Le dispositif de facturation individuelle.....	17
2.3.1	Le dispositif de facturation individuelle par les établissements de santé	17
2.3.2	Le dispositif d'ordonnancement des factures individuelles	19
2.3.3	Le dispositif de paiement des factures individuelles.....	19
2.3.4	Le dispositif de traitement des rejets et anomalies de facturation.....	21
2.3.5	Le dispositif de recouvrement des créances (factures non payées et non rejetées)	25
2.3.6	Le dispositif de trésorerie permettant de basculer à la facturation individuelle	25
2.4	Le plan d'accompagnement des organismes pilotes	25
Chapitre 3 -	L'appel à candidature	26
3.1	Le calendrier.....	26
3.2	Les critères de choix des établissements pilotes	26
3.3	Les engagements des établissements candidats	27
Chapitre 4 -	Annexes - Glossaire	28

Chapitre 1 - Présentation du projet et de l'expérimentation

1.1 Les objectifs du projet et de l'expérimentation

1.1.1 Les enjeux de la facturation individuelle

La facturation individuelle des prestations de santé hospitalières¹ publiques représente un enjeu majeur pour la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, concernant :

- ☒ la mise en œuvre et l'évaluation de politiques de santé publique, et notamment :
 - le « **disease Management** » / « **care Management** »... (exemple du programme de prévention sophia auprès des diabétiques en cours d'élargissement à d'autres pathologies) ;
 - l'**hospitalisation à domicile** (exemple hollandais) ;
 - l'analyse des caractéristiques des populations prises en charge et de leur **parcours complet de soins** ;
 - l'analyse de la qualité de la prise en charge médicale ;
 - l'analyse du « **case mix** » hospitalier et de son évolution ;
 - le suivi des prescriptions (avant et après hospitalisation) ;
 - ...
- ☒ le contrôle du bon emploi local, régional et national des ressources publiques :
 - **contrôles a priori des dépenses hospitalières publiques**, de manière analogue à la médecine ambulatoire et en cliniques privées ;
 - ✓ contrôle des autorisations d'activité,
 - ✓ contrôle des ententes préalables,
 - ✓ contrôle du respect des protocoles ;
 - **contribuer à l'homogénéisation des pratiques** (public / privé ; ambulatoire / en établissement ; à travers le territoire...) ;
- ☒ pour les établissements, tendre à l'exhaustivité et à la qualité de la facturation des prestations hospitalières ;
- ☒ un pilotage macro-économique infra-annuel plus efficace.

L'accès au fil de l'eau aux données détaillées et fiabilisées sur les prestations de l'hôpital public permettrait de réaliser un saut en matière d'instrumentation de la gestion du risque analogue à celui sur l'ambulatoire de la décennie précédente.

¹ Le passage à la facturation individuelle entre les établissements publics et privés anciennement en dotation globale et l'assurance maladie obligatoire a été entériné par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2004 (Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 – Article 33).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

1.1.2 Les objectifs du projet

Les objectifs du projet sont triples :

- mettre à la disposition de l'assurance maladie obligatoire les données **individuelles et détaillées** des établissements hospitaliers publics (et ESPIC), **au fil de l'eau, et de manière sécurisée, en vue de :**
 - continuer à **faire converger les dispositifs hospitaliers publics et privés** de facturation, dans le prolongement de la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A),
 - permettre **un meilleur contrôle a priori** (avant liquidation et paiement) des sommes dues aux établissements de santé par l'assurance maladie obligatoire (AMO),
 - intégrer directement dans le système de gestion et d'information de l'AMO des éléments lui permettant de s'inscrire dans **une gestion du risque renouvelée** ;
- dans un cadre qui en limite la complexité pour l'ensemble des acteurs :**
 - les établissements de santé,
 - le réseau de la Direction générale des finances publiques (DGFIP),
 - les organismes d'assurance maladie,
 - les patients / assurés ;
- contribuer à renforcer la culture de gestion des établissements publics de santé ;**
- et plus généralement, **contribuer à accélérer la mise en œuvre des réformes sur la prise en charge des dépenses hospitalières publiques.**

1.1.3 Une expérimentation inscrite dans la Loi

L'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009² prévoit la mise en œuvre d'une expérimentation de facturation individuelle et directe des consultations et séjours aux caisses d'assurance maladie par des établissements de santé publics et privés d'intérêt collectif.

La liste des établissements volontaires sera arrêtée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après concertation du ministre chargé du budget. Les conditions de mise en œuvre de cette expérimentation seront définies par décret.

² Texte de référence : Loi n 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

1.1.4 Les objectifs de l'expérimentation

Les objectifs de l'expérimentation sont multiples :

- vérifier que le projet permettra l'atteinte des objectifs attendus ;**
- effectuer le bilan des bénéfices, coûts** (investissement et fonctionnement) **et risques du projet**, pour l'ensemble et pour chacun des partenaires ;
- identifier les conditions de généralisation de l'expérimentation** en matière de :
 - flux financiers (architecture de paiement, échanges financiers, protection des fonds publics...),
 - circuits et processus (établissements de santé, caisses AMO, réseau DGFIP et assurés),
 - systèmes d'information (cahiers des charges, architecture, interopérabilité...),
 - organisation des services hospitaliers / réseau DGFIP / Caisses AMO de paiement,
 - législation et réglementation (évolutions à prévoir, responsabilité des comptables des différents organismes concernés...)
- définir **les conditions d'initialisation du dispositif** (système d'avance de trésorerie...)
- valider les règles de facturation retenues pour l'expérimentation ;
- établir les modalités de déploiement du projet** dans le cadre d'une généralisation ;
- accompagner les établissements / caisses / trésoreries pilotes tout au long de l'expérimentation.

Nota : des synergies seront recherchées dans la gestion de la facturation de la part obligatoire de l'assurance maladie et de la facturation de la part complémentaire (processus de gestion, normes informatiques...) et l'ensemble du paysage de la facturation sera analysé dans le cadre de l'expérimentation. En revanche, la facturation individuelle de la part complémentaire ne fera pas partie du protocole d'expérimentation. Le cas échéant, un projet connexe pourrait être lancé ultérieurement, avec des objectifs, un calendrier et des ressources *ad hoc*.

1.2 Une expérimentation lancée début 2010

Après une phase de latence, le projet de **facturation individuelle** des établissements hospitaliers publics et privés d'intérêt collectif est entré depuis quelques semaines dans une véritable phase opérationnelle, sur la base des conclusions du rapport de l'IGF et de l'IGAS de décembre 2008, avec :

- l'arrivée début janvier 2010 de **Myriam Reynaud** comme chef du projet interministériel FIDES ;
- une lettre de mission interministérielle finalisée ;
- la mise en place d'un comité de pilotage en charge de définir les orientations stratégiques et d'effectuer les arbitrages, présidé par le Secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales, et réunissant la Directrice générale de l'offre de soins, le Directeur de la sécurité sociale, le Directeur général des finances publiques (DGFIP) et le Directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) ;
- un macro-planning pour l'expérimentation ;
- une équipe projet.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

