



Inspection générale
des affaires sociales
RM2008-119P

Inspection générale
des finances
2008-M-053-02

Le passage à la facturation directe des établissements de santé anciennement sous dotation globale

RAPPORT DEFINITIF

Établi par

Pierre ABALLEA
Inspecteur des affaires sociales

Valérie DELAHAYE-GUILLOCHEAU
Inspectrice générale des affaires sociales

Jérôme GATIER
Inspecteur des Finances

Avertissement préliminaire

Le présent rapport a été établi à l'issue d'investigations qui se sont déroulées entre juillet et fin octobre 2008, pour contribuer, dans sa version provisoire, aux travaux liés à l'examen du PLFSS 2009, et notamment à la finalisation de l'article 33 de la LFSS 2009 sur le calendrier du passage à la facturation directe.

Ceci explique que le rapport définitif, finalisé à l'issue de la période contradictoire avec les principaux décideurs au début du mois de décembre, ne comporte pas explicitement de référence à ce nouvel article de la LFSS 2009.

Synthèse

- [1] Le passage à la facturation directe dans les établissements de santé anciennement financés par dotation globale a donné lieu à des reports successifs dans le cadre des dernières LFSS. La dernière échéance définie par la LFSS de 2008 avait prévu une mise en œuvre de ce dispositif au 1er janvier 2009. Or le projet ne semble toujours pas prêt d'aboutir.
- [2] Les ministres en charge respectivement, de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, et du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique, ont demandé à l'été 2008 à l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et à l'Inspection générale des Finances (IGF) de conduire une mission d'évaluation de ce projet.
- [3] Les travaux de la mission menés par Valérie DELAHAYE-GUILLOCHEAU, Pierre ABALLEA, membres de l'IGAS et Jérôme GATIER, membre de l'IGF, ont porté sur une analyse du contexte de la réforme et de ses objectifs, des causes des difficultés rencontrées et de l'état actuel du projet. Enfin, au vu d'une appréciation bénéfices/ risques, la mission formule des propositions aux pouvoirs publics sur la suite de ce projet.

Le contexte historique de la réforme de la facturation directe

- [4] La réforme de 2003 du financement des établissements de santé a instauré une tarification à l'acte et à l'activité (T2A). Elle concerne aujourd'hui uniquement l'activité hospitalière aiguë dite de court séjour en Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO).
- [5] La réforme de 2003 était assortie, s'agissant des établissements anciennement sous dotation globale¹, d'une modification des règles de facturation. Elle prévoyait notamment la mise en place, à partir de 2006, d'une facturation directe et individuelle à l'assurance maladie, des prestations de santé (séjours, actes et consultations externes). Ce mécanisme de génération des recettes était destiné à se substituer au mécanisme de versement de la dotation globale, pour la part des recettes des établissements de santé émanant de l'assurance maladie obligatoire et liée à l'activité. Il se voulait analogue dans ses principes au système en vigueur pour les cliniques privées, qui ont toujours eu un mode de facturation directe, modifié en 2001 par la mise en place des caisses centralisatrices des paiements (CCDP), et en 2005 par la substitution des tarifs de Groupe Homogène de séjour (GHS) aux anciens prix de journée.
- [6] Dans l'attente de cette facturation directe, un dispositif transitoire de facturation a été mis en place en 2005 pour les hôpitaux : la valorisation des prestations de soins est réalisée par l'Agence Technique de l'Information Hospitalière (ATIH) et validée sous forme agrégée –initialement chaque trimestre et mensuellement depuis avril 2007 – par les agences régionales de l'hospitalisation (ARH).

¹Ces établissements de santé (dits « ex DG »), qui sont majoritairement des établissements publics mais aussi des établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH), seront appelés « hôpitaux » par simplification dans la suite de ce résumé.

- [7] Chaque caisse d'assurance maladie dont dépend l'établissement ne reçoit donc aujourd'hui que 12 factures par an et par établissement au titre de son activité principale. Le projet de facturation directe conduit à passer de l'ordre de 10 000 factures par an aujourd'hui à près de 60 millions (séjours, actes et consultations externes). Les enjeux en termes d'ONDAM portent sur 32 MM€ en 2007 qui représentent le financement de l'activité de court séjour MCO de près de 900 hôpitaux.

Un projet qui conserve des objectifs légitimes, mais dans un contexte qui a évolué

