



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES
UNCAM



PROJET FIDES : FACTURATION INDIVIDUELLES DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Rapport au parlement - 2012

Version 2

Sommaire

1.	Les enjeux et objectifs du projet FIDES	4
1.1	Les enjeux de la facturation individuelle.....	4
1.2	Les objectifs du projet.....	5
1.3	Une expérimentation inscrite dans la Loi	5
1.4	Les objectifs de l'expérimentation	5
1.5	Le périmètre du projet	6
2.	Les dates clés du projet.....	7
2.1	A l'origine de FIDES	7
2.2	Une expérimentation lancée début 2010.....	7
2.3	Une expérimentation dont le cadre et les modalités ont été précisés par le décret n° 2011-1217 du 29 septembre 2011	8
2.4	Une expérimentation prévue sur trois ans, en cinq phases	9
3.	Les moyens alloués à l'expérimentation	9
3.1	Une gouvernance de projet adaptée aux enjeux du projet et à la complexité des changements.....	9
3.2	Une équipe projet multi-partenaire	10
3.3	Une équipe support nationale multi-partenaire des réseaux concernés par l'expérimentation et la généralisation	11
3.4	Un accompagnement local renforcé des établissements pilotes	12
3.5	Un accompagnement régional des établissements et de leur comptable public en phase de généralisation.....	12
3.6	Un renforcement de l'équipe ATIH	12
3.7	Un budget de prestations de services alloué à l'expérimentation de 8 millions d'Euros.....	12
3.8	Un projet articulé avec les autres chantiers ministériels connexes à la facturation	13
4.	La méthode mise en œuvre.....	14
4.1	Les principes retenus pour l'expérimentation.....	14
4.2	Une bascule progressive des établissements sur les ACE ou sur les séjours, en pré-production (tests à blancs) puis en réel dans le cadre de l'expérimentation.....	15
4.3	Une forte instrumentation nationale du dispositif	17
4.4	La constitution de cahiers des charges pour les systèmes d'informations d'émission et de contrôle des factures.....	17
4.5	L'architecture technique du dispositif de facturation dans les établissements de santé.....	17
4.6	La définition du dispositif de facturation et du mécanisme d'avance de trésorerie.....	18

5.	Avancement de l'expérimentation et résultats obtenus.....	19
5.1	Des résultats positifs sur la facturation des ACE	19
5.1.1	Un déroulement de l'expérimentation conforme au planning.....	19
5.1.2	Des effets bénéfiques sur la chaîne de facturation / recouvrement hospitalière	20
5.2	Un démarrage très progressif, depuis l'automne 2011, de la facturation individuelle des séjours 21	
5.3	Un déploiement très avancé de la facturation individuelle dans les régimes d'assurance maladie obligatoire	22
5.4	Une amplification de la dynamique existante sur l'ensemble des établissements concernés, pilotes et non pilotes	22
6.	Les perspectives.....	22

1. Les enjeux et objectifs du projet FIDES

1.1 Les enjeux de la facturation individuelle

La facturation individuelle des prestations de santé hospitalières¹ publiques à l'assurance maladie obligatoire 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 à partir d'une connaissance exhaustive des parcours de soins des patients (ambulatoires et hospitaliers), vision non disponible aujourd'hui². Cela permettra notamment :
 - de bien dimensionner les établissements de santé sur les courts, moyens et longs séjours ;
 - d'avoir une vision sur l'articulation entre les séjours, les consommations en ville et les cliniques ;
 - de disposer d'une vision par cohorte et par pathologie, notamment concernant les pathologies chroniques, avec prises en charge à itérations, et donc d'adapter le système de soins en fonction de la vision.
- le contrôle du bon emploi local, régional et national des ressources publiques :
 - contrôles a priori des dépenses hospitalières publiques, de manière comparable à la médecine ambulatoire et en cliniques privées ;
 - contribuer à l'homogénéisation des pratiques (public / privé ; ambulatoire / en établissement ; à travers le territoire...) ;
- pour les établissements, tendre à l'exhaustivité, la rapidité et à la qualité de la facturation des prestations hospitalières (approche synergique avec la certification de leurs comptes prévue par l'article L.6145-16 du code de la santé publique) ;
- un pilotage macro-économique infra-annuel plus efficace.

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

² Seule la facturation individuelle permet de disposer d'informations suffisantes sur le parcours de soins complet des patients, chaînant directement les soins ambulatoires avec ceux des cliniques privées et des établissements de santé publics (aujourd'hui, le chaînage est effectué pour les établissements de santé publics à partir des données médicalisées du PMSI qui doivent d'abord être désanonymisées, ce qui génère des délais et une perte de données).

1.2 Les objectifs du projet

Les objectifs du projet sont triples :

- mettre à la disposition de la puissance publique (Etat, assurance maladie obligatoire et ARS) les données **individuelles et détaillées** relatives aux prestations des établissements hospitaliers publics (et ESPIC), **au fil de l'eau, et de manière sécurisée dans un cadre qui en limite la complexité et la charge de travail pour l'ensemble des acteurs**, en favorisant une réingénierie source de simplification pour tous les acteurs de cette chaîne de travail (automatisation des contrôles, dématérialisation des échanges...) :
 - les établissements de santé,
 - le réseau des comptables publics de la Direction générale des finances publiques (DGFIP),
 - les organismes d'assurance maladie obligatoire,
 - 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.**

1.3 Une expérimentation inscrite dans la Loi

L'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009³ a décidé la mise en oeuvre d'une expérimentation de facturation individuelle et directe des consultations et séjours aux caisses d'assurance maladie obligatoire par des établissements de santé publics et privés d'intérêt collectif.

En application de cette loi, le décret n°2011-1217 du 29 septembre 2011 définit le cadre de cette expérimentation de facturation individuelle des établissements de santé (cf. infra).

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),

³ Loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009.

- systèmes d'information (cahiers des charges, architecture, interopérabilité...),
 - organisation et procédures des services hospitaliers / des comptables publics hospitaliers / des caisses AMO de paiement,
 - législation et réglementation (évolutions à prévoir, responsabilité des comptables des différents organismes publics concernés...);
- définir **les conditions d'initialisation du dispositif** (système d'avance de trésorerie en faveur des établissements de santé...);
 - valider les règles de facturation et de traitement des rejets de factures 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 sont 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 est analysé dans le cadre de l'expérimentation. En revanche, la facturation individuelle de la part complémentaire ne fait pas partie du protocole d'expérimentation. Si le pilotage de projet est unifié, un projet connexe a été lancé parallèlement, avec des objectifs, un calendrier et des ressources *ad hoc* pour la dématérialisation de la facturation de la part complémentaire.

1.5 Le périmètre du projet

Pour rappel, les établissements de santé publics et ESPIC sont déjà en facturation directe sur le périmètre suivant : l'Aide Médicale d'Etat (AME) et les soins aux migrants, la part complémentaire de la CMU et du régime Alsace Moselle, la rétrocession des médicaments. Les règles de facturation sur ce champ de facturation restent inchangées dans le cadre du projet FIDES.

Le projet FIDES vise dans un premier temps les activités « MCOO » (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie) qui représentent environ 40 milliards d'Euros des dépenses d'assurance maladie soit près de 30 % de l'ONDAM.

Les règles de facturations couvrent le périmètre suivant :

- les séjours hospitaliers (et séances) entrant dans le champ de la tarification à l'activité ;
- les actes et consultations externes auxquels ont été adjoints certaines prestations T2A réalisés en ambulatoire, la principale étant la prestation ATU qui rémunère les passages aux urgences non suivis d'hospitalisation.

Les activités « SSR » seront intégrées ultérieurement.



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES
UNCAM



2. Les dates clés du projet

2.1 A l'origine de FIDES

La loi du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 affirme le principe de la facturation directe à l'assurance maladie obligatoire. Tout en reportant sa mise en oeuvre en 2006 pour les établissements publics et ESPIC, elle instaure un dispositif transitoire et dérogatoire : les données d'activité sont transmises mensuellement à l'ATIH qui procède à leur valorisation ; l'agence régionale de l'hospitalisation (ARS) arrête et notifie chaque mois à l'établissement et à la caisse pivot le montant ainsi calculé.

Ce dispositif transitoire a été depuis reconduit à plusieurs reprises par le Parlement. Il s'achève en 2013.

En 2008, un rapport conjoint de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'inspection générale des finances (IGF) a recensé l'ensemble des obstacles à la facturation directe. Il a mis notamment en exergue le « défaut de pilotage » du projet de facturation directe et préconisé également que la facturation directe donne lieu à une expérimentation pour en préciser les conditions et en maîtriser les risques.

L'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 réaffirme le principe de la facturation directe et prévoit avant sa généralisation une expérimentation de facturation avec des établissements volontaires ; elle concerne l'ensemble du processus de facturation et de paiement impliquant les caisses d'assurance maladie obligatoire et les comptables publics hospitaliers ; elle porte aussi sur le système d'avance de trésorerie.

2.2 Une expérimentation lancée début 2010

Après une phase de réflexions préparatoires, le projet de facturation individuelle des établissements hospitaliers publics et privés d'intérêt collectif est entré début 2010 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 d'un chef du projet interministériel FIDES, dédié au projet ;
- la mise en place d'un comité de pilotage en charge de définir les orientations stratégiques et d'effectuer les arbitrages, présidé par la Secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales, et réunissant le Directeur général 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 de l'expérimentation ;
- une équipe projet ;
- un budget d'expérimentation.

Le projet a été alors renommé FIDES (Facturation Individuelles Des Etablissements de Santé).

2.3 Une expérimentation dont le cadre et les modalités ont été précisés par le décret n° 2011-1217 du 29 septembre 2011

Pris pour l'application du II de l'article 54 de la loi n°2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 qui dispose que « *les établissements de santé volontaires [...] peuvent participer à une expérimentation de facturation avec l'assurance maladie* », le décret du 29 septembre 2011 définit la notion de caisse de paiement unique, les procédures de facturation et de paiement, de régularisation des factures impayées et d'avances versées aux établissements de santé, nécessaires à la mise en place de l'expérimentation.

Ce décret renvoie à un arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget, la définition des prestations entrant dans le champ de l'expérimentation ainsi que le calendrier de celle-ci pour chacun des 55 établissements expérimentateurs. Les arrêtés interministériels suivants, fixant les listes des établissements de santé expérimentateurs de la facturation individuelle des prestations de soins hospitaliers aux caisses d'assurance maladie ainsi que le périmètre de facturation concerné par l'expérimentation pour chacun de ces établissements de santé, ont été pris sur cette base :

- Arrêté du 5 juin 2012 (NOR AFSZ1226538A) ;
- Arrêté du 26 avril 2012 (NOR ETSZ1221712A) ;
- Arrêté du 30 mars 2012 (NOR: ETSZ1209592A) ;
- Arrêté du 1er mars 2012 (NOR ETSZ1206461A) ;
- Arrêté du 7 novembre 2011 (NOR: ETSZ1131875A).

Ces arrêtés ont progressivement complété la liste des établissements expérimentateurs retenus (cf. liste au paragraphe 5.1.1) parmi la sélection des 55 établissements se préparant à l'expérimentation (sur 105 candidatures reçues) qui a été conduite de manière à obtenir un échantillon représentatif des établissements en termes de :

- statut juridique (établissements publics et ESPIC) ;
- volume d'activité (petits, moyens et grands établissements) ;
- niveau de maturité organisationnelle et procédurale de la facturation au sein de l'établissement, évalué à partir des grilles d'analyses du dossier de candidature, issues de l'outil performance de l'ANAP sur les fonctions facturation / recouvrement, et du taux de rejet constatés sur les facturations individuelles actuelles (AME, migrants...) ;
- diversité d'activité (HAD, dialyse, Alsace / Moselle...).

2.4 Une expérimentation prévue sur trois ans, en cinq phases

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 obligatoire	Février 2010 – fin 2010
Préparation organisationnelle des établissements Développements informatiques par les éditeurs de logiciels hospitaliers et l'assurance maladie obligatoire	Septembre 2010 – à partir d'avril 2011
Expérimentation en pré-production puis en réel de la facturation individuelle	A partir d'avril 2011 – fin 2012
Préparation de la généralisation	Début 2011 – fin 2012

3. Les moyens alloués à l'expérimentation

3.1 Une gouvernance de projet adaptée aux enjeux du projet et à la complexité des changements

Le pilotage du projet est assuré par le Ministère des affaires sociales et de la santé, le Ministère de l'économie et des finances et l'UNCAM, avec :

- un Comité de pilotage, se réunissant chaque trimestre, en charge de définir les orientations stratégiques et d'effectuer les arbitrages ;
- un comité projet, se réunissant chaque mois, en charge de suivre le bon déroulement du projet et des ajustements proposés et constitué des collaborateurs des directeurs constituant le Comité de pilotage.

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

- les établissements de santé publics et ESPIC :
 - groupe consultatif des représentants hospitaliers (fédérations hospitalières et présidents délégués généraux des conférences des DG, DIM, DAF, DSI, CME... des CH et des CHU),
 - groupe de travail constitué de DIM hospitaliers sur les processus hospitalier et les systèmes d'informations des séjours,

- leurs éditeurs de logiciel de facturation : groupe consultatif des éditeurs ;
- les caisses AMO : Comité national de coordination inter-régimes ;
- l'accrochage en télétransmission des régimes AMO : groupe bimestriel des infrastructures ;
- le support réseau au niveau régional : les ARS et les correspondants des directions des finances publiques (pour les comptables publics hospitaliers)
- l'ATIH, l'ANAP, la Direction générale des finances publiques (DGFIP)...

3.2 Une équipe projet multi-partenaire

L'équipe projet FIDES, cheville ouvrière de l'expérimentation et qui se réunit hebdomadairement, est en charge des travaux suivants :

- finalisation des études sur les modalités de mise en œuvre ;
- conception du dispositif cible pour la généralisation ;
- élaboration des documents de référence communs à l'ensemble des parties prenantes ;
- suivi opérationnel de l'avancement de l'expérimentation et des travaux ;
- mobilisation des acteurs nécessaires au bon déroulement du projet ;
- réalisation du bilan de l'expérimentation (bénéfices, coûts et risques du projet) ;
- préparation des scénarios et du plan de déploiement pour la généralisation.

Elle est dimensionnée en cible à 7 ETP et constituée de la manière suivante :

- 1 ETP - Chef de projet – Ministère de la santé - dédié au projet ;
- 1 ETP – Ministère de la santé / DGOS :
 - expertise en matière de facturation hospitalière (organisation des services hospitaliers / comptables publics ; processus de facturation et réglementation),
 - relation avec les éditeurs de systèmes d'information de gestion hospitalière.
- 1 ETP – Ministère du Budget / DGFIP - compétences en matière de flux financiers et sur la relation ordonnateur / comptable hospitaliers :
 - Bureau CL2C de la DGFIP (maîtrise d'ouvrage informatique d'Hélios),
 - Bureau CL1A de la DGFIP (expertise juridique) ;
- 2 ETP – UNCAM / CNAMTS :
 - Chef de projet UNCAM – CNAMTS,
 - Expertise sur la norme B2 de facturation,
 - Assistance projet ;
- 1 ETP - ATIH – maîtrise du module GENRSA développé par l'ATIH et de la valorisation financière des GHS :
 - Expertise PMSI,
 - Chef de projet DEFIS (moteur de facturation cible des séjours, développé par l'ATIH) ;
- 1 ETP – ANAP – projet facturation MEAH / ANAP
 - expertise sur les processus de facturation hospitalière,



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES
UNCAM



- vision nationale opérationnelle du niveau d'industrialisation des processus de facturation hospitalière.

Ce dimensionnement cible n'a pas toujours été atteint, notamment du fait des grandes difficultés rencontrées pour recruter des personnes disposant des compétences d'expertise en matière de facturation hospitalière.

3.3 Une équipe support nationale multi-partenaire des réseaux concernés par l'expérimentation et la généralisation

En complément de l'équipe projet, une équipe support nationale, constituée de « têtes » de réseaux, a été mise en place : le groupe d'accompagnement. Il se réunit également hebdomadairement depuis avril 2011 avec l'équipe projet pour :

- assurer le bon déroulement sur chaque site concerné de l'expérimentation ;
- décliner localement et dans chaque réseau les documents nationaux de référence ;
- capter les difficultés éventuelles locales et dans chaque réseau durant l'expérimentation, pour une réponse consolidée au niveau national,
- contribuer à la préparation de la généralisation.

Le groupe d'accompagnement est dimensionné en cible à 6 ETP (en sus de l'équipe projet) et est constitué de la manière suivante :

- 2 ETP - ANAP : ingénierie du déploiement
- 1 ETP – DGOS : « tête » de réseau FIDES auprès des hôpitaux
- 1 ETP – DGFIP : « tête » de réseau FIDES auprès des comptables publics hospitaliers
- 1 ETP – CNAMTS : « tête » de réseaux auprès des caisses pivots et caisses gestionnaires CPAM
- 1 ETP – MSA : « tête » de réseaux auprès des caisses pivots et caisses gestionnaires MSA

Le support réseau national est organisé de la manière suivante pour l'expérimentation :

- Expertise nationale sur le processus de fiabilisation des flux informatiques, qui sera le point d'entrée unique du support réseau national, lors de la phase d'expérimentation ;
- Expertise nationale sur les règles de facturation et de traitement des rejets de factures ;
- Expertise nationale sur les incidents logiciels, interfaces... dont :
 - suivi spécifique et individualisé des éditeurs,
 - suivi spécifique des caisses AMO

Pour la phase de généralisation, ce support réseau national serait organisé sous la forme d'un centre d'appel « helpdesk » :

- traitement de 1er niveau de tous les appels ;
- transfert pour traitement de 2e niveau à l'expert concerné.

3.4 Un accompagnement local renforcé des établissements pilotes

Chacun des 55 établissements candidats retenus pour l'expérimentation est accompagné sur leurs métiers et sur les aspects techniques :

- Prestation d'expertise métier sur site (de 36 jours) sur les trois axes suivants :
 - accompagnement à la mise en œuvre du plan d'actions de l'établissement,
 - assistance à l'optimisation de la qualité des données de facturation (actes et consultations externes et séjours),
 - aide à l'élaboration des indicateurs clés de facturation individuelle.
- Prestation d'expertise technique sur site (de 20 jours) par l'éditeur de logiciel de facturation de l'établissement lors des moments clés suivants :
 - bascule en pré-production puis en réel de la facturation des ACE (actes et consultations externes),
 - bascule en pré-production puis en réel de la facturation des séjours.

3.5 Un accompagnement régional des établissements et de leur comptable public en phase de généralisation

Le support réseau régional auprès des établissements de santé sera assuré par les ARS, dont la montée en puissance s'effectue progressivement tout au long de l'expérimentation.

De même, le support réseau régional auprès des comptables publics hospitaliers sera assuré par des pilotes d'accompagnement du changement maîtrisant notamment l'application Hélios des comptables, dont la montée en puissance s'effectue progressivement tout au long de l'expérimentation.

3.6 Un renforcement de l'équipe ATIH

L'équipe de l'ATIH a été renforcée de cinq personnes pour refondre le module de facturation GENRSA (renommé DEFIS), sous la forme de 3 recrutements et de 2 personnes en prestation de service.

3.7 Un budget de prestations de services alloué à l'expérimentation de 8 millions d'Euros

Le budget alloué à l'expérimentation est de 8 M€ de budget de prestations de services, permettant d'une part d'accompagner sur site les établissements de santé sur les volets métiers et techniques et d'autre part de renforcer les équipes nationales sur les travaux suivants :

- Assistance au pilotage national du projet :**
 - « **PMO** » du projet : suivi de l'avancement des établissements, comptables, CPU, caisses gestionnaires AMO et éditeurs ; préparation des tableaux de bord pour les réunions de suivi...

- **Pilotage national de la qualité de la facturation AMO** : suivi de la fiabilité des données par typologie de rejets, par éditeur... ; suivi de la mise en œuvre et de l'impact des plans de fiabilisation des données...
 - **Extranet du projet FIDES** : « knowledge management » national pour gérer la mise en ligne des tableaux de bord, cahiers des charges, guides, questions / réponses..., ainsi que la gestion des droits ;
 - **Centre d'appel de niveau 1** : point d'entrée pour gérer les appels et les courriers électroniques entrants sur les questions réglementaires, techniques, liées au projet...
- Dimensionnement économique du projet** : analyse des coûts, des gains et des risques globaux et par acteur (puissance publique, établissements de santé, comptables publics et assurance maladie obligatoire)

Le marché permettant de renforcer les équipes nationales n'a pas encore été publié.

Sur ce budget, 4, 1 millions d'Euros ont été engagés à ce jour.

3.8 Un projet articulé avec les autres chantiers ministériels connexes à la facturation

Ce projet s'inscrit dans une démarche ministérielle globale d'amélioration de la performance de gestion hospitalière, avec une articulation (notamment calendaire) avec les projets suivants :

- le projet de dématérialisation des pièces comptables échangées entre ordonnateurs et comptables hospitaliers (protocole d'échange standard **PES V2** de données informatiques), piloté par la DGFIP, dans la continuité de la finalisation en 2010 du déploiement de l'application Hélios, sachant que cette dématérialisation est indispensable au bon fonctionnement du dispositif FIDES en régime de croisière ; conformément à l'article 8 de l'arrêté du 27 juin 2007 modifié relatif à la dématérialisation des opérations en comptabilité publique (NOR: BCFR0750735A), la norme PES V2 devra être mise en œuvre par les établissements publics de santé d'ici le 1^{er} janvier 2015 ;
- la certification des comptes hospitaliers à compter de l'exercice 2014 (cf. article L.6145-16 du code de la santé publique) compte tenu des retombées attendues de l'amélioration de la qualité de facturation sur la fiabilité des enregistrements comptables de recettes des établissements ;
- le projet d'optimisation de la facturation de la part complémentaire, en homogénéisant les procédures et normes informatiques avec le dispositif FIDES autant que faire se peut (la concertation avec les organismes complémentaires d'assurance-maladie est en cours) ;

4. La méthode mise en œuvre

4.1 Les principes retenus pour l'expérimentation

Tous les choix ont été effectués en vue de limiter au maximum les coûts et les risques (métiers, techniques et financiers) pour l'ensemble des acteurs concernés, en particulier pour les établissements de santé :

- des choix techniques les plus proches possibles de l'existant** : sur les ACE et sur les séjours ;
- des évolutions concentrées sur les évolutions métiers** (services DAF et DIM) en établissement hospitalier :
 - industrialisation des processus métiers, afin de pouvoir faire face aux volumétries attendues de factures à traiter,
 - qualité des données de facturation : droits sociaux des patients, référentiels, paramétrages des logiciels de facturation...
 - instrumentation des métiers liés à la facturation :
 - ✓ DAF : outil de gestion et de pilotage des rejets de factures par l'AMO (cahier des charges qui sera publié fin 2012, à l'issue des développements des éditeurs de logiciels de facturation hospitalière de la facturation des séjours),
 - ✓ DIM : contrôle de l'exhaustivité et de la qualité des données de facturation (cahier des charges en cours de rédaction) ;
- un retour d'expériences des meilleures pratiques, dans les établissements publics, ESPIC et cliniques privées ;
- une caisse de paiement unique (la CPU) en interface pour simplifier et sécuriser les échanges informatiques des établissements et leur comptable public avec l'ensemble des caisses et régimes AMO ;
- un dispositif d'avance mensuelle de trésorerie de l'AMO en faveur des établissements ;
- utiliser ce nouveau mode de facturation comme un levier de changement du mode de gestion pour les établissements de santé**
- une simplification du processus de recouvrement par les comptables publics pour permettre à l'ensemble des acteurs d'absorber la volumétrie de factures attendue (dématérialisation et automatisation des traitements) ;**
- la préparation des différents acteurs et le test de la facturation individuelle avant de basculer en réel pour conforter les établissements et maîtriser les taux de rejets ;**
- une montée en puissance progressive des acteurs pendant l'expérimentation, en fonction de leur niveau de maturité dans la maîtrise de leur chaîne de facturation / recouvrement et de leur système d'information ;**
- un accompagnement renforcé des sites de proximité, régional et national.**

Tous les circuits cibles sont dématérialisés : 100 % des factures hospitalières en facturation individuelle sont télétransmises selon une norme B2-Noémie utilisée par tous les acteurs de la chaîne (tous régimes, tous territoires...).

Les procédures sont rigoureusement identiques dans le secteur privé lucratif d'une part, et les secteurs public et privé non lucratif d'autre part sur les points suivants :

- les factures à l'assurance maladie sont identiques ;
- la liquidation par l'assurance maladie est identique.

En revanche, les points suivants diffèrent :

- les procédures internes aux établissements publics ne peuvent pas être identiques en raison des missions assignées aux comptables publics par les règles de la comptabilité publique ;
- les établissements publics et ESPIC ne transmettent plus les pièces justificatives des factures, contrairement aux cliniques privées ;
- le dispositif d'acomptes existant pour les cliniques privées n'est pas transposable au secteur public en raison des règles de la comptabilité publique. Il a été remplacé par un dispositif d'avances mensuelles pour le secteur public ;
- L'application d'un modèle de facturation des séjours reposant sur un logiciel unique fourni par l'ATIH vise à réduire les coûts et à maîtriser la qualité et le déploiement du dispositif. Une simplification du dispositif de recouvrement (relance des factures impayées) et la mise en place d'une Commission nationale inter-régimes de règlement des litiges de facturation pour les établissements de santé publics et ESPIC.

4.2 Une bascule progressive des établissements sur les ACE ou sur les séjours, en pré-production (tests à blancs) puis en réel dans le cadre de l'expérimentation

A l'issue d'une procédure d'appel à candidatures en mai 2010 **auprès de l'ensemble des établissements** publics et privés d'intérêt collectif, la liste des établissements, caisses et postes comptables pilotes a été arrêtée courant juin 2010 par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget, **sur la base du volontariat** et de critères de représentativité au regard de l'évaluation de l'expérimentation et de la préparation de la généralisation, notamment le type, la taille et le niveau de maturité de l'établissement de santé sur la facturation. Un arrêté du 24 décembre 2010 officialise cette liste des établissements de santé volontaires pour cette expérimentation.

La bascule des établissements en facturation individuelle s'effectue en 3 phases :

- Volet 1 – Préparation métier des établissements** : de juin 2010 et jusqu'à partir d'avril 2011, les établissements pilotes sont en phase de préparation à la facturation individuelle (volet 1 de l'expérimentation) :
 - évolution de leurs organisations et industrialisation de leurs processus pour être en mesure de facturer au fil de l'eau les volumétries attendues,
 - 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 logicielles⁴ liées au projet et tests à blanc.

⁴ Les cahiers des charges informatiques ont été transmis graduellement aux éditeurs de logiciels hospitaliers au cours du deuxième trimestre 2010. Ils sont publiés sur le site ministériel <http://www.fides.sante.gouv.fr/>.

☒ **Volet 2 - 1^{ère} bascule (sur les ACE ou les séjours) :**

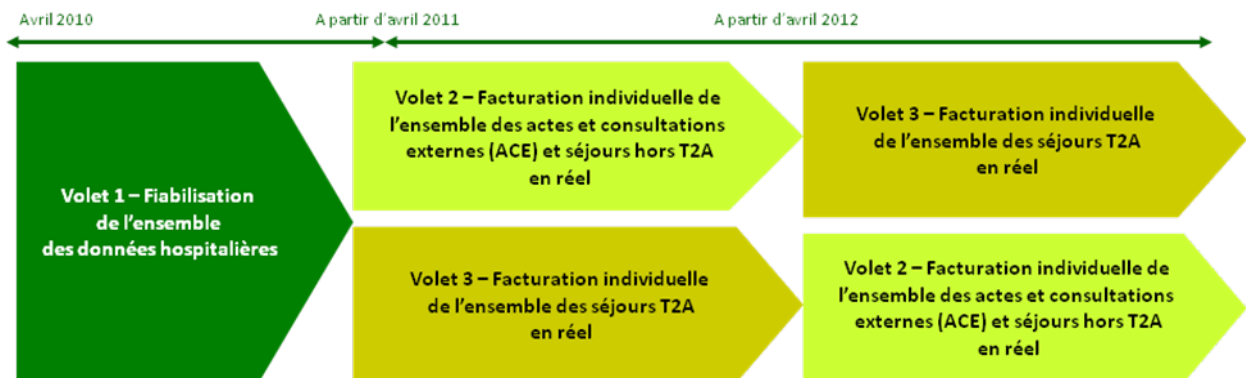
- Depuis avril 2011, **les établissements dont les taux de rejets sont inférieurs à 10% des factures transmises⁵ peuvent basculer en pré-production leur facturation individuelle sur les ACE ou les séjours.** Les autres établissements continuent la phase de préparation jusqu'à atteindre des taux de rejets inférieurs à 10%.
- **Les établissements en pré-production dont les taux de rejets en pré-production sont inférieurs à 10% sur trois cycles de facturation hebdomadaires basculent en facturation individuelle en réel sur le périmètre concerné.**

☒ **Volet 3 – 2^{nde} bascule sur le périmètre restant à couvrir (ACE ou séjours) :**

- Dès qu'ils ont atteint leur régime de croisière sur le volet 2, les établissements peuvent basculer en pré-production leur facturation individuelle sur le périmètre restant à couvrir (ACE ou séjours).
- Les établissements en pré-production dont les taux de rejets en pré-production sont inférieurs à 10% sur trois cycles de facturation hebdomadaires basculent en facturation individuelle en réel sur le périmètre concerné.

Du fait du retard pris par la plupart des éditeurs de logiciels de facturation hospitalière pour intégrer le moteur de facturation des séjours conçu par l'ATIH, sur les 55 établissements expérimentateurs, 54 ont commencé par les ACE et un seul par les séjours.

Calendrier d'expérimentation pour les établissements



⁵ 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.

4.3 Une forte instrumentation nationale du dispositif

L'un des objectifs de l'expérimentation est également de préparer la généralisation de la facturation individuelle. Dans ce cadre, de nombreux instruments nationaux ont été conçus ou sont en cours de conception pour faciliter la maîtrise du dispositif par les acteurs de terrain :

- ☒ **Des instruments techniques**, avec des cahiers des charges informatiques unifiés et partagés par l'ensemble des parties prenantes (éditeurs de logiciels de facturation, ATIH et assurance maladie obligatoire), traitant des règles de facturations, mais aussi des outils de services de facturation (traitement des rejets, contrôles en amont des factures de séjours...) ;
- ☒ **Des outils métiers**, permettant aux établissements de disposer d'un diagnostic, de plans d'actions et d'outils d'accompagnement du changement, avec :
 - l'outil d'auto-diagnostic / plans d'actions développé par l'ANAP sur la performance des processus de facturation / recouvrement,
 - un benchmark sur la performance de la facturation (processus et qualité) élaboré avec plus d'une centaine d'établissements de santé (en cours de finalisation),
 - un retour d'expériences sur les pratiques dans le secteur privé (en cours),
 - un tableau de bord bimestriel national et par établissement sur la qualité des données de facturation,
 - des fiches pédagogiques sur l'évolution des paramétrages logiciels, les règles de facturation, les principaux types de rejets...

4.4 La constitution de cahiers des charges pour les systèmes d'informations d'émission et de contrôle des factures

Un des éléments clefs de réussite du projet repose sur l'utilisation de règles de facturation partagées entre les partenaires nationaux, et donc opposables à tous, de manière à assurer autant que possible une facturation de qualité et limiter les risques de rejets du fait d'interprétations variables 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 à destination des éditeurs de logiciels hospitaliers, de l'ATIH et de l'assurance maladie obligatoire. Le cahier des charges de facturation des soins externes a été mis à disposition des acteurs en mai 2010. Le cahier des charges de facturation des séjours a été mis à disposition en octobre 2010.

4.5 L'architecture technique du dispositif de facturation dans les établissements de santé

Afin de maîtriser le processus technique, il a été décidé de faire reposer la facturation sur les dispositifs existants.

Ainsi, s'agissant des soins externes, le dispositif repose sur les éditeurs de facturation qui transmettent déjà à l'assurance maladie les consultations externes relatives aux bénéficiaires de l'aide médicale état et des migrants notamment. Afin de s'assurer de la qualité de l'intégration des nouvelles



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES
UNCAM



règles de facturation l'ensemble des éditeurs est passé par un banc de tests sous la responsabilité de l'assurance maladie.

S'agissant des séjours, le dispositif repose sur le moteur de facturation DEFIS développé par l'ATIH et intégré au sein de chaque hôpital, en remplacement du moteur existant GENRSA, également développé par l'ATIH. Afin de s'assurer de la qualité de l'intégration des nouvelles règles de facturation dans le moteur de facturation DEFIS, celui-ci est également passé par un banc de tests sous la responsabilité de l'assurance maladie.

4.6 La définition du dispositif de facturation et du mécanisme d'avance de trésorerie

La loi de financement pour la sécurité sociale pour 2005 a prévu que le règlement des factures émises par les établissements publics de santé et les ESPIC soit réalisé par un interlocuteur financier.

La caisse de paiement unique assure le paiement de l'ensemble des factures individuelles télétransmises par l'établissement pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire. Les caisses gestionnaires (dont relèvent les assurés sociaux) restent chargées de la liquidation des factures.

La facturation et le paiement des établissements sont entièrement dématérialisés et reposent sur des normes d'échanges informatiques communes.

Le principe d'une avance de trésorerie a été retenu afin que la trésorerie des établissements ne soit pas pénalisée par la mise en place de la facturation individuelle. Son objet est de neutraliser les fluctuations de trésorerie résultant des délais de liquidation des caisses gestionnaires.

Le décret du 29 septembre 2011 relatif à l'expérimentation de la facturation individuelle des établissements de santé publics et ESPIC a précisé les points suivants :

- les modalités de traitement, de règlement et de rejet des factures émises par les établissements expérimentateurs ;
- les modalités de calcul et de régularisation de l'avance de trésorerie ainsi que les conditions dans lesquelles le versement et les opérations de régularisation sont effectués.

Le délai de traitement (paiement ou rejet) qui s'impose aux caisses est fixé à 12 jours ouvrés. Ce délai se décompose de la manière suivante : 4 jours pour la caisse de paiement unique et 8 jours pour la caisse gestionnaire.

5. Avancement de l'expérimentation et résultats obtenus

5.1 Des résultats positifs sur la facturation des ACE

5.1.1 Un déroulement de l'expérimentation conforme au planning

Concernant la facturation individuelle des ACE, l'expérimentation s'est bien déroulée, conformément au planning initial :

- Certification des éditeurs de logiciels de facturation hospitalière** : à ce jour, tous sont certifiés sur leur logiciel de facturation des actes et consultations externes, excepté MEDASYS / SAP, encore en cours de stabilisation de son nouveau logiciel de facturation.

La certification est obtenue après la réalisation de tests afin de s'assurer que les règles de facturation définies dans les cahiers des charges ont été correctement intégrées.

- Avancement des bascules en facturation individuelle des 55 établissements expérimentateurs** :

- 17 établissements auront basculé en réel au 1^{er} novembre 2012 :

Numéro FINESS juridique	Etablissement expérimentateur	Code du comptable public	Libellé de la trésorerie hospitalière	Code caisse pivot (CPU)	Libellé caisse pivot (CPU)	Date de bascule en réel
600100713	CH Beauvais	060007	Beauvais municipale	601	CPAM - Oise	1 ^{er} septembre 2011
840000657	Association institut Sainte-Catherine			841	CPAM - Vaucluse	1 ^{er} septembre 2011
600100713	CH Sambre Avesnois	059526	Maubeuge municipale	599	CPAM - Hainaut	1 ^{er} mars 2012
640780417	CH Morlaix	029026	Morlaix municipale	02291	MSA -Armorique	1 ^{er} mars 2012
560023210	CH Bretagne Atlantique Vannes	056019	Vannes municipale	561	CPAM - Morbihan	1 ^{er} avril 2012
560000044	CH PLOËRMEL	056010	Ploërmel	02351	MSA-Portes de Bretagne	1 ^{er} mai 2012
030780118	CH VICHY	003035	Vichy	031	CPAM – Allier	1 ^{er} mai 2012
440000313	CH CHATEAUBRIANT	044005	Châteaubriant	441	CPAM – Loire-Atlantique	1 ^{er} juin 2012
790000012	CH NIORT	079018	Niort Centre hospitalier	791	CPAM – Deux-Sèvres	1 ^{er} juin 2012
300780046	CH ALES	030043	Alès	301	CPAM – Gard	1 ^{er} septembre 2012

Numéro FINESS juridique	Etablissement expérimentateur	Code du comptable public	Libellé de la trésorerie hospitalière	Code caisse pivot (CPU)	Libellé caisse pivot (CPU)	Date de bascule en réel
590781605	CH CAMBRAI	059312	Cambrai	599	CPAM – Hainaut	1 ^{er} septembre 2012
330780552	Fondation Maison de Santé Protestante Bordeaux Bagatelle (MSPB)			331	CPAM – Gironde	1 ^{er} septembre 2012
140026279	CH Cote Fleurie	014051	Honfleur	141	CPAM – Calvados	1 ^{er} octobre 2012
930110051	CH St Denis	093108	St Denis Centre hospitalier	931	CPAM – Seine-Saint-Denis	1 ^{er} octobre 2012
260000021	CH Valence	026028	Valence Hôpitaux	261	CPAM – Drôme	1 ^{er} octobre 2012
850000019	CHD La Roche-sur-Yon Luçon Montaigu	085017	La Roche sur Yon Hôpitaux	02851	MSA-Loire Atlantique Vendée	1 ^{er} octobre 2012
800000028	CH Abbeville	080058	Abbeville	801	CPAM - Somme	1 ^{er} novembre 2012

- 4 établissements ont fini leurs tests de pré-production et sont en attente de bascule en réel dans l'expérimentation :
 - ✓ CH de Loches
 - ✓ CH de la Réunion
 - ✓ ESPIC CLCC Baclesse
 - ✓ CHU de Toulouse
- 28 établissements sont en phase de pré-production sur les ACE ou démarreront en pré-production sur les ACE d'ici fin 2012
- 5 établissements sont en cours de migration informatique (migrations techniques lourdes ou migrations logicielles) et effectueront leurs tests début 2013 ;
- 1 établissement a commencé par les séjours.

5.1.2 Des effets bénéfiques sur la chaîne de facturation / recouvrement hospitalière

Le taux de rejets moyen de l'ensemble des établissements qui facturent en réel les ACE est faible et bien meilleur que prévu : soit un taux de rejets de 4,98% sur 350 000 factures.

Un dispositif ad hoc ayant été mis en place pour neutraliser les variations de flux de trésorerie (étude et suivi de la variation du besoin en fond de roulement, et dispositif d'avance de trésorerie), **il n'y a eu aucune incidence financière pour les établissements qui ont basculé en réel.**

Au sein des établissements, la facturation individuelle permet d'avoir une meilleure exhaustivité de la facturation, une meilleure gestion des droits des assurés et une coopération plus resserrée avec les différents acteurs concernés (établissements, comptables publics et caisses d'assurance maladie obligatoire), d'où **une meilleure description et une meilleure valorisation de l'activité.**

Avec la facturation globale, les contrôles de l'assurance maladie sont effectués a posteriori. Les contrôles a posteriori étant structurellement très coûteux, ils sont plus limités. **Sur les actes et consultations externes, le taux d'erreurs avec ce dispositif est estimé à 40%** (taux de rejet actuel des flux 1 Euro pour les établissements non expérimentateurs, dont l'expérimentation confirme que cet indicateur est représentatif de la qualité des données de facturation sur ce périmètre de prestation). Les erreurs sont essentiellement concentrées sur la codification des exonérations, le parcours de soins, les ALD et la maternité.

La facturation individuelle et les contrôles systématiques a priori de l'assurance maladie obligatoire est le moyen privilégié de disposer d'une facturation de qualité (taux d'erreurs cible inférieur à 5%). En revanche, **cette qualité nécessite notamment des efforts de la part des établissements hospitaliers pour émettre des factures de meilleure qualité** (réingénierie de certains de leurs processus, mobilisation de moyens humains supplémentaires pour vérifier en amont la qualité des droits des patients et des codages médicaux et en aval pour traiter les rejets...).

La facturation individuelle permet également aux établissements de piloter leur activité et leur trésorerie avec la maîtrise de ses différents constituants : exhaustivité de la facturation, exhaustivité du contenu des factures, délai de facturation, taux de rejet et délai de traitement des rejets.

5.2 Un démarrage très progressif, depuis l'automne 2011, de la facturation individuelle des séjours

La facturation individuelle des séjours a démarré à l'automne 2011, conformément au planning, avec :

- un nouveau moteur de facturation, DEFIS, développé par l'ATIH, livré en juin 2011 et certifié ; il fait l'objet d'une intégration par les éditeurs dans leurs propres logiciels.
- un premier éditeur (SIGEMS) qui a terminé ses développements fin 2011 ;
- Un premier établissement de santé, l'ESPIC Association Les Amis de l'Œuvre Wallerstein (dont l'éditeur est SIGEMS) qui a démarré en pré-production sur les séjours fin 2011 et qui devrait basculer d'ici fin 2012 en réel avec un taux de rejet des factures inférieur à 3% en pré-production.

Cependant, tous les autres éditeurs de logiciels de facturation hospitalière ont pris un retard important sur les développements liés à la facturation des séjours, notamment du fait de la réforme de la tarification des séjours pour les patients relevant de l'AME. Il en est résulté un décalage du planning de livraison des éditeurs de logiciels de facturation hospitalière. **La plupart d'entre eux ne seront prêts sur les séjours que sur le dernier trimestre 2012.**

Par ailleurs, une cartographie des systèmes d'informations des séjours a été effectuée auprès des 55 établissements pilotes et généralisée aux 1 000 établissements de santé publics et ESPIC. Elle montre une très forte hétérogénéité des systèmes d'information sur les séjours, avec :

- une grande disparité, à type et taille d'établissements de santé comparables, du niveau d'intégration des systèmes d'information hospitaliers liés aux séjours, avec en conséquence un

nombre plus ou moins important d'interfaces informatiques à prévoir pour alimenter le moteur de facturation DEFIS ;

- seulement la moitié des établissements qui estiment que les modalités actuelles de production des flux de données sur les séjours leur permettront d'alimenter le moteur de facturation DEFIS.**

Ce premier état des lieux sur la facturation des séjours, plus complexe que celle des ACE, met en exergue la **nécessité d'expérimenter encore un an et de mettre en œuvre un déploiement très progressif de la facturation individuelle des séjours pour préciser les modalités techniques de la généralisation qui n'interviendra sur ce champ qu'à compter de 2014**, afin de limiter les risques pour les établissements de santé.

5.3 Un déploiement très avancé de la facturation individuelle dans les régimes d'assurance maladie obligatoire

Pour intégrer le processus de facturation directe, l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire doivent être en capacité de gérer les flux de facturation au sein de l'infrastructure d'échanges sécurisés de télétransmission et de disposer des outils de tarification des actes et consultations externes et des séjours hospitaliers,

- en septembre 2012, les régimes répondant à ces 2 conditions couvrent 93 % de la population des assurés sociaux ;
- la couverture complète interviendra au cours du premier trimestre 2013 ;
- dans cette attente et afin de ne pas pénaliser les établissements, les factures concernant les assurés relevant des petits régimes ne répondant pas à ces conditions sont stockées par la caisse de paiement unique et entrent dans le calcul de l'avance de trésorerie.

5.4 Une amplification de la dynamique existante sur l'ensemble des établissements concernés, pilotes et non pilotes

Les actions mises en œuvre au niveau national ont permis d'amplifier la dynamique existante, initiée en 2006, sur l'ensemble des établissements concernés, pilotes et non pilotes, avec des résultats tangibles puisque le taux de rejet national sur le périmètre de la facturation individuelle actuelle (CMUC, migrants...) du millier d'établissements de santé concerné est passé de 11,4 % sur 2009 à 9,2% en 2010 et à 7,9% en 2011, et donc de passer en deçà du seuil de 10% fixé pour l'expérimentation avant même le début de la généralisation en 2013.

6. Les perspectives

Le calendrier de généralisation de la facturation individuelle qui est proposé pour la prochaine loi de financement de la sécurité sociale s'étale du 1^{er} janvier 2013 au 1^{er} mars 2016, selon des modalités calendaires qui seront précisées par décret des ministres chargés de la santé, de la sécurité



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES
UNCAM

sociale et du budget tenant compte de la catégorie et de la taille des établissements pour les actes et consultations externes.

En effet, il ressort de l'expérimentation que l'impact sur l'organisation de la facturation individuelle est plus important au sein des établissements de plus grande taille et que l'indispensable dématérialisation des échanges implique l'adaptation des systèmes d'information des établissements publics de santé (norme PES V2 pour les pièces comptables).

Sur la base du bilan partagé de l'expérimentation du dispositif relatif aux actes et consultations externes, le dispositif serait généralisé à compter du 1^{er} janvier 2013 en débutant par les ESPIC et les CH puis en se poursuivant par les CHU selon des échéances qui seront précisées par le décret précité.

Concernant les séjours, les modalités de généralisation seront définies sur la base du bilan partagé de l'expérimentation qu'il est proposé de prolonger jusqu'au 31 décembre 2013.

Sur la base de ce bilan, cette généralisation concernera l'ensemble des établissements sur l'ensemble du périmètre de la facturation (actes et consultations externes et séjours), d'ici le 1^{er} mars 2016.