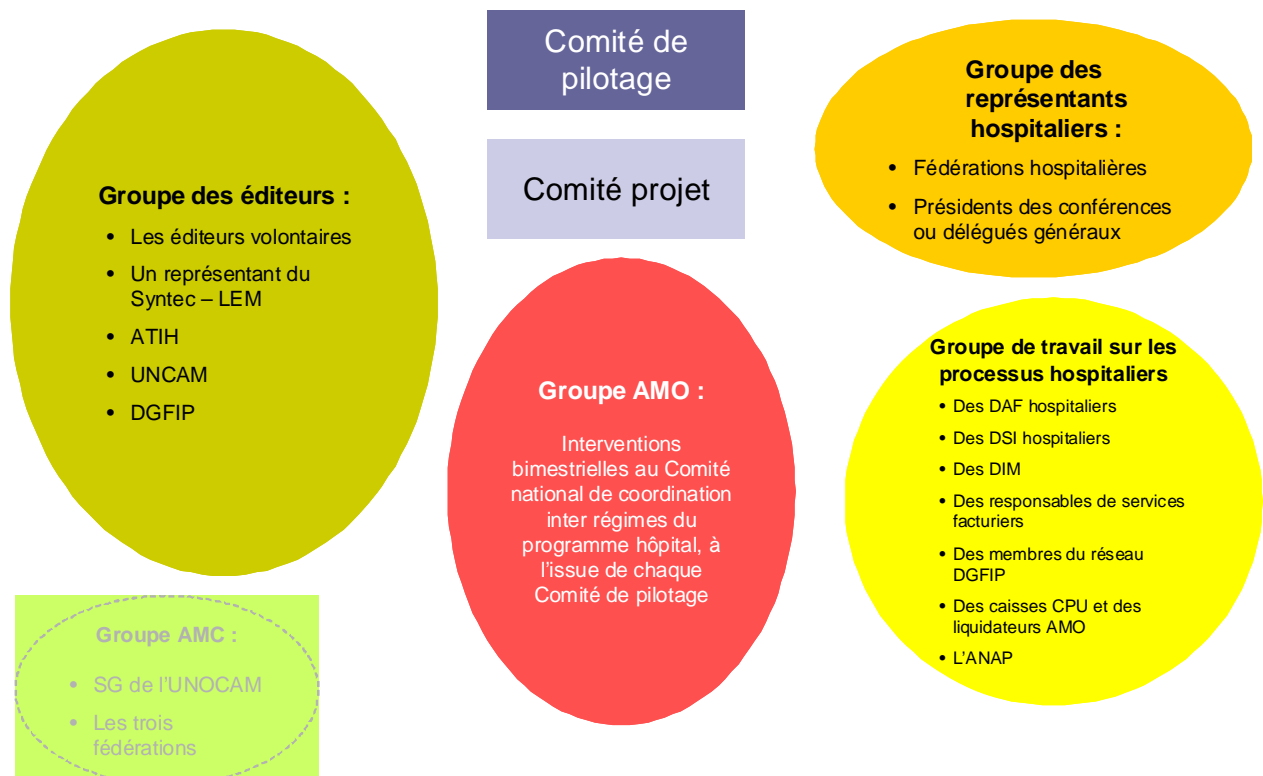
1.3 Un projet multi-partenarial

Outre le portage du projet par :

- le Ministère de la santé et des sports,
- le Ministère du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat,
- l'UNCAM,

l'ensemble des parties prenantes sont impliquées dans le cadre de groupes de consultation ou de travail ad hoc :

- les établissements hospitaliers publics et ESPIC :
 - groupe consultatif des représentants hospitaliers,
 - groupe de travail sur les processus hospitalier (qui démarrera en juin 2010 avec les établissements volontaires),
- leurs éditeurs de logiciel de facturation : groupe consultatif des éditeurs ;
- les caisses AMO : Comité national de coordination inter-régimes ;
- l'ATIH, l'ANAP, le réseau DGFIP...



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

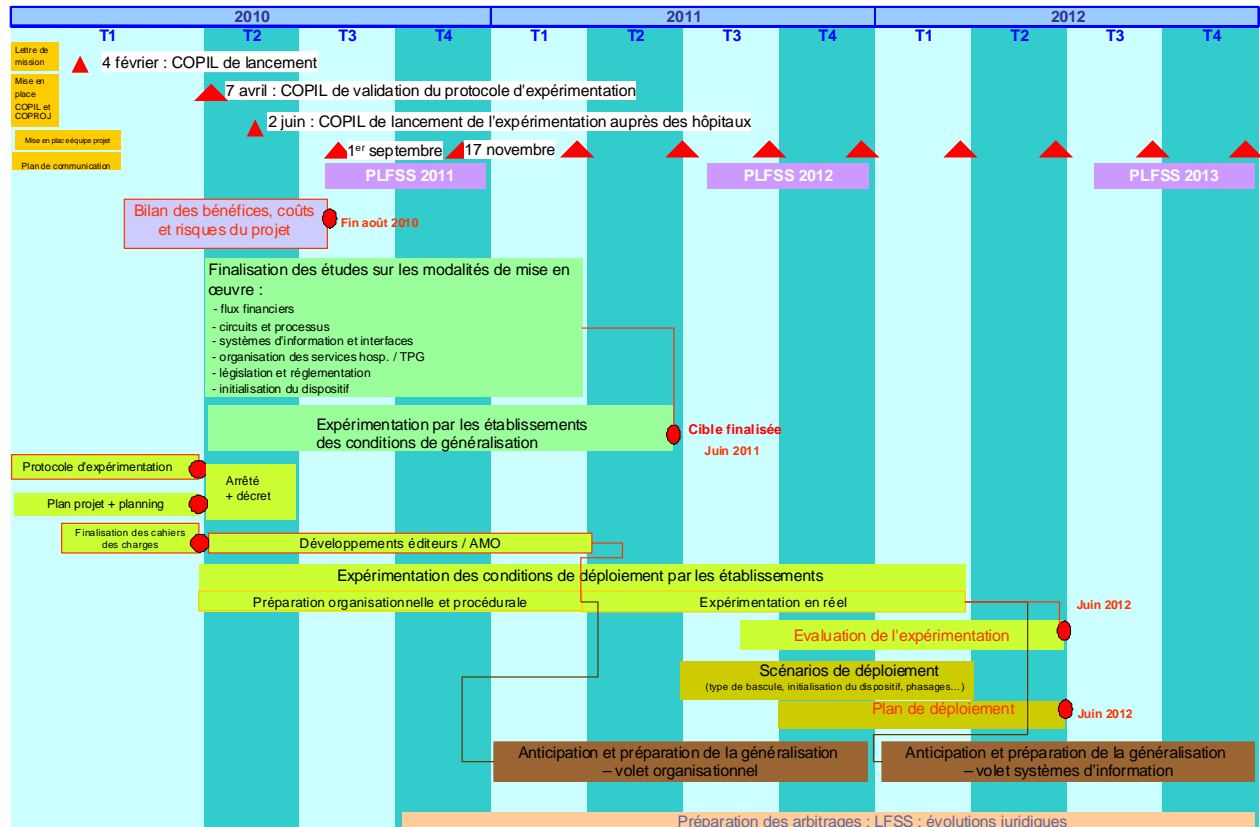
1.4 Le calendrier de l'expérimentation

1.4.1 Une expérimentation sur trois ans

L'expérimentation du projet se déroulera en cinq phases, de début 2010 à fin 2012 :

Phase	Calendrier
Lancement de l'expérimentation	janvier 2010 – mars 2010
Formalisation du protocole d'expérimentation Choix des établissements pilotes Cahiers des charges à destination des éditeurs de logiciels hospitaliers et de l'assurance maladie	février 2010 – juin 2010
Préparation organisationnelle des établissements Développements informatiques par les éditeurs de logiciels hospitaliers et l'assurance maladie	mai / juin 2010 – avril 2011
Expérimentation en réel de la facturation individuelle	avril 2011 – fin 2012
Préparation de la généralisation	début 2011 – fin 2012

Macro-planning de l'expérimentation



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

1.4.2 Calendrier d'expérimentation pour les établissements

À l'issue d'une procédure d'appel à candidatures en mai 2010 **auprès de l'ensemble des établissements** publics et privés d'intérêt collectifs, la liste des établissements, caisses et postes comptables pilotes sera arrêtée courant juin par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget, sur la base du volontariat et de critères de significativité au regard de l'évaluation de l'expérimentation et de la préparation de la généralisation.

De juin 2010 à avril 2011, les établissements pilotes se prépareront à la facturation individuelle (volet 1 de l'expérimentation) :

- évolution de leurs organisations et de leurs processus pour être en mesure de facturer au fil de l'eau,
- fiabilisation de la facturation des actes et consultations externes (ACE) et des séjours en vue de maîtriser les taux de rejet des factures transmises,
- intégration des évolutions logicielles³ liées au projet et tests à blanc.

En avril 2011, seuls les établissements dont les taux de rejets ACE et / ou séjours sont inférieurs à 10% des factures transmises⁴ pourront basculer en réel leur facturation individuelle. Les autres établissements continueront la phase de préparation jusqu'à atteindre des taux de rejets inférieurs à 10%.

D'avril 2011 à avril 2012, les établissements pilotes qui sont prêts expérimentent en réel la facturation individuelle des ACE (volet 2) **ou** celle des séjours (volet 3).