- [8] Le projet de passage à la facturation directe est un élément associé à la réforme de la T2A, et s'inscrit dans la volonté de rapprochement des secteurs des cliniques privées et des hôpitaux.
- [9] Le projet a d'emblée été différé dans le temps, avec la mise en place d'un système transitoire. Il a été par la suite décalé en raison de la nécessité de mettre en œuvre de nouvelles priorités issues des LFSS 2005 à 2008, mais aussi en raison des difficultés rencontrées dans la conduite du projet lui-même. Le système en vigueur aujourd'hui est toujours un système transitoire. Parallèlement, le passage des hôpitaux à la T2A a suivi un processus qui s'est accéléré dans le temps : en 2008 le financement des activités MCO est passé de 50 à 100% en T2A .
- [10] Tous ces éléments ont conduit à la déconnection progressive entre, d'une part, le passage des hôpitaux, à la T2A, et, d'autre part, le projet d'instauration de la facturation directe. A la date de la mission, la réforme de la facturation directe a perdu le lien étroit qu'elle avait avec la réforme de l'allocation de ressources à l'activité. Les objectifs de cette réforme doivent donc être aujourd'hui reconsidérés de manière distincte et à l'aune de la situation qui prévaut à la fin 2008. Ses impacts doivent être appréciés spécifiquement par rapport à l'effet de la montée en puissance de l'allocation de ressources en T2A.
- [11] Aujourd'hui, les objectifs de la facturation directe appliquée aux établissements de santé sont très fortement centrés sur des priorités des organismes d'assurance maladie obligatoire :
- un schéma analogue aux cliniques privées pour le versement des sommes dues, dans le cadre plus large de la convergence entre les deux secteurs ;
 - un dispositif permettant de mieux contrôler a priori et avant liquidation les sommes dues aux établissements de santé ;
 - un dispositif intégrant directement dans le système de gestion et d'information de l'assurance maladie des éléments lui permettant de s'inscrire dans une gestion du risque renouvelée.

Les bénéfices attendus sont plus difficiles à quantifier que les risques et coûts potentiels

- [12] Ces objectifs sont parfaitement légitimes et leur réussite est de nature à apporter des bénéfices certains à la gestion de l'assurance maladie. Pour autant, ils sont difficiles à quantifier et à traduire en termes financiers.
- [13] En ce qui concerne les hôpitaux eux-mêmes, la mission estime qu'une large partie des leviers d'amélioration de leur gestion et des changements culturels au sein de l'hôpital est déjà engagée dans les hôpitaux avec l'accélération du passage à la T2A à 100%, le parachèvement lié à la facturation directe étant réel mais plus limité. En tout état de cause l'enjeu de l'efficience à l'hôpital ne peut reposer sur le seul passage à la facturation directe.
- [14] A l'inverse le projet comporte des facteurs de coût et de risques possibles notamment sur l'impact de ce changement sur les charges de travail de chacun des réseaux, en tout état de cause liés à la volumétrie du projet, et en partie au niveau de rejet en rythme de croisière.

- L'impact du passage à la facturation directe sera différent selon les institutions : le volume des flux de factures pourrait être multiplié par un facteur 3 pour les hôpitaux et les comptables publics, et d'un facteur 2 à 5 pour les organismes d'assurance maladie obligatoire ;
- Les taux de rejets de facture sont aujourd'hui de 5 à 6 % pour les cliniques qui sont pourtant entrées depuis 2005 dans le nouveau dispositif. Pour les hôpitaux, et sur les statistiques des seuls flux actuellement télétransmis², ils sont de 7 à 10 % dans les meilleurs cas auxquels il convient d'ajouter un taux de rejets de 10% chez les comptables publics. Entre un tiers et la moitié des causes de rejet est lié à des questions d'identification erronée des droits des assurés.
- Les rejets nécessitent retraitement manuel et réémission d'une nouvelle facture. L'importance de ces charges de travail n'est aujourd'hui pas connue ; elle pourrait annuler les gains normalement attendus de l'automatisation des chaînes de facturation – recouvrement, voire être une charge nette au bout du compte pour l'ensemble des institutions et organismes.

[15] Tous ces éléments ne pourraient être quantifiés finement que par une expérimentation.

[16] Enfin le projet pourrait fragiliser la continuité et la qualité du suivi de l'ONDAM hospitalier.

Le projet de facturation directe a rencontré des difficultés et un défaut de pilotage qui expliquent en partie que les principaux acteurs sont loin d'être prêts

[17] Les facteurs de lourdeur du projet, de son déroulement dans le temps sur une durée nécessairement longue, de son coût élevé, en investissement et en fonctionnement viennent en contrepoint de l'intérêt qu'il présente.

[18] Le projet facturation directe est lourd et complexe, parce qu'il fait intervenir en interaction forte trois grands acteurs : les établissements hospitaliers, les organismes d'assurance maladie obligatoire et les comptables publics, ainsi que leurs systèmes d'information à la fois en termes d'infrastructures techniques et de logiciels, leurs organisations et leurs circuits financiers.

[19] Les acteurs nationaux ont rencontré des difficultés de tous ordres, tant pour définir l'ensemble des éléments du système-cible à mettre en place que pour faire avancer les composantes de ce système qui étaient suffisamment définies.

[20] Le projet n'a pas pu s'appuyer sur un pilotage d'ensemble à même de produire des accords et des arbitrages. La conduite du projet a en effet souffert dès l'origine d'une insuffisance des moyens dédiés. Les divergences entre les acteurs ont conduit à un fonctionnement de plus en plus cloisonné, à la fois dans le travail de fond mené et dans la communication vis à vis des structures impliquées sur le terrain, qui sont assez largement démobilisées aujourd'hui face ce projet.

[21] Dans ce contexte, il n'est pas vraiment étonnant que les institutions et organismes ne soient pas prêts :

- des éléments importants de définition du système cible ne sont aujourd'hui pas finalisés ni validés officiellement par l'ensemble des institutions ; il en résulte que les cahiers des charges des règles de facturation ne sont pas achevés ;
- le déploiement de la télétransmission sécurisée des données progresse et s'est accéléré en 2008, mais n'est pas encore généralisé : 150 hôpitaux télétransmettent début octobre 2008 et 600 sont en phase de test (en nombre d'entités géographiques).

² Il existe pour environ 10% des flux actuels de prestations de soins, une facturation individuelle directe dans les hôpitaux : la part complémentaire de la CMU, les soins aux migrants, l'Aide Médicale Etat, la rétrocession des médicaments. La moitié des ces flux seraient télétransmis, l'autre moitié transitant toujours sous forme papier.

- les établissements de santé ont encore de nombreuses étapes à franchir pour être prêts, notamment en terme de mise à niveau de leur organisation interne : la maturité des systèmes d'information apparaît très hétérogène, très peu d'hôpitaux sont aujourd'hui en mesure de faire cheminer de façon structurée les informations médicales et administratives nécessaire à une facturation rapide et de qualité ; les organisations internes et les articulations des départements d'information médicale, des bureaux d'accueil, des facturiers et des services financiers doivent continuer à évoluer.
- les contraintes des éditeurs de logiciels hospitaliers ont été négligées : faute d'éléments de cahier des charges indispensables pour développer les outils de facturation nécessaires, ils ne peuvent engager le travail de développement et d'implantation des évolutions nécessaires ; leurs délais de développement requièrent au minimum six mois à compter de la réception des cahiers des charges ;
- le réseau des comptables publics est mobilisé par d'autres priorités propres à son réseau, à travers le déploiement de l'application HELIOS dans toutes les trésoreries d'ici fin 2009 au mieux ; de plus, les interfaces entre ordonnateur hospitalier et comptable public semblent insuffisamment adaptées aux spécificités de la gestion hospitalière.
- les organismes d'assurance maladie sont en revanche plus avancés notamment la MSA et la CNAMTS, en tant que chefs de file de ce projet ; ceci est moins vrai pour les « petits régimes ». Mais ces organismes n'ont pas pris toute la mesure de la mise à niveau nécessaire de leurs moyens et de leur organisation notamment au niveau des CPAM.

[22] Il en résulte clairement que le projet ne pourra pas se déployer à la date prévue du 1^{er} janvier 2009, et qu'il requiert encore plusieurs années de travail avant d'envisager une généralisation de la facturation directe. Une date antérieure à 2012 semble illusoire.

Propositions

[23] Il apparaît indispensable de bien peser l'opportunité de relancer le projet de la facturation directe. Cette analyse doit se mener au regard des éléments propres au projet, mais aussi en le resituant dans le panorama de l'ensemble des réformes importantes et des sujets de fond que le secteur hospitalier aura à traiter dans les toutes prochaines années. Les acteurs impliqués dans ce projet vont en effet avoir à relever d'autres défis importants qui pourraient conduire à relativiser la priorité conférée à ce chantier.

[24] Si les pouvoirs publics réaffirment que la facturation directe constitue toujours une forte priorité, il convient d'une part s'appuyer sur une gouvernance de projet forte et, d'autre part de déployer une expérimentation préalable à toute décision de généralisation.

[25] La conduite réussie du projet repose sur la mise en place d'une direction de projet forte capable de faire procéder aux arbitrages indispensables dans ce type de démarche. Un chef de projet devra être recruté, en plein accord avec les acteurs principaux (DHOS, DGFIP et CNAMTS). Il devra s'appuyer sur une équipe étoffée, issue des organismes partie prenante au projet et disposer de moyens suffisants notamment pour l'accompagnement de l'expérimentation.

[26] L'expérimentation, menée sur un nombre réduit de trios « établissements de santé – caisse de paiement unique – comptable public », aura trois objectifs principaux :

- tester la faisabilité technique du schéma cible retenu et de ses éventuelles variantes ;
- mesurer les impacts et les coûts, notamment sur le plan organisationnel pour chacune des institutions. Il faudra notamment lever les incertitudes sur l'impact en terme d'augmentation des charges salariales nécessaires pour retraiter les rejets des factures ;
- Définir les conditions et les modalités d'une généralisation.

- [27] La mission recommande enfin, durant cette période, de conforter et enrichir la solution actuelle de facturation agrégée, afin de mieux répondre dès à présent aux besoins de contrôle et de suivi des parcours de soins de l'assurance maladie obligatoire. Ces transformations reposent sur une philosophie d'internalisation des contrôles et de prévention à la source des erreurs, limitant de ce fait les taux de rejets. Elles seront de plus utiles, dans la perspective de la mise en place de la facturation directe, en contribuant à la maturation des organisations et des systèmes d'information hospitaliers.
- [28] A court terme, et compte tenu des échéances législatives, la mission recommande que la date de généralisation soit reportée au 31/12/2012. De plus cette disposition devra prévoir une habilitation à mener une expérimentation permettant de déroger aux règles de facturation agrégée actuelles.

Sommaire

AVERTISSEMENT PRELIMINAIRE.....	3
SYNTHESE	5
INTRODUCTION.....	17
HISTORIQUE ET CONTEXTE DU PASSAGE A LA FACTURATION DIRECTE	19
1. LA FACTURATION DIRECTE S'INSCRIT A L'ORIGINE DANS L'ESPRIT DE LA REFORME HOPITAL 2007, ET DANS UN CONTEXTE DE RECHERCHE DE PLUS GRANDE TRANSPARENCE SUR L'HOPITAL..	19
1.1. <i>La facturation directe est le prolongement naturel de la réforme de la T2A</i>	<i>19</i>
1.2. <i>La facturation directe s'inscrit également dans un contexte de recherche de plus grande transparence sur l'hôpital</i>	<i>19</i>
2. LE PROJET A D'EMBLEE ETE DIFFERE DANS LE TEMPS, AVEC LA MISE EN PLACE D'UN SYSTEME TRANSITOIRE, ET A ETE DECALE EN RAISON DE NOUVELLES PRIORITES.....	20
2.1. <i>Le système transitoire mis en place initialement s'est enrichi pour accompagner les évolutions réglementaires qui l'ont rapproché d'un système de « quasi facturation individuelle »</i>	<i>20</i>
2.2. <i>Les circonstances ont conduit à différer le projet cible.....</i>	<i>21</i>
3. LE SYSTEME CIBLE VISE A RAPPROCHER LA FACTURATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE EX DG DE CELLE DES CLINIQUES	23
LES CONSTATS DE LA MISSION	27
1. LE PILOTAGE DU PROJET A PATI D'UNE ABSENCE DE LEADERSHIP RECONNU ET LE CLOISONNEMENT INSTITUTIONNEL L'A EMPORTE	27
1.1. <i>Les structures de gestion de projet n'ont pu se déployer conformément aux objectifs initiaux, notamment faute de moyens dédiés</i>	<i>27</i>
1.2. <i>Un fonctionnement de plus en plus cloisonné.....</i>	<i>28</i>
1.3. <i>Une communication qui s'est dégradée au cours des derniers mois.....</i>	<i>29</i>
1.4. <i>Les acteurs n'accordent pas le même degré de priorité au projet.....</i>	<i>29</i>
2. L'ETAT DE PREPARATION DES ACTEURS CONCERNES EST TRES INEGAL ET GLOBALEMENT INSUFFISANT POUR ENVISAGER SERIEUSEMENT UN DEPLOIEMENT DE CETTE REFORME AU 1 ^{ER} JANVIER 2009.....	30
2.1. <i>Le déploiement de la télétransmission sécurisée s'est accéléré au cours des derniers mois, mais n'est pas encore généralisé</i>	<i>30</i>
2.2. <i>Les établissements de santé ont encore de nombreuses étapes à franchir pour être prêts..</i>	<i>32</i>
2.3. <i>Les éditeurs de logiciels demandent un cahier des charges et des délais raisonnables.....</i>	<i>35</i>
2.4. <i>Les comptables publics des hôpitaux et la Direction Générale des Finances Publiques sont mobilisés par d'autres priorités.....</i>	<i>36</i>
2.5. <i>Les organismes d'assurance maladie obligatoire, et tout particulièrement la CNAMTS et la MSA sont plus avancés</i>	<i>38</i>

2.6. Les acteurs ne sont pas prêts et le projet requiert un délai de plusieurs années.....	39
3. LE SYSTEME TRANSITOIRE REpond DEJA A UNE PARTIE DES OBJECTIFS, MAIS PRESENTE DES LIMITES	40
3.1. Le passage à 100% de T2A en 2008 a incontestablement eu un effet majeur sur les établissements de santé et le mode de pilotage des EPRD.....	40
3.2. La suppression du taux de conversion et la mensualisation sont des avancées intéressantes, mais ne répondent pas aux exigences légitimes de l'assurance maladie obligatoire	41
3.3. Les informations récupérées par l'assurance maladie obligatoire via les bases du PMSI ne satisfont pas ses besoins de gestion du risque	41
4. LES BENEFICES ATTENDUS DU PROJET DE FACTURATION DIRECTE SONT PLUS DIFFICILES A APPRECIER QUE LES RISQUES ET COUTS POTENTIELS	42
4.1. Les bénéfices attendus du système cible pour les acteurs apparaissent certains mais difficiles à quantifier.....	43
4.2. Les risque et coûts potentiels du projet semblent élevés.....	44
4.3. Les bénéfices apparaissent balancés au regard des risques.....	47
LES PROPOSITIONS ET SCENARIOS POSSIBLES POUR LES POUVOIRS PUBLICS....	49
1. LE PROJET FACTURATION DIRECTE DOIT SANS DOUTE ETRE RESITUE DANS LE CONTEXTE PLUS LARGE DES CHANTIERS LOURDS DE LA POLITIQUE DE SANTE AVANT DE TRANCHER L'OPPORTUNITE DE SON DEPLOIEMENT	49
1.1. Les nombreuses réformes ayant affecté l'hôpital ces dernières années ne sont pas achevées ni totalement digérées, sans compter les autres sujets importants à venir	49
1.2. Le projet facturation directe a par ailleurs estompé d'autres sujets à fort enjeu.....	50
2. LA POURSUITE DU PROJET FACTURATION DIRECTE NECESSITE QUE DES CLARIFICATIONS SOIENT APORTEES ET QU'UNE EXPERIMENTATION PRECEDE TOUTE DECISION DE DEPLOIEMENT ..	53
2.1. Des éléments de cadrage d'ensemble méritent d'être tranchés ou arbitrés rapidement.....	53
2.2. La gestion du projet et la gouvernance des acteurs doivent être clarifiés afin de garantir l'atteinte des objectifs.....	53
2.3. La réalisation d'une expérimentation préalable est indispensable et devrait être assortie des moyens et des délais nécessaires.....	54
3. LE SYSTEME DE PAIEMENT AGREGÉ DOIT ETRE POURSUIVI ET AMELIORE	56
3.1. Internaliser le contrôle de l'ouverture des droits des assurés et créer un contrôle bloquant dans MAT2A sur une attestation produite lors de ce contrôle.....	56
3.2. Intégrer le plus possible les règles IRIS dans le contrôle interne réalisé avant la production de la facture et créer un contrôle bloquant dans MAT2A.....	57
3.3. Etendre les contrôles actuels au respect des autorisations accordée aux établissements par l'ARH	58
3.4. Renforcer la connaissance des parcours de soins des patients faisant le lien entre la ville et l'hôpital	58
CONCLUSION	59
LETTRE DE MISSION.....	61
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	63

REPONSE DE LA DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS	69
REPONSE DE LA DIRECTION GENERALE DES FINANCES PUBLIQUES	75
REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS)	85
REPONSE DU SECRETARIAT GENERAL DES MINISTRES CHARGES DES AFFAIRES SOCIALES.....	97
REPONSE DE LA DIRECTION DU BUDGET	101
REPONSE DE LA DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE	107
REPONSE DE LA MISSION AUX DIFFERENTES REMARQUES SUR LE RAPPORT PROVISOIRE	111
ANNEXE 1 : LE CONTROLE A PRIORI ET LES REJETS DE FACTURES DES ETABLISSEMENTS DE SANTE EN MODE FACTURATION DIRECTE.....	117
1. LE CONTROLE EXTERNE ET L'ARTICULATION ENTRE CONTROLE EXTERNE A PRIORI ET A POSTERIORI	117
2. LES PROCEDURES DE CONTROLE A PRIORI SUR LES ETABLISSEMENTS DE SANTE EX OQN.....	120
2.1. <i>Rappel sur les éléments de volumétrie des établissements de santé ex OQN.....</i>	<i>120</i>
2.2. <i>Le contrôle sur les bases de liquidation répond principalement à une logique de conformité aux règles de facturation.....</i>	<i>121</i>
2.3. <i>La mise sous entente préalable de certains séjours introduit une logique de contrôle de l'efficacité dès la chaîne de liquidation.....</i>	<i>123</i>
2.4. <i>Le contrôle du groupage du séjour devrait être davantage sécurisé.....</i>	<i>124</i>
2.5. <i>Le contrôle des autorisations données par les ARH devrait être réalisé en liquidation ...</i>	<i>125</i>
2.6. <i>Les signalements et rejets issus des contrôles a priori sont compris entre 5 et 6 % en 2008.....</i>	<i>125</i>
2.7. <i>La complexité des règles de contrôle a priori et l'inégale maîtrise de différents régimes sur leur liquidation pèsent sur les délais de paiement final</i>	<i>128</i>
3. LES PROCEDURES DE CONTROLE SUR LES ETABLISSEMENTS DE SANTE EX DG	130
3.1. <i>Rappel sur volumétrie des établissements de santé ex DG.....</i>	<i>130</i>
3.2. <i>La double chaîne de valorisation (PMSI) et facturation (flux B2) mobilise quatre acteurs potentiels : l'ATIH, l'ARH, la caisse gestionnaire et le comptable public.....</i>	<i>130</i>
3.3. <i>La chaîne de contrôle de la filière ATIH-ARH.....</i>	<i>131</i>
3.4. <i>La filière de facturation B2/NOEMIE comporte une chaîne de contrôle identique à celle décrite pour les cliniques à laquelle s'ajoute pour les établissements de santé publics, les contrôles du comptable public.....</i>	<i>134</i>
4. SYNTHESE	138
5. PIECES JOINTES	140
5.1. <i>Deux exemples d'Applicatifs de contrôle a priori</i>	<i>140</i>
5.2. <i>Intérêt du contrôle a priori et entente préalable (source MSA octobre 2008)</i>	<i>149</i>
5.3. <i>Tarification T2A – Autorisation d'activité – contrôles a priori de facturation</i>	<i>151</i>

5.4. Description de l'articulation entre la chaîne de traitement et contrôle du comptable public et de la caisse gestionnaire.....	155
--	-----

ANNEXE 2 : L'EVOLUTION DU SCHEMA CIBLE DE FACTURATION DIRECTE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE EX DG ENTRE 2004 ET 2008 159

1. LE SCHEMA CIBLE DE FACTURATION DIRECTE ET SON EVOLUTION DEPUIS 2004.....	159
1.1. Pour les établissements de santé ex DG, un double schéma provisoire, de facturation agrégée et indirecte via l'ATIH et de facturation directe aux caisses, fonctionne depuis 2004	161
1.2. Le projet de schéma cible des établissements de santé ex DG n'est pas stabilisé.....	164
2. PIECES JOINTES	170
2.1. Schéma général de l'ensemble des financements hospitaliers tous secteurs confondus (MCO, SSR, Psychiatrie) et toutes enveloppes (MIGAC).....	170
2.2. Schéma général des circuits de facturation des établissements publics de santé et des établissements privés participant au service public hospitalier selon qu'ils télétransmettent en mode SMTP ou CFT en 2008	171
2.3. La norme B2	173
2.4. La norme NOEMIE.....	175

ANNEXE N°3 : LE SUIVI MACRO-ECONOMIQUE DES DEPENSES D'ASSURANCE MALADIE DE L'ODMCO DANS LE CADRE DU PASSAGE A LA FACTURATION DIRECTE..... 177

1.1. Les masses financières de l'ODMCO sont significatives au sein de l'ONDAM.....	177
1.2. La situation actuelle se caractérise par des modes de suivis différenciés entre le champ des ex OQN et des ex DG	177
1.3. La qualité du suivi des ex OQN s'améliore mais a connu de réelles difficultés accentuées par les changements de règles du jeu.....	178
1.4. Le passage à la facturation directe pour les ex DG devrait être assortie de garanties durant la période transitoire, et surtout d'un engagement fort des OAM sur l'alimentation du SNIIRAM	179

ANNEXE 4 : LA TELETRANSMISSION ENTRE ES, AMO ET COMPTABLES 181

1.1. La télétransmission est un cadre partagé entre les acteurs, hôpitaux, AMO et comptables.....	181
1.2. L'état actuel de la télétransmission.....	182

ANNEXE 5 : ESTIMATION DE LA VOLUMETRIE ET IMPACT SUR LES EFFECTIFS DES TROIS RESEAUX DU PROJET DE FACTURATION DIRECTE..... 185

1.1. L'impact sur les établissements de santé.....	185
1.2. L'impact sur le réseau du Trésor public.....	186
1.3. L'impact pour les organismes d'assurance maladie	188

ANNEXE 6 : IMPACT DU PASSAGE A LA FACTURATION DIRECTE SUR LES DELAIS DE FACTURATION ET DE PAIEMENT DANS LES ES EX DG 191

1.1. Les mécanismes applicables aux établissements privés ex OQN	191
1.2. Les mécanismes applicables au public	193
1.3. Récapitulatif des différences actuelles et futures entre les ES ex DG et ex OQN sur le besoin en fonds de roulement	195

1.4. <i>Impact sur la trésorerie des établissements de santé du changement de logique.....</i>	196
--	-----

ANNEXE 7 : LA SUCCESSION DES REFORMES QUI ONT IMPACTE L'HOPITAL ET LES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE DEPUIS 2004	197
---	------------

SIGLES	199
---------------------	------------

Introduction

- [29] Dans une lettre de mission en date du 8 août 2008, la Ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative et le Ministre du Budget, des Comptes Publics et de la Fonction Publique, ont demandé à l'inspection générale des affaires sociales et à l'inspection générale des finances d'évaluer l'état d'avancement du projet de facturation directe aux organismes d'assurance maladie obligatoire par les établissements de santé anciennement financés par dotation globale (ex DG). Il s'agit de savoir pourquoi ce projet a pris aujourd'hui trois ans de retard sur le calendrier initial et quelles sont les conditions nécessaires et les délais raisonnables pour en voir l'aboutissement.
- [30] La réforme de 2003 du financement des établissements de santé instaure une tarification à l'acte et à l'activité (T2A). Elle concerne aujourd'hui uniquement l'activité hospitalière aiguë dite de court séjour³ (Médecine, Chirurgie et Obstétrique) soit 1651 établissements⁴ : 690 établissements de santé antérieurement sous objectif quantifié national (dits établissements de santé ex OQN ou cliniques privées) et 961 établissements de santé antérieurement financés par dotation globale (ex DG)⁵. Le périmètre financier de ces derniers est de 32 MM€ en 2007⁷.
- [31] La réforme de 2003 était assortie, s'agissant des établissements ex DG, d'une modification des règles de facturation qui prévoyait notamment la mise en place, à partir de 2006, d'une facturation directe et individuelle, des séjours, des actes et des consultations externes, à l'assurance maladie. Ce mécanisme de génération des recettes était destiné à se substituer au mécanisme de versement de la dotation globale, pour la part des recettes des établissements de santé émanant de l'assurance maladie obligatoire et liée à l'activité. Il se voulait analogue au système en vigueur pour les cliniques privées.
- [32] Depuis 2001, les cliniques privées transmettent directement les factures individuelles relatives aux séjours et aux actes médicaux à une caisse centralisatrice des paiements (CCDP) qui les relaie vers les caisses gestionnaires dont dépendent les assurés, pour qu'elles soient liquidées. Depuis 2005, les cliniques privées ont basculé sur le nouveau modèle de tarification à l'acte en lieu et place des prix de journées et forfaits divers. On estime à 7 millions par an, le nombre de séjours actuellement télétransmis par les cliniques privées.
- [33] Dans l'attente de cette facturation directe, un dispositif transitoire de facturation a été mis en place en 2005 pour les établissements ex DG : la valorisation des prestations de soins (séjours hospitaliers, actes et consultations externes) est réalisée par l'Agence Technique de l'Information Hospitalière (ATIH) et validée sous forme agrégée – initialement chaque trimestre et mensuellement depuis avril 2007 – par les ARH.

³ La perspective de l'inclusion dans un tel dispositif des soins de suite et réadaptation (SSR) à moyen terme ne doit pas être écartée.

⁴ Source DREES/ Statistique d'activité des établissements SAE 2007. Décompte du nombre d'établissements géographiques. Le total des entités juridiques est de 1388.

⁵ Il s'agit des établissements a, b et c au sens de l'article L162-22-6

⁶ Ces derniers regroupent 791 établissements de santé publics et 170 établissements de santé privés participants au service public (dits PSPH) représentant respectivement 91,5 et 8,5% de la capacité en lits et places de ce secteur.

⁷ L'objectif des dépenses d'assurance maladie pour le MCO (ODMCO) duquel on a soustrait les missions d'intérêt général (MIGAC) pour ne conserver que la seule activité T2A, est de 41 MM€ en 2007. Il se répartit entre les cliniques privées (9 MM€) et les établissements de santé ex DG (32MM€).

- [34] Chaque caisse d'assurance maladie dont dépend l'établissement ne reçoit donc aujourd'hui que 12 factures par an et par établissement au titre de son activité principale. Le système de facturation directe des établissements de santé ex DG aux organismes d'assurance maladie obligatoire conduit donc à passer de l'ordre de 10 000 factures par an à près de 60 millions (séjours, actes et consultations externes)⁸.
- [35] Le passage à la facturation directe a donné lieu à des reports successifs. Le projet, initialement prévu pour le 1^{er} janvier 2006⁹, a été reporté une première fois au 1^{er} janvier 2007¹⁰, puis au 31 décembre 2008¹¹ et enfin au 1^{er} janvier 2009¹².
- [36] Malgré les nombreux travaux menés par l'ensemble des directions et organismes impliqués par ce projet, et notamment la DHOS, la DSS, la CNAMTS et la DGFIP, aucun dispositif opérationnel n'a été mis en place à la date de la mission. C'est pourquoi les ministres ont demandé aux deux inspections de conduire une mission d'évaluation de l'ensemble du projet, comportant l'examen et l'explicitation des objectifs définis lors du lancement de la réforme de 2003, et de mesurer les évolutions intervenues depuis.
- [37] Les travaux de la mission ont été réalisés par Valérie Delahaye-Guillocheau et Pierre Aballéa de l'Inspection générale des Affaires sociales, et Jérôme Gantier, de l'Inspection générale des Finances entre juillet et octobre 2008.
- [38] Les investigations réalisées, n'ont pu être aussi larges et approfondies qu'il eût été souhaitable :
- ❖ Les ressources et les délais impartis à la mission n'ont pas rendu possible la réalisation d'un état des lieux de l'avancement du projet à partir d'un ensemble approfondi d'investigations, représentatif de la situation sur le territoire national.
 - ❖ La mission s'est concentrée principalement sur des entretiens auprès d'acteurs de niveau national (directions d'administrations centrales, organismes nationaux d'assurance maladie obligatoires ou complémentaires, fédérations d'établissements hospitaliers publics et privés). Toutefois elle a souhaité croiser ces informations avec celles recueillies par entretiens auprès d'un nombre limité d'acteurs locaux, considérés comme avancés (CPAM, établissements hospitaliers, comptables publics d'hôpitaux, ARH)
 - ❖ Ces rencontres ont été complétées par des échanges avec des organismes techniques de niveau national intervenant comme acteurs du système d'information des hôpitaux ou soutiens aux réformes en cours dans ces hôpitaux.
 - ❖ Les analyses ont pu s'appuyer sur une synthèse des différents travaux d'étude, de conseil ou rapports antérieurs d'inspections générales sur des sujets connexes, ainsi que sur les rapports de la Cour des Comptes.
- [39] En définitive, la mission a souhaité concentrer ses travaux sur les points principaux suivants. En première partie, elle rappelle le contexte de la réforme et ses objectifs, la mise en place d'un système transitoire qu'elle décrit, et la consistance exacte du système cible qu'il est envisagé de mettre en place et ses effets. Dans une deuxième partie, la mission expose ses principaux constats, relatifs au pilotage du projet, à l'état de préparation des acteurs ; elle analyse les bénéfices qui peuvent être attendus de ce projet et les risques potentiels. Enfin, dans une troisième partie, la mission présente ses propositions.

⁸ Le dispositif actuel transmet déjà directement environ 6,5 millions de factures aux organismes d'assurance maladie obligatoire au titre de l'AME, CMU-C et rétrocession de médicaments.

⁹ Article 33 de la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004

¹⁰ Ordonnance 2005-1112 du 1^{er} septembre 2005, qui proroge la valorisation de l'activité par les ARH pour l'exercice 2006

¹¹ Loi du 26 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007

¹² Loi du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008

Historique et contexte du passage à la facturation directe

1. LA FACTURATION DIRECTE S'INSCRIT A L'ORIGINE DANS L'ESPRIT DE LA REFORME HOPITAL 2007, ET DANS UN CONTEXTE DE RECHERCHE DE PLUS GRANDE TRANSPARENCE SUR L'HOPITAL

1.1. *La facturation directe est le prolongement naturel de la réforme de la T2A*

[40] Le passage à la facturation directe, apparaît comme un corollaire logique de la réforme plus globale de la tarification à l'acte et à l'activité (T2A).

[41] L'objectif de la T2A est de transformer la gestion des établissements anciennement sous dotation globale (DG) en les finançant sur la base de leur activité réelle mesurée selon une échelle médico-économique et en les responsabilisant par la mise sous tension de leur gestion afin d'améliorer leur efficacité économique. On a pu parler d'un changement culturel, qui a fait passer les hôpitaux anciennement sous DG, d'un pilotage par la dépense, à un pilotage par les recettes grâce à la T2A.

[42] La T2A s'accompagne d'une réforme de la gouvernance hospitalière en instaurant un management des hôpitaux par grands pôles regroupant des familles de spécialités cohérentes entre elles. La T2A permet le développement des outils de pilotage médico-économique dans les établissements, et grâce à leur déclinaison par pôle, la présentation aux responsables médicaux de synthèses de gestion sur des périodes infra-annuelles, dans l'optique de les impliquer dans la gestion économique de l'établissement.

[43] La T2A doit permettre un processus de convergence entre les établissements ex DG, et les cliniques privées. Ces deux secteurs, dès lors qu'ils sont tous les deux rémunérés sur le principe de la T2A, doivent voir leurs niveaux de tarifs converger progressivement. Facturer individuellement à l'assurance maladie obligatoire les séjours hospitaliers des cliniques et des établissements de santé ex DG constitue un prolongement « naturel » du processus de convergence.

1.2. *La facturation directe s'inscrit également dans un contexte de recherche de plus grande transparence sur l'hôpital*

[44] Le passage des établissements anciennement sous DG à la facturation directe répond à une forte demande de la part de l'assurance maladie obligatoire en termes de gestion du risque et de contrôle du bon usage de ses fonds.

[45] L'assurance maladie obligatoire a la mission de contrôler ce qu'elle paye. Aujourd'hui l'assurance maladie obligatoire effectue un contrôle *a priori*, c'est à dire avant la liquidation, uniquement pour les cliniques. Le passage à la facturation directe des établissements ex DG doit permettre de réaliser ce même type de contrôle avant liquidation pour les établissements de santé ex DG. S'agissant du contrôle *a posteriori*, c'est-à-dire après qu'ils ont été payés, celui-ci est réalisé selon les mêmes méthodes pour les deux secteurs.

- [46] Par ailleurs, la possibilité de mettre en relation les dépenses engagées en ville et à l'hôpital pour un même assuré, grâce à un système d'information de l'assurance maladie plus complet intégrant notamment les données liées aux hospitalisations, peut faciliter le suivi des parcours complets des patients et permettre d'en tirer des préconisations de gestion du risque.

2. LE PROJET A D'EMBLEE ETE DIFFERE DANS LE TEMPS, AVEC LA MISE EN PLACE D'UN SYSTEME TRANSITOIRE, ET A ETE DECALE EN RAISON DE NOUVELLES PRIORITES

2.1. *Le système transitoire mis en place initialement s'est enrichi pour accompagner les évolutions réglementaires qui l'ont rapproché d'un système de « quasi facturation individuelle »*

- [47] En ce qui concerne les factures adressées à l'assurance maladie obligatoire, le système transitoire repose sur deux circuits distincts :

- le premier circuit de facturation concerne les séjours, actes et consultations externes (ACE) des assurés sociaux, soit 90% des flux de production ; il repose sur une déclaration d'activité agrégée transmise pour valorisation à l'ATIH puis aux ARH ;
- le second circuit de facturation représente environ 10% des flux de production et concerne quelques rubriques : la part complémentaire de la CMU, les soins aux migrants, l'Aide Médicale Etat (AME), la rétrocession des médicaments¹³. Dans ce périmètre, les établissements de santé facturent directement à la caisse gestionnaire dont dépend l'assuré.

- [48] Par ailleurs, les établissements de santé produisent des factures à l'encontre de deux autres catégories de débiteurs : patients et organismes d'assurance maladie complémentaire.

- [49] