



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

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



PROJET FIDES : FACTURATION INDIVIDUELLES DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Rapport au Parlement

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.....	4
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.	La date de lancement du projet, durée et principales dates clés	6
2.1	A l'origine de FIDES	6
2.2	Une expérimentation lancée début 2010.....	6
2.3	Une expérimentation dont le cadre et les modalités ont été précisés par le décret n° 2011-1217 du 29 septembre 2011	7
2.4	Une expérimentation sur trois ans, en cinq phases	8
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-partenariale	9
3.3	Une équipe support nationale multi-partenariale des réseaux concernés par l'expérimentation et la généralisation	10
3.4	Un accompagnement local renforcé des 55 établissements pilotes	11
3.5	Un accompagnement régional des établissements et de leur comptable public en phase de généralisation.....	11
3.6	Un renforcement de l'équipe ATIH	11
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.....	13
4.1	Les principes retenus pour l'expérimentation	13
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	14
4.3	Une forte instrumentation nationale du dispositif	15
4.4	La constitution de cahiers des charges pour les systèmes d'informations d'émission et de contrôle des factures.....	15
4.5	L'architecture technique du dispositif de facturation dans les établissements de santé	16
4.6	La définition du dispositif de facturation et du mécanisme d'avance de trésorerie	16
5.	Les résultats obtenus à ce jour.....	17
5.1	La création d'une véritable dynamique sur l'ensemble des établissements concernés, pilotes et non pilotes.....	17
5.2	Des résultats prometteurs sur la facturation des ACE	17

5.3	Un démarrage très progressif, à partir de l'automne 2011, de la facturation individuelle des séjours	17
5.4	Un déploiement très avancé de la facturation individuelle dans les régimes d'assurance maladie obligatoire	18
6.	Une généralisation progressive à partir du 1 ^{er} janvier 2013	18
7.	Annexe : macro-planning de l'expérimentation	19

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 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) ;
- 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 ;
 - **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 fiables 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 lors de la décennie précédente.

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** 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 et la charge de travail pour l'ensemble des acteurs**, en favorisant une réingénierie source de simplification pour tous les acteurs en aval 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,
 - les patients / assurés ;
- contribuer à renforcer la culture de gestion des établissements publics de santé ;**

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).

- 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 2009² prévoit la mise en oeuvre 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.

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),
 - 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 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*.

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

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, après leur passage en T2A.

2. La date de lancement du projet, durée et principales dates clés

2.1 A l'origine de FIDES

La facturation individuelle et directe est l'un des corollaires de la tarification à l'activité.

La tarification à l'activité (T2A) a été officiellement instaurée par la loi du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 et le principe de la facturation directe a été affirmé dès l'origine. Tout en reportant sa mise en oeuvre en 2006, elle instaure un dispositif transitoire : les données d'activité sont transmises mensuellement à l'ATIH qui procède à leur valorisation et 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.

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 et les comptes 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 de **Myriam Reynaud** comme chef du projet interministériel FIDES, dédiée 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 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 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 paiement, de régularisation des factures impayées pour les établissements publics de santé 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 du calendrier de celle-ci par les 55 établissements volontaires retenus par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après concertation avec le ministre chargé du budget.

La sélection des 55 établissements expérimentateurs (sur 105 candidatures reçues) 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...).

2.4 Une expérimentation 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

Cf. le macro-planning de l'expérimentation en annexe du présent rapport.

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 du travail, de l'emploi et de la santé, le Ministère du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat 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...),
 - groupe de travail constitué de DIM hospitaliers sur les processus hospitalier et les systèmes d'informations des séjours (qui démarrera ultérieurement),
- 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 mensuel 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, le réseau DGFIP...

Ce projet est également inscrit dans les mesures de révision générale des politiques publiques (RGPP). Il donne donc lieu à des échanges réguliers avec la Direction générale de la modernisation de l'Etat (DGME).

3.2 Une équipe projet multi-partenariale

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 ;
- élaboration des documents de référence communs à l'ensemble des parties prenantes ;
- suivi opérationnel de l'avancement des travaux ;
- mobilisation des acteurs nécessaires au bon déroulement du projet ;
- réalisation du bilan des bénéficiaires, coûts et risques du projet ;
- préparation des scénarios et du plan de déploiement.

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

- 1 ETP - Chef de projet (Myriam REYNAUD – Ministère de la santé, dédiée 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 :
 - Mission Hélios ;
 - Bureau CL1A de la DGFIP.
- ☒ 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 ;
 - vision nationale opérationnelle du niveau d'industrialisation des processus de facturation hospitalière.

Ce dimensionnement cible n'est pas encore atteint à ce jour, 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, pour une réponse consolidée au niveau national.

Le groupe d'accompagnement est dimensionné 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

De même, ce dimensionnement cible n'est pas encore atteint à ce jour, du fait de grandes difficultés rencontrées pour recruter des personnes disposant des compétences d'expertise en matière de facturation hospitalière.

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

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

Pour la phase de généralisation, ce support réseau national pourra être 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 55 établissements pilotes

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

- Prestation d'expertise métier sur site (d'environ 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,
 - aide à l'élaboration des indicateurs clés de facturation individuelle.
- Prestation d'expertise technique sur site (d'environ 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 inter-régionaux maîtrisant 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, CG et éditeurs pilotes sur MS Project, préparation des tableaux de bord pour les réunions d'avancement hebdomadaires...
- **Pilotage national de la qualité de la facturation AMO** : fiabilité des SI, le suivi de la mise en œuvre et de l'impact des plans de fiabilisation des données ;
- **Suivi de la trésorerie des établissements et caisses** ;
- **Bilan et suivi économique** ;
- **Evaluation de l'expérimentation.**

☒ **Knowledge Management national (expérimentation et préparation de la généralisation) :**

- **Observatoire du projet FIDES** : « Webmaster » pour gérer la mise en ligne des tableaux de bord, livrables, guide, FAQ, ainsi que la gestion des droits...
- « **Knowledge Manager** » : animation des Questions / Réponses, FAQ...

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 certification des comptes hospitaliers (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 de dématérialisation des pièces comptables échangées entre ordonnateurs et comptables hospitaliers (protocole d'échange standard PES V2 de données informatiques généralisé le 1^{er} janvier 2015), 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 ;
- ☒ 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 a débuté).

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...
 - instrumentation des métiers liés à la facturation :
 - ✓ DAF : outil de gestion et de pilotage des rejets de factures par l'AMO (cahier des charges en cours de rédaction),
 - ✓ DIM : contrôle de l'exhaustivité et de la qualité des données de facturation (travaux qui démarrent) ;
- ☒ 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 ;
- ☒ une simplification du processus de recouvrement par les comptables publics pour leur permettre d'absorber la volumétrie de factures attendue ;
- ☒ **expérimenter avant de généraliser pour sécuriser le dispositif de bout en bout** ;

- ☒ **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 ;**
- ☒ **un accompagnement renforcé des sites de proximité, régional et national.**

Tous les circuits cibles sont dématérialisés : 100 % des factures hospitalières en facturation individuelle télétransmises (tous régimes, tous territoires...).

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 collectifs, 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 significativité 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 se préparent 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 logicielles³ liées au projet et tests à blanc.
- ☒ **Volet 2 - 1^{ère} bascule (sur les ACE ou les séjours) :**
 - Depuis avril 2011, seuls **les établissements dont les taux de rejets sont inférieurs à 10% des factures transmises⁴ 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) :**
 - 1 an après leur première bascule, les établissements basculent 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.

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.

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 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.

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 bordereaux de facturations émis 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. Les résultats obtenus à ce jour

5.1 La création d'une véritable dynamique sur l'ensemble des établissements concernés, pilotes et non pilotes

Les actions mises en œuvre au niveau national ont d'ores et déjà permis de créer une véritable dynamique sur le projet, avec des résultats tangibles puisque le taux de rejet national du millier d'établissements de santé concerné est passé de 11,4 % sur 2009 à 8,9% sur le 1^{er} semestre 2010, et donc passer en deçà du seuil de 10% fixé pour l'expérimentation avant même le début de la généralisation en 2013.

5.2 Des résultats prometteurs sur la facturation des ACE

Les travaux sont bien avancés et semblent très prometteurs sur la facturation individuelle des ACE, avec :

- ☒ **Certification des éditeurs de logiciels de facturation hospitalière** : à ce jour, 13 éditeurs sur 15 sont certifiés (dont tous les éditeurs ayant une part de marché importante sur ce segment) sur leur logiciel de facturation des actes et consultations externes. 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.
- ☒ **Bascule informatique en réel de deux établissements en facturation individuelle en septembre 2011** :
 - le CH de Beauvais (éditeur : Mipih) :
 - ✓ taux de rejet en 2009 : 10,65% ;
 - ✓ taux de rejet en 2010 : 7,52% ;
 - ✓ pré-production terminée avec un taux de rejet (CNAMTS) à 4,5% ;
 - ✓ taux de rejet (inter-régimes) actuel en réel du premier envoi en septembre 2011 : 6,42% ;
 - l'ESPIC Institut Sainte Catherine (qui est son propre éditeur) :
 - ✓ taux de rejet en 2009 : 12,72% ;
 - ✓ taux de rejet en 2010 : 3,10% ;
 - ✓ pré-production terminée avec un taux de rejet (CNAMTS) à 1,8% ;
 - ✓ taux de rejet (inter-régimes) actuel en réel du premier envoi en septembre 2011 : 4,46%.
- ☒ une vingtaine d'établissements pilotes ont démarré ou démarrent en pré-production d'ici fin 2011 ; une dizaine suivront au cours du 1^{er} trimestre 2012.

5.3 Un démarrage très progressif, à partir de l'automne 2011, de la facturation individuelle des séjours

La facturation individuelle des séjours va pouvoir démarrer à l'automne 2011, conformément au planning, avec :

- ☒ un nouveau moteur de facturation, DEFIS, développé par l'ATIH, livré en juin 2011 et quasi certifié à ce jour ; il fait l'objet d'une intégration par les éditeurs dans leurs propres logiciels.
- ☒ un premier éditeur (SIGEMS) qui termine ses développements à ce jour ;
- ☒ Un premier établissement de santé, l'ESPIC Association Les Amis de l'Œuvre Wallerstein (dont l'éditeur est SIGEMS) démarre en pré-production sur les séjours en novembre 2011

Cependant, la plupart des éditeurs de logiciels de facturation hospitalière ont pris un retard important sur les développements liés à la facturation des séjours et ne seront prêts qu'en 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 permet d'ores et déjà d'anticiper la nécessité de mettre en œuvre un déploiement très progressif de la facturation individuelle des séjours, afin de limiter les risques pour les établissements de santé.

5.4 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 octobre 2011, les régimes répondant à ces 2 conditions couvrent 85 % de la population des assurés sociaux ;
- ☒ la couverture complète interviendra avant la fin du 1^{er} semestre 2012 ;
- ☒ dans cette attente et afin de ne pas pénaliser les établissements, les factures concernant les assurés relevant de ces régimes sont stockées par la caisse de paiement unique et entrent dans le calcul de l'avance de trésorerie.

6. Une généralisation progressive à partir du 1^{er} janvier 2013

Le plan de généralisation au millier d'établissements publics de santé et ESPIC sera préparé progressivement au fur et à mesure des retours sur le déroulement de l'expérimentation. Il pourra ainsi être finalisé mi 2012 au regard de l'objectif fixé initialement de permettre une mise en œuvre à compter du 1^{er} janvier 2013, si les conditions sont réunies.

D'ores et déjà, les premiers enseignements des quelques mois de l'expérimentation du dispositif relatif aux actes et consultations externes, d'une part, et le retard pris concernant le dispositif informatique relatif aux séjours par de nombreux éditeurs de logiciels de facturation des établissements de santé, ainsi que les différences importantes de maturité de ces préparatifs concernant les séjours selon les établissements, d'autre part, laissent présager la nécessité d'étaler dans le temps le déploiement progressif de la facturation individuelle dans les établissements concernés après le 1^{er} janvier 2013. Le plan de généralisation qui sera arrêté par le Comité de pilotage interministériel en 2012 définira les conditions opérationnelles de montée en charge, dont le calendrier de généralisation possible.

La loi en vigueur prévoyant une complète généralisation dans l'ensemble des établissements concernés et pour l'ensemble de la facturation, dès le 1^{er} janvier 2013, le bilan de ces expérimentations permettra de présenter au Parlement, dans le cadre du PLFSS 2013, l'adaptation du cadre légal fondant la généralisation progressive du dispositif.

7. Annexe : macro-planning de l'expérimentation