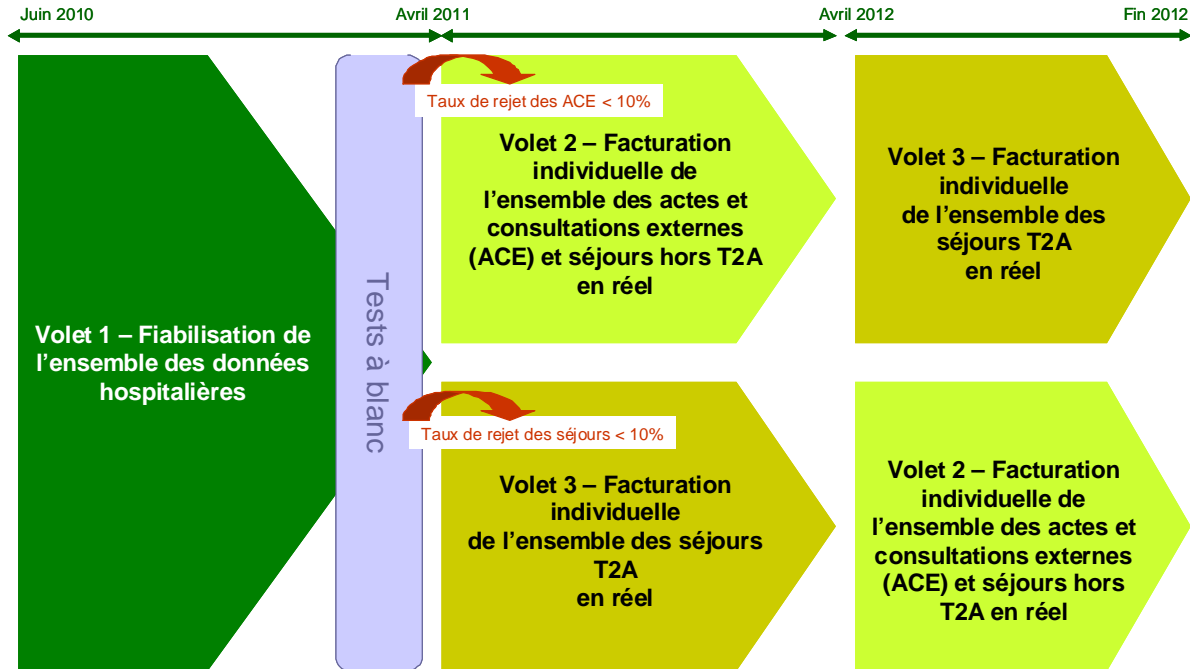
D'avril 2012 à fin 2012, les établissements expérimentent le volet manquant (2 ou 3).

³ Les cahiers des charges informatiques sont transmis graduellement aux éditeurs de logiciels hospitaliers lors du deuxième trimestre 2010. Ils sont publiés sur le site ministériel <http://www.fides.sante.gouv.fr/>.

⁴ Le taux d'anomalies constatées par le comptable sera également pris en compte, afin de ne pas générer une surcharge de gestion déraisonnable ses services.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

Calendrier d'expérimentation pour les établissements



Chapitre 2 - Le protocole d'expérimentation

2.1 Le périmètre de la facturation individuelle

2.1.1 Les établissements de santé

La facturation individuelle est appliquée par l'ensemble des établissements de santé concernés par la réforme de la tarification à l'activité, **y compris pour les populations de bénéficiaires « hors T2A » qui font d'ores et déjà l'objet d'une facturation individuelle (migrants et AME).**

Il s'agit de l'ensemble des établissements mentionnés aux a), b) et c) de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale exerçant les activités de MCOO et soumis à la T2A :

- Les établissements publics de santé (EPS)**, à l'exclusion des hôpitaux locaux et des établissements dispensant les soins aux détenus.
- Les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) :**
 - les établissements de santé privés gérés par des organismes à but non lucratif qui en font la demande auprès de l'ARS,
 - les centres de lutte contre le cancer (CLCC).
- Les groupements de coopération sanitaire autorisés (GCS).**

Exclusions - En raison des caractéristiques particulières de leur activité ou des conditions de réalisation des soins, les établissements qui suivent sont hors du champ de l'expérimentation de la facturation individuelle :

- les établissements dispensant des soins aux personnes incarcérées (établissement public de santé national de Fresnes),
- les établissements des services de Santé de l'Armée,
- les établissements nationaux et locaux de l'Institution Nationale des Invalides,
- les unités de soins de longue durée,
- les établissements des COM (TOM/ROM),
- les établissements de santé de Mayotte, et de Saint Pierre et Miquelon, dans l'attente de leur intégration dans le régime commun de financement.

2.1.2 Les professionnels de santé

Les prestations de santé sont réalisées à l'hôpital par un ensemble de personnels :

- les praticiens salariés hospitaliers dans leur exercice salarié temps plein, généralistes ou spécialistes, toutes disciplines confondues ;
- les auxiliaires médicaux et les sages femmes ;
- les directeurs et techniciens de laboratoire.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

2.1.3 Les assurés sociaux

Les assurés sociaux concernés sont les suivants :

- tous les assurés sociaux et bénéficiaires ou ayant droits justifiant de l'ouverture de droit au titre d'un régime légal d'assurance maladie français ;
- les bénéficiaires CMU/CMUC (gérés par le régime général).

2.1.4 Les « non assurés sociaux »

Les non assurés sociaux concernés sont les suivants :

- les bénéficiaires d'un régime étranger de sécurité sociale ;
- les bénéficiaires de l'AME (100 %).

2.1.5 Les régimes d'assurance maladie obligatoire (AMO)

Il s'agit de l'ensemble des régimes d'assurance maladie traitant de la part AMO.

Concernant la part complémentaire (AMC) : celle-ci est incluse dans le périmètre de l'expérimentation lorsque la part complémentaire est traitée par le même organisme gestionnaire que la part obligatoire, selon le calendrier suivant :

- Avril 2011 : traitement de la part complémentaire pour la CMUC.
- Échéance en cours de définition pour 2011 / 2012 : gestion unique AMO / AMC pour les autres situations.

2.1.6 Les comptables publics hospitaliers de la DGFIP pour les établissements publics de santé

Seuls les établissements publics de santé sont dotés de comptables publics hospitaliers de la DGFIP. Ces derniers sont impliqués de la manière suivante⁵ :

- Le comptable de la direction générale des finances publiques (DGFIP) tient la comptabilité de l'établissement.
- Il assure la prise en charge des titres de recettes individuels émis automatiquement par l'établissement en même temps que chaque facture individuelle télétransmise à la CPU.
- Il encaisse les paiements de ces titres.
- Il rapproche le virement bancaire reçu avec le flux d'information de paiement (télétransmis par la CPU selon la norme NOEMIE 578) à partir du libellé du virement.
- Il rapproche le flux d'information de paiement (télétransmis par la CPU selon la norme NOEMIE 578) avec le titre de recette correspondant à partir de l'identifiant du titre de recette (sur 15 caractères).

⁵ Cf. chapitre sur le dispositif de facturation.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

- Il assure le recouvrement des titres de recette impayés spontanément, en relançant les débiteurs, si nécessaire.

L'ensemble des fonctions décrites ci-dessus sont assurées en ESPIC par la direction comptable de l'établissement.

2.2 Les règles de facturation individuelle

Un des éléments de réussite du projet consiste en l'utilisation de règles de facturation partagées entre les partenaires, et donc opposables, de manière à assurer autant que possible une facturation de qualité et limiter les risques de rejets du fait de la réglementation, générateurs de charges de travail et donc de coûts pour l'ensemble des acteurs.

Ces règles de facturation ont été formalisées sous la forme de cahiers des charges informatiques à destination des éditeurs de logiciels hospitaliers et de l'assurance maladie.

2.2.1 Les règles de facturation individuelle des actes et consultations externes (ACE)⁶

La facturation individuelle des ACE concerne les prestations hospitalières suivantes :

- Les Actes et Consultations Externes (ACE) définies par l'article L. 162-26 du CSS :
 - les consultations externes ;
 - les actes externes ;
 - les urgences pour les passages sans hospitalisation (forfaits ATU et FFM) ;
 - les autres forfaits (SE, forfaits techniques imagerie).
- Les ACE réalisés dans les services de soins externes, y compris ceux réalisés lors des passages dans les services d'urgence, sont financés sur la base des nomenclatures et tarifs conventionnels applicables à la médecine conventionnelle.
- La rétrocession de médicaments.

Exclusions - L'activité libérale des praticiens temps plein hospitaliers (TPH) ne rentre pas dans le périmètre de la facturation individuelle.

Les principales évolutions par rapport aux règles existantes concernent l'intégration des spécificités T2A :

- les forfaits (ATU, SE et FFM) ;
- les coefficients géographiques et de transition ;
- l'actualisation de la liste des codes prestations ACE / Rétrocessions / Urgence et Sécurité.

Nota : les prestations déjà en facturation individuelle (AME, CMUC, migrants, rétrocession des médicaments...) resteront inchangées.

⁶ Pour de plus amples détails, le cahier des charges informatique sur les règles de facturation des ACE a été transmis aux éditeurs de logiciels hospitaliers et est disponible sur le site ministériel <http://www.fides.sante.gouv.fr/>.

2.2.2 Les règles de facturation individuelle des séjours⁷

La facturation individuelle des séjours concerne les prestations hospitalières suivantes :

- GHS
- Séjours extrêmes
- Réanimation / soins intensifs / surveillance continue
- Dialyse / soins palliatifs / radiothérapie
- IVG
- Médicaments coûteux
- DMI (dispositifs médicaux implantables)
- HAD (hospitalisation à domicile)
- Prélèvements d'organes

Exclusions – les prestations relevant des contextes suivants ne rentrent pas dans le périmètre de la facturation individuelle des séjours :

- L'activité libérale des praticiens hospitaliers ;
- Le parcours de soin coordonné en hospitalisation.

Les principales évolutions par rapport aux règles existantes concernent les points suivants :

- Nouveaux nés** : alignement sur les règles applicables aux cliniques privées.
- Prélèvements d'organes** :
 - ajout d'une variable dans le RSS ;
 - création d'un séjour pour le patient prélevé, porteur du forfait PO.
- Séances** (chimiothérapie, radiothérapie, etc.) : modification des pratiques hospitalières, avec l'envoi de chaque séance, et non plus d'un ensemble de X séances.

- Facturation complémentaire à une première facture déjà traitée par l'assurance maladie obligatoire : celle-ci n'est plus autorisée**
 - Cela nécessite un appariement systématique des données des dispositifs médicaux implantables (DMI) et des molécules onéreuses (provenant de systèmes d'information différents) aux séjours, avant le premier et unique envoi de facture à l'assurance maladie obligatoire.
 - Les évolutions induites pour les établissements hospitaliers (organisationnelles et des systèmes d'information) seront traitées dans le cadre du volet 1 de l'expérimentation (préparation organisationnelle des établissements de santé).

⁷ Pour de plus amples détails, le cahier des charges informatique sur les règles de facturation des séjours a été transmis aux éditeurs de logiciels hospitaliers et est disponible sur le site ministériel <http://www.fides.sante.gouv.fr/>.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
 MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
 UNCAM

2.2.3 La gestion du Numéro FINESS

2.2.3.1 Principe n°1 – Un référentiel FINESS actualisé

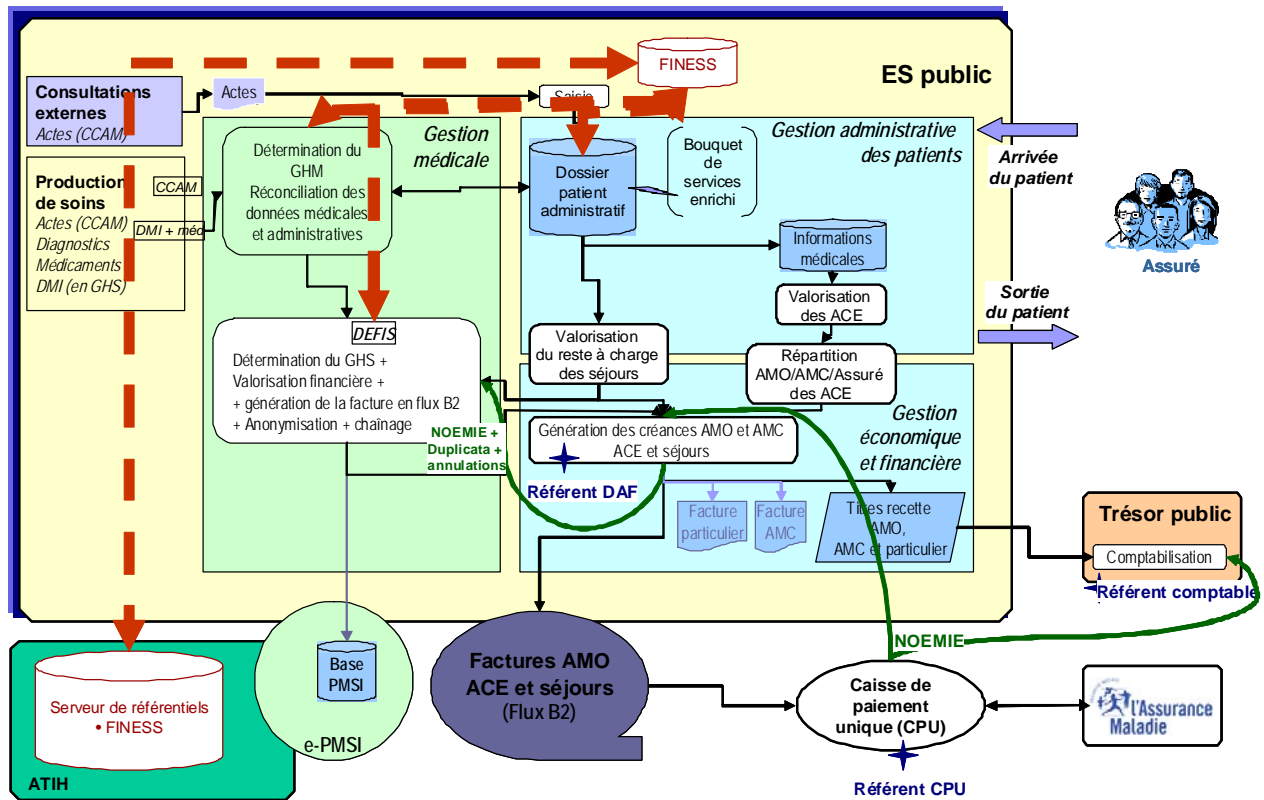
La mission MAIA (Ministère de la Santé) a démarré les travaux de toilettage et de « Siretisation » du référentiel FINESS géré par la DRESS (Ministère de la Santé). Les Informations fiables et disponibles au deuxième trimestre 2011 pour les établissements publics et ESPIC seront notamment les suivantes :

- ☒ N° FINESS Juridique (co-identifiant).
- ☒ N° FINESS géographique (co-identifiant).
- ☒ N° SIRET.
- ☒ Autorisations d'activité.

Par ailleurs, l'ATIH développe actuellement un serveur de référentiels intégrant notamment un référentiel FINESS, en lien avec celui géré par la DRESS et irrigant l'ensemble des applicatifs hospitaliers. Cette fonctionnalité est prévue par l'ATIH pour le deuxième trimestre 2011. Cette fonctionnalité est également décrite dans le cahier des charges à destination des éditeurs hospitaliers pour intégrer l'interface avec ce référentiel.

Nota : le référentiel FINESS géré par la DRESS alimente également celui utilisé par les chaînes de facturation de la CNAMTS et de la plupart des régimes d'assurance maladie.

Un référentiel FINESS actualisé



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

2.2.3.2 Principe n°2 – Le FINESS géographique est saisi en entrée puis transformé en FINESS juridique en fonction des besoins

Les pratiques de saisie des n° FINESS par les DIM en entrée du groupeur évolueront de la manière suivante : **saisie obligatoire par le DIM, en entrée du groupeur, pour chaque RUM,**

- en phase d'expérimentation : du n° FINESS géographique (actuellement facultative) ET du n° FINESS juridique**, afin de permettre à l'ATIH de gérer simplement les RUM pour les établissements pilotes et les autres ;
- en phase de généralisation : du n° FINESS géographique⁸.**

A partir de ces informations saisies par les DIM et du référentiel FINESS actualisé, le n° FINESS juridique ou géographique peut être servi en fonction des besoins :

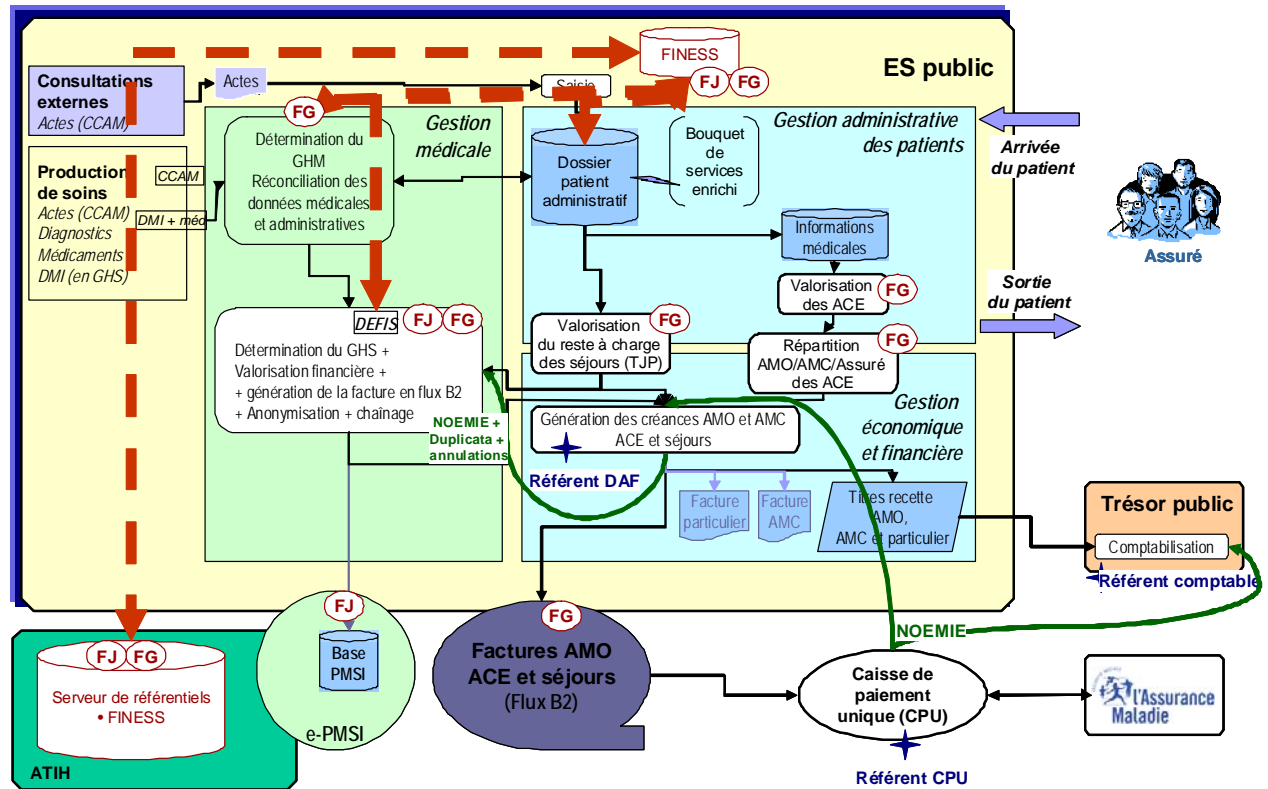
- Génération du PMSI par n° FINESS juridique.
- Génération des factures en norme B2 par n° FINESS géographique de sortie.
- Génération des titres de recettes : aucun changement du référentiel des débiteurs d'Hélios.
- Génération des factures sur la part complémentaire : par n° FINESS géographique de sortie.
- Intégration des retours NOEMIE 908 et 578 de l'assurance maladie :
 - Aucun changement par rapport au cahier des charges actuel à destination des éditeurs hospitaliers d'intégration des flux NOEMIE.
 - Aucun changement par rapport à l'intégration déjà en place des flux NOEMIE dans Hélios (par n° de mandataire).

Nota : le référentiel étant toiletté, pour un même n° FINESS juridique, la somme des données par n° FINESS géographique sera égale à celle du FINESS juridique.

⁸ Modification à prévoir des textes qui indiquent l'utilisation du FINESS juridique (cf. arrêté du 20/01/2009 NOR : SASH0901616A notamment)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

Saisie en entrée du FINESS géographique, transformé ensuite en FINESS juridique en fonction des besoins



2.2.3.3 Principe n°3 – Des Mutations⁹ et prestations inter-établissement (PIE) transmises par n° FINESS géographique

Les données sur le GHS sont transmises de la manière suivante :

- Pour le PMSI : GHS par n° FINESS juridique.
- Pour la facturation en norme B2 : GHS par n° FINESS géographique de sortie.

Au sein d'un GHS, les données détaillées des prestations par établissement sont transmises de la manière suivante :

- Pour le PMSI : RUM par n° FINESS juridique.
- Pour la facturation en norme B2 : Mutation ou prestation inter-établissements par n° FINESS géographique,
 - dans la version actuelle de la norme B2, une seule prestation inter-établissements ou mutation peut être véhiculée ;
 - dans la prochaine version de la norme B2¹⁰, il pourra être véhiculé autant de prestations inter-établissements et mutations que nécessaire.

⁹ Mutation : prestation inter-sites au sein d'un même établissement juridique.

¹⁰ Echéance qui sera précisée ultérieurement.

2.3 Le dispositif de facturation individuelle

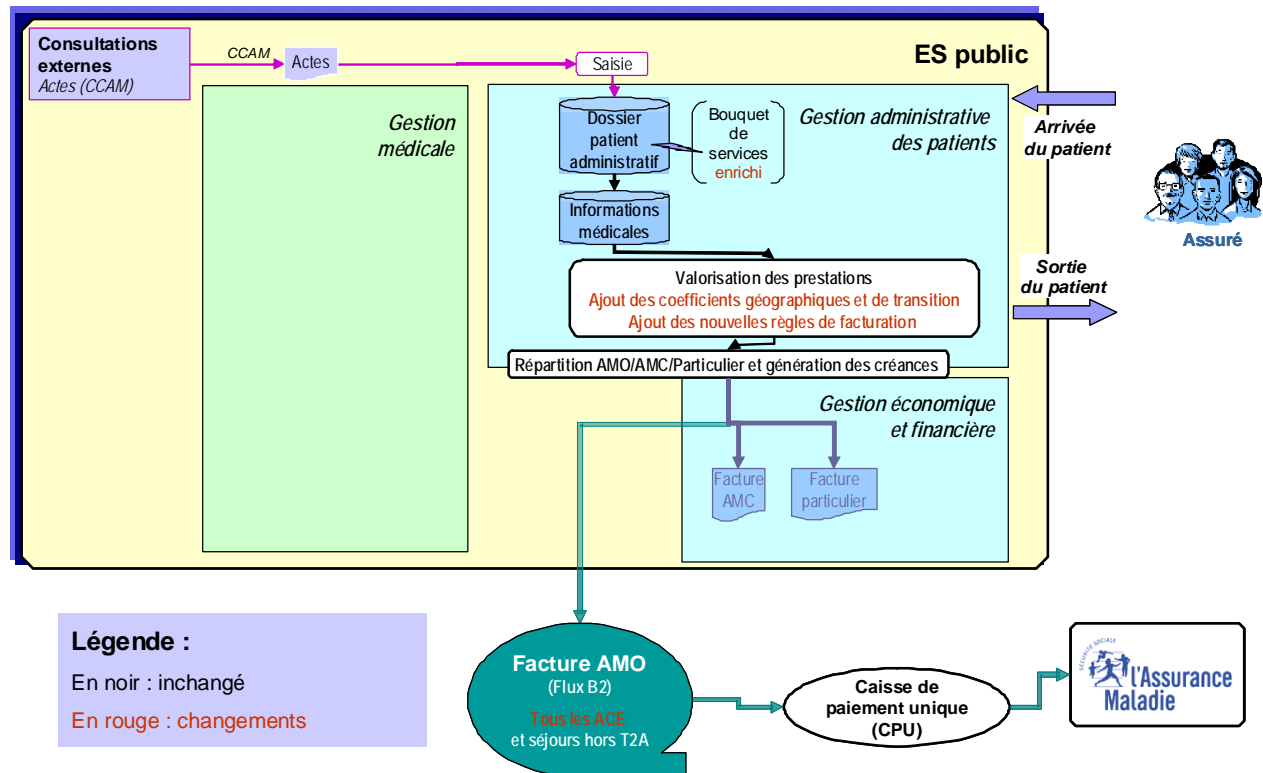
2.3.1 Le dispositif de facturation individuelle par les établissements de santé

Dans une logique de limitation des impacts pour l'ensemble des acteurs, notamment hospitaliers, les dispositifs retenus pour la facturation s'appuient sur ceux déjà en fonctionnement :

☒ **généralisation à l'ensemble des ACE du dispositif existant de facturation des actes et consultations externes pour le paiement par l'assurance maladie obligatoire des prestations AME, CMUC, migrants, rétrocession des médicaments :**

- valorisation dans le logiciel de l'éditeur pour facturation (base de remboursement, taux de remboursement...) à l'assurance maladie obligatoire,
- émission du titre de recette par les services financiers de l'hôpital et prise en charge dans la comptabilité par le comptable de l'établissement,
- contrôles a priori et paiement des factures (ou rejet) par l'AMO,
- à l'issue de la généralisation, suppression de la valorisation par les établissements des ACE avec le logiciel Préface, développé par l'ATIH ;

Dispositif de facturation des ACE par les établissements de santé



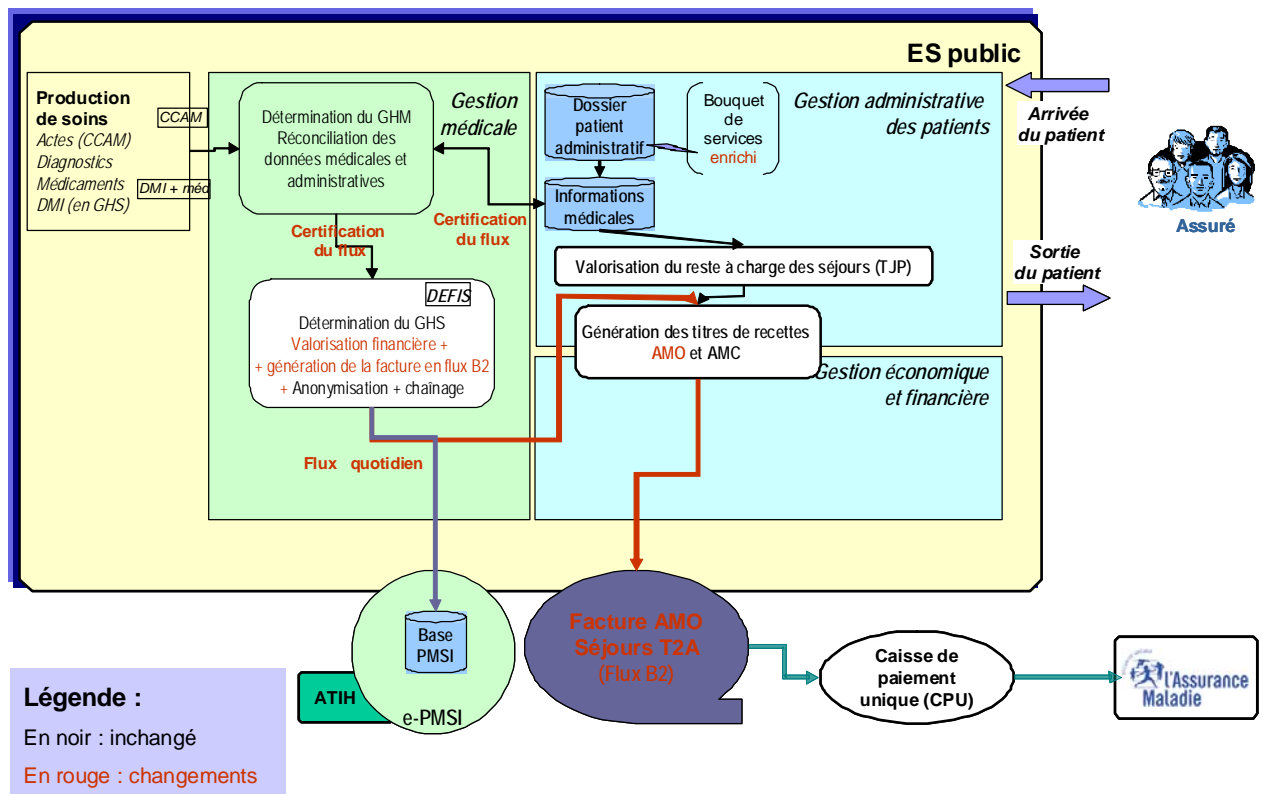
Nota : les flux 1 Euros actuels pour information seront prélevés au fil de l'eau sur les factures. Il n'y aura donc plus d'envoi de factures pour information.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
 MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
 UNCAM

☒ de même, **génération, comme aujourd'hui, des factures des séjours T2A à partir du module actuel GENRSA d'anonymisation et de chaînage des GHS, développé par l'ATIH et déployé en hôpital :**

- ce module est en cours de refonte par l'ATIH (et renommé DEFIS) en vue de permettre au fil de l'eau :
 - ✓ la valorisation financière des séjours,
 - ✓ la génération de factures individuelles selon la norme B2 de l'assurance maladie obligatoire,
- en sortie de ce logiciel refondu, avec les données actuellement saisies et contrôlées par le DIM, envoi unique par l'hôpital de données scindé en deux flux :
 - ✓ flux médico-économique, à l'identique du flux ATIH actuel (PMSI),
 - ✓ flux de facturation individuelle (en norme B2),
- émission du titre de recette par les services financiers de l'hôpital et prise en charge dans la comptabilité par le comptable de l'établissement,
- contrôles a priori et paiement des factures (ou rejet) par l'AMO,
- à l'issue de la généralisation, suppression de la fonction de valorisation financière des GHS effectuée actuellement par l'ATIH en aval d'e-PMSI.

Dispositif de facturation des séjours T2A par les établissements de santé



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
 MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
 UNCAM

2.3.2 Le dispositif d'ordonnancement des factures individuelles

Toutes les factures individuelles seront ordonnancées a priori, en cohérence avec la comptabilisation des factures individuelles actuelles (AME, CMU-C, migrants...), ainsi que celles de la part complémentaire :

- génération et comptabilisation du titre de recette dès la génération de la facture ;
- toutes les factures hospitalières sont comptabilisées, qu'elles soient payées ou non.

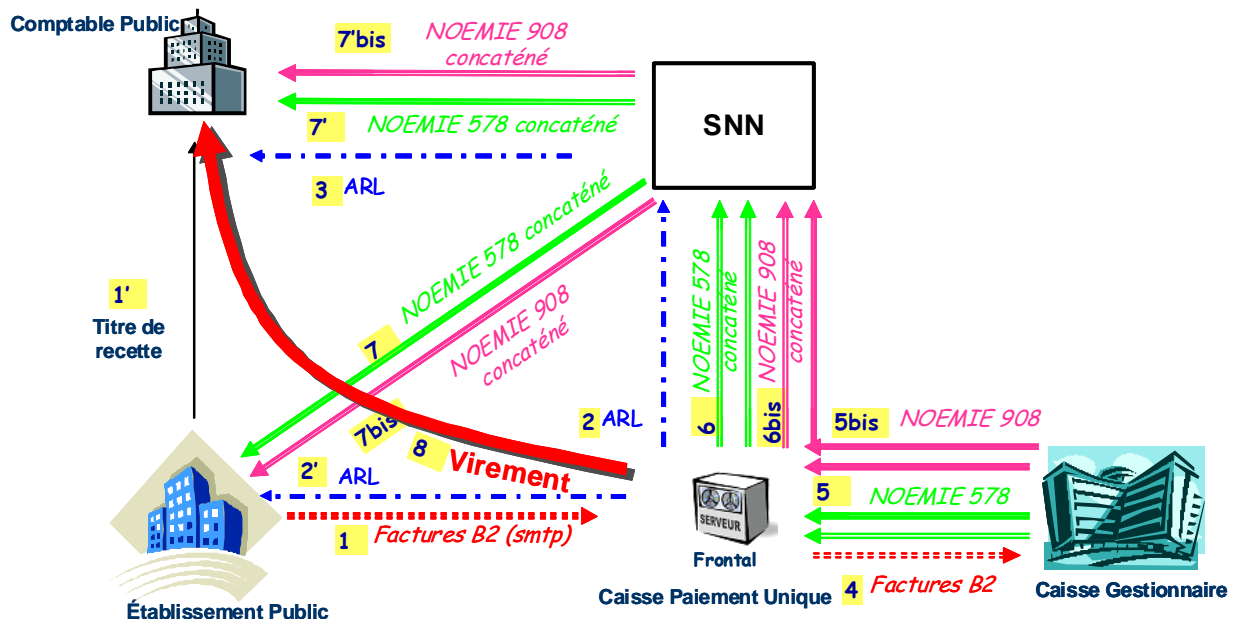
2.3.3 Le dispositif de paiement des factures individuelles

La LFSS 2005 (Loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 – Article 63) prévoit le règlement des factures émises par les établissements publics et privés ex. DG par un interlocuteur financier unique, la caisse de paiement unique (CPU).

Par ailleurs, la loi prévoit concernant la CPU (Article L174-2-1) que « La part prise en charge par l'assurance maladie pour les prestations d'hospitalisation prévues au 1° de l'article L. 162-22-6 et réalisées dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c du même article, les médicaments et produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 ainsi que les actes et consultations mentionnés à l'article L. 162-26 est remboursée aux établissements pour le compte de l'ensemble des régimes par la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 ».

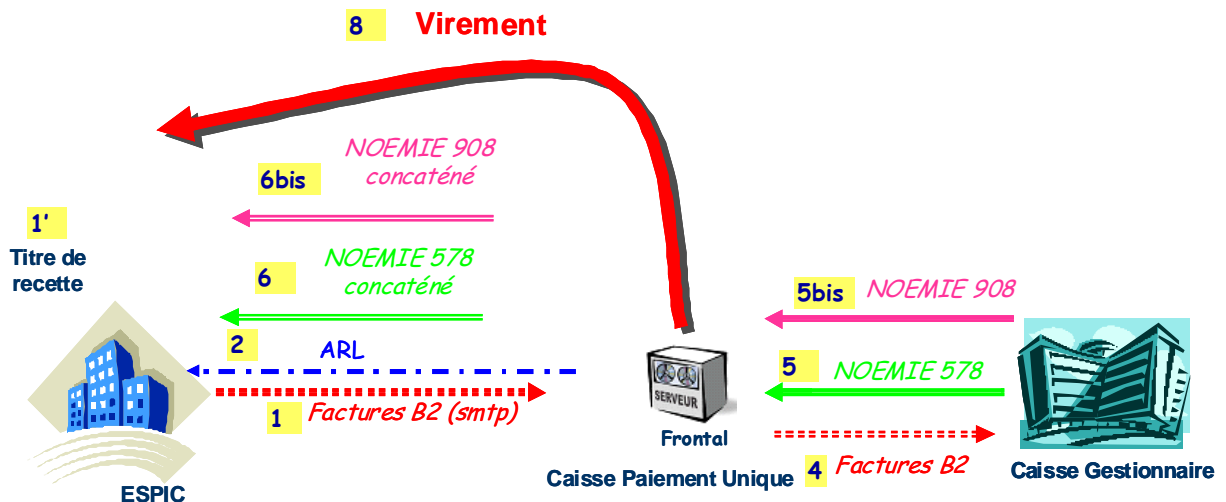
Ainsi, la caisse de paiement unique (CPU) est l'unique interlocuteur des établissements pour l'ensemble des factures individuelles télétransmises, tous régimes confondus.

Schéma d'échange pour un établissement public de santé (EPS)



1	<ul style="list-style-type: none"> ☒ L'établissement de santé émet sa facture vers un frontal concentrateur au format B2/SMTP, accessible par la CPU de référence de l'établissement.
1'	<ul style="list-style-type: none"> ☒ L'établissement de santé émet parallèlement un titre de recette en direction de son comptable public.
2 2' 3	<ul style="list-style-type: none"> ☒ Le frontal accuse réception des fichiers et émet des ARL (positif ou négatif ; Réf. 930) vers le SNN et l'établissement de santé. ☒ Lorsque l'ARL est négatif le lot défectueux n'est pas transmis à la caisse gestionnaire.
4	<ul style="list-style-type: none"> ☒ La CPU envoie les fichiers vers les caisses gestionnaires concernées, en fonction des caisses d'affiliation des assurés.
5	<ul style="list-style-type: none"> ☒ Si la facture est jugée conforme, la caisse gestionnaire transmet au frontal un retour NOEMIE de paiement (Réf. 578).
5 bis	<ul style="list-style-type: none"> ☒ Si la facture n'est pas conforme, la caisse gestionnaire transmet au frontal un retour NOEMIE de rejet (Réf. 908).
6 6 bis	<ul style="list-style-type: none"> ☒ Le frontal transmet les RSP (paiement ou rejet), marqués « CPU » vers le SNN.
7 7 bis 7' 7' bis	<ul style="list-style-type: none"> ☒ Le SNN centralise les retours de toutes les caisses gestionnaires pour les comptables et les établissements publics.

Schéma d'échange pour un établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC)



<p>1</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> L'établissement de santé émet sa facture vers un frontal concentrateur au format B2/SMTP, accessible par la CPU de référence de l'établissement. <input checked="" type="checkbox"/> L'ESPIC émet sa facture vers un frontal concentrateur (Accueil Centralisé de flux) au format B2/SMTP accessible par la CPU de référence de l'établissement.
<p>1'</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> L'ESPIC de santé émet parallèlement un titre de recette pour sa comptabilité.
<p>2</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Le frontal accuse réception des fichiers et émet des ARL (positif ou négatif ; Réf. 930) vers l'ESPIC. <input checked="" type="checkbox"/> Lorsque l'ARL est négatif le lot défectueux n'est pas transmis à la caisse gestionnaire.
<p>4</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> La CPU envoie les fichiers vers les caisses gestionnaires concernées, en fonction des caisses d'affiliation des assurés.
<p>5</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Si la facture est jugée conforme, la caisse gestionnaire transmet au frontal un retour NOEMIE de paiement (Réf. 578).
<p>5 bis</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Si la facture n'est pas conforme, la caisse gestionnaire transmet au frontal un retour NOEMIE de rejet (Réf. 908).
<p>6 6 bis</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Le frontal transmet les RSP (paiement ou rejet) vers l'ESPIC.

2.3.4 Le dispositif de traitement des rejets et anomalies de facturation

2.3.4.1 Principe n°1 - S'appuyer sur des référents : Référent établissement (au sein de la DAF¹¹, en lien avec le DIM) / Référent comptable hospitalier/ Référent hospitalier CPU

Ils seront des référents / pivots au sein de leur organisme, en particulier sur le traitement des rejets et anomalies, et formeront un triptyque qui va (continuer à) dialoguer.

Leur fonction sera instrumentée (instancier de gestion des flux de facturation, tableau de bord de pilotage des flux de facturation, outil de gestion des rejets...).

En fonction de la taille des organismes concernés, cette fonction peut être assurée par une personne ou une équipe.

Le plan d'accompagnement de l'expérimentation s'appuiera sur ce réseau / communauté pour la conduite du changement (formation, retours d'expériences, capitalisation des connaissances...).

¹¹ DAF ou direction ayant en charge la facturation.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

2.3.4.2 Principe n°2 – Automatiser l'intégration de l'ensemble des flux retour Noémie (ARL, N578 et N908) dans le système d'information hospitalier

Cette fonctionnalité, incontournable pour piloter l'ensemble des factures individuelles au regard des volumétries attendues, sera obligatoire.

Sa mise en œuvre informatique est intégrée dans le cahier des charges fourni aux éditeurs hospitaliers¹².

2.3.4.3 Principe n°3 - Mettre en place au sein des hôpitaux d'un outil de gestion des rejets / anomalies

De même, cette fonctionnalité est incontournable pour piloter l'ensemble des factures individuelles au regard des volumétries attendues. Elle sera obligatoire et sa mise en œuvre informatique est intégrée dans le cahier des charges fourni aux éditeurs hospitaliers¹³.

Cette fonctionnalité sera mise à disposition du service DAF hospitalier (en lien avec le DIM), à partir des éléments suivants :

- la typologie des anomalies de traitement ;
- le statut de l'anomalie :
 - reçue,
 - en cours de traitement (par type de traitement, dont traitement CPAM),
 - clôturée (annulation et réémission ou réémission de la facture en l'état) ;
- les dates associées ;
- les indicateurs de suivi / d'alerte ;
- la définition d'une procédure nationale, des bordereaux associés et des paramètres préconisés (dont le délai de suspension à poursuite).

¹² L'automatisation de cette fonctionnalité est déjà opérationnelle dans Hélios.

¹³ De même, l'automatisation de cette fonctionnalité est déjà opérationnelle dans Hélios.

Typologie des anomalies de traitement

Type d'anomalie de traitement		Interlocuteur hospitalier	Interlocuteur DGFIP
Rejets Noémie 908	Identification des droits de l'assuré	Gestion administrative des patients (BE)	Sans objet
	Codage des ACE	Production de soins	Sans objet
	Codage des séjours	Gestion médicale (DIM)	
	Respect des règles de facturation ACE	Gestion administrative des patients	Sans objet
	Respect des règles de facturation séjours	Gestion médicale (DIM)	Sans objet
Problèmes de rapprochements	Rapprochement titre de recette / paiement ACE	DAF	OUI
	Rapprochement titre de recette / paiement séjours	DAF	OUI
	Rapprochement bancaire	Sans objet	OUI
Problèmes liés aux paiements	<ul style="list-style-type: none"> ■ Paiements à 0 ■ Paiements négatifs ■ Paiements partiels ■ Paiements ne correspondant à aucune facture 	Sans objet	OUI
Anomalies de traitements au niveau du SNN ou du DIE	Cf. bilans Hélios	Sans objet	Sans objet

Nota :

- les problèmes liés aux paiements (paiements à 0, négatifs, partiels ou ne correspondant à aucune facture) seront filtrés par les CPU et n'auront plus lieu d'être en facturation individuelle ;
- dans le cadre du volet 1 de l'expérimentation, un chantier est dédié à la suppression des anomalies sur les 15 caractères identifiant le titre de recette, afin de limiter au maximum les rapprochements titre de recette / paiement non automatiques.

2.3.4.4 Principe n°4 – Mettre un place un processus standardisé et instrumenté de gestion des rejets et anomalies

La procédure instrumentée de suivi du traitement des rejets et anomalies sera la suivante :

- réception de l'anomalie par le service DAF dans l'outil de traitement des rejets ;
- analyse de l'anomalie de traitement par le service DAF (en lien avec le DIM) ;
- transmission par le service DAF de l'anomalie de traitement à l'acteur concerné en fonction du type d'anomalie / rejet ;
- actualisation par le service DAF du statut de l'anomalie dans l'outil de gestion des rejets / anomalies ;
- traitement de l'anomalie par l'acteur concerné, sous la supervision du service DAF (et du DIM), dans un délai paramétrable par famille d'anomalie, à déterminer avec l'ensemble des établissements pilotes ;

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

- prise en compte de la correction dans l'ensemble des systèmes d'information amont à la facture :
 - **a minima, correction de l'anomalie dans les systèmes d'information de gestion** (gestion administrative des patients, gestion médicale et gestion économique-financière) :
 - ✓ depuis la fonction informatique source de l'anomalie de traitement,
 - ✓ jusqu'à celle permettant l'émission de la nouvelle facture ;
 - **correction systématique dans les systèmes d'information de production de soin si l'anomalie de traitement nécessite la mise à jour de référentiels.**
- si l'anomalie est du fait de l'établissement :**
 - annulation du titre de recette par le service DAF,
 - émission d'une nouvelle facture par les acteurs concernés (nouveau n° de facture / nouveau n° de titre de recette) ;
- si l'anomalie est du fait de la caisse AMO :**
 - corrections (du SI, des pratiques...) AMO pour ne pas générer un nouveau rejet identique,
 - renvoi de la facture en l'état (avec le même n° de facture que celle initiale et pas d'envoi de titre de recette) par le service DAF ;
- clôture du dossier par le service DAF dans l'outil de gestion des rejets.

Le cahier des charges à destination des éditeurs hospitaliers concernant le suivi de traitement des rejets intègre notamment le **besoin de chaîner les factures d'un même dossier** :

- pour les annulations / réémissions de factures :
 - la facture initialement émise, le titre de recette associé et les dates d'émission associées,
 - la facture et le titre de recette annulés, ainsi que les dates d'annulation associées,
 - la nouvelle facture et le nouveau titre de recette émis (avec un nouveau numéro de facture et donc un nouveau numéro de titre de recette), avec les dates d'émission associées ;
- pour les renvois de factures en l'état (avec le même numéro de facture que celle initiale et sans réémission du titre de recette) : les dates de renvoi.

Il intègre également la mise à disposition de tableaux de bord de pilotage du traitement des rejets et anomalies :

- pour le service DAF, à minima les éléments suivants :**
 - suivi du nombre de titres non réglés depuis plus de six mois,
 - suivi du délai d'annulation des créances non payées,
 - suivi du délai de traitement des anomalies par famille d'anomalies,
 - suivi du délai d'annulation des factures dont le rejet par l'assurance maladie est justifié (à partir de la fonction de gestion des rejets),
 - liste des anomalies non réglées depuis plus de six mois, pour analyse,
 - tableau de bord de suivi pour le DIM ;
- pour le comptable hospitalier, à minima les éléments suivants :**
 - suivi du nombre de titres non réglés depuis plus de six mois,
 - suivi du délai d'annulation des créances non payées.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

2.3.4.5 Principe n°4 – Mettre un place une réunion mensuelle instrumentée du triptyque de revue des éléments de facturation non réglés

Cette réunion mensuelle avec les trois référents (service DAF hospitalier, comptable hospitalier et correspondant hospitalier de la CPU), aura pour ordre du jour les points suivants :

- analyse des statistiques issues des tableaux de bord et actions correctives ;
- revue de la liste des anomalies non régularisées depuis plus de six mois et actions correctives ;
- revue de la liste des factures qui ne sont ni payées ni rejetées depuis plus de 30 jours et actions correctives ;
- traitement des points de blocage (indus contestés, traitements bloqués d'un rejet...).

Chacun des référents disposera des tableaux de bord ad hoc pour pouvoir traiter de manière efficace l'ensemble des points de l'ordre du jour¹⁴.

2.3.5 Le dispositif de recouvrement des créances (factures non payées et non rejetées)

Le dispositif de recouvrement des créances concernées est en cours de révision et sera finalisé début juin 2010, en concertation avec tous les partenaires nationaux concernés.

2.3.6 Le dispositif de trésorerie permettant de basculer à la facturation individuelle

Le dispositif d'avance de trésorerie aux établissements publics de santé permettant de basculer à la facturation individuelle, est en cours de finalisation et sera arbitré début juin 2010.

2.4 Le plan d'accompagnement des organismes pilotes

Le plan d'accompagnement des organismes pilotes (établissements de santé, comptables hospitaliers, CPU, caisses gestionnaires liquidatrices et éditeurs de logiciels de facturation), tant au niveau local que national, est en cours de finalisation et sera arbitré courant juin 2010.

¹⁴ Les cahiers des charges à destination des éditeurs hospitaliers, des CPU et des comptables hospitaliers intégreront ces tableaux de bord.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

Chapitre 3 - L'appel à candidature

3.1 Le calendrier

Les établissements qui souhaitent participer à l'expérimentation doivent :

- renseigner le dossier de candidature,
- le transmettre sous format électronique à l'adresse e-mail suivante :

myriam.reynaud@sante.gouv.fr,

si possible pour vendredi 4 juin 2010,

au plus tard pour vendredi 11 juin 2010

- en parallèle, transmettre le dossier par courrier sous format papier et signé par le Directeur d'établissement à l'adresse suivante :

Myriam Reynaud
Chef de projet FIDES
Ministère de la Santé et des Sports
14, avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP

Pour plus d'information :

vous pouvez consulter le site ministériel <http://www.fides.sante.gouv.fr/>

ou contacter le chef de projet à l'adresse suivante : myriam.reynaud@sante.gouv.fr

La sélection finale des établissements pilotes sera effectuée courant juin 2010 et donnera lieu à un arrêté.

3.2 Les critères de choix des établissements pilotes

L'objectif de l'expérimentation étant notamment de préparer la généralisation, un échantillon significatif d'établissements pilotes sera choisi de manière à prendre la mesure de l'ensemble des situations hospitalières au regard de la facturation individuelle.

Pour ce faire, à l'issue de l'appel à candidatures, une cinquantaine d'établissements seront sélectionnés au démarrage de l'expérimentation, afin que tous les types d'établissements soient représentés :

- par taille et type d'établissement :
 - établissements publics et ESPIC,
 - petits, moyens et grands établissements,
 - activité HAD,

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

- typologie de la sociologie des patients ;
- en fonction du niveau de maturité organisationnelle et procédurale de la facturation au sein de l'établissement :
 - à partir des grilles d'analyses du dossier de candidature, issues de l'outil performance de l'ANAP sur la facturation / recouvrement,
 - en fonction des indicateurs suivants :
 - ✓ les taux de rejet constatés : sur les facturations individuelles actuelles (AME, migrants...) et sur le flux informatif actuel 1 Euro,
 - ✓ le délai moyen de paiement des titres de recette correspondant aux factures individuelles actuelles (AME, migrants...),
 - ✓ le taux de factures individuelles (AME, migrants...) télétransmises ;
- en fonction de la capacité de l'éditeur du logiciel de facturation de l'hôpital à respecter les cahiers des charges et les échéances de l'expérimentation
- en fonction de l'ancienneté du passage du poste comptable hospitalier sous Hélios¹⁵ :
 - pour les établissements publics de santé, le comptable hospitalier devra avoir migré sous l'appliquet Hélios depuis au moins six mois en avril 2011 (soient quasiment tous les CH et la plupart des CHU) ;
- en fonction de la capacité de la caisse pivot de l'hôpital à participer à l'expérimentation :
 - soient toutes les caisses pivot, hors celles qui seront en cours de fusion en avril 2011.

3.3 Les engagements des établissements candidats

Les établissements candidats à l'expérimentation s'engagent à mettre en œuvre les éléments suivants :

- expérimentation pour l'ensemble des établissements géographiques de l'établissement juridique ;
- respect du protocole d'expérimentation de la facturation individuelle (projet FIDES) ;
- stabilisation du parc logiciel concerné par la facturation individuelle de septembre 2010 à fin 2012, hors évolutions réglementaires et celles liées au projet FIDES ;
- intégration des évolutions logicielles liées au projet FIDES aussitôt que possible ;
- expérimentation des évolutions procédurales préconisées aussitôt que possible (processus instrumenté de traitement des rejets, réunions mensuelles du triptyque d'acteurs locaux, consignes nationales sur la fiabilisation des données et la prévention des anomalies / rejets...) ;
- reporting national bimensuel sur l'avancement du projet.

¹⁵ Des contacts sont ainsi recommandés entre ordonnateurs et comptables avant la formalisation d'une candidature.

Chapitre 4 - Annexes - Glossaire

Acronyme	Libellé
ACE	Actes et Consultations Externes
AMC	Assurance Maladie Complémentaire
AMO	Assurance Maladie Obligatoire
ARL	Accusé de Réception Logique
ARS	Agence Régionale de Santé
ATIH	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
B2	Norme de formatage des données pour la télétransmission
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CDR	Outil de consultation des droits en ligne
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CPAM	Caisse primaire d'Assurance Maladie
CPU	Caisse de Paiement Unique
DGFIP	Direction Générale des Finances Publiques
DGOS	Direction Générale de l'Offre des Soins
DMI	Dispositif Médical Implantable
ESPIC	Établissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif
GHS	Groupe Homogène de Séjour
HAD	Hospitalisation A Domicile
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
LPP	Liste des produits et prestations

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
UNCAM

Acronyme	Libellé
MCOO	Médecine Chirurgie Obstétrique Odontologie
MSA	Mutualité Sociale Agricole
NOEMIE	Norme Ouverte d'Échange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
SIH	Système d'Information Hospitalier
T2A	Tarification A l'Activité
TJP	Tarif Journalier de Prestations
TPG	Trésorier Payeur Général
UNCAM	Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie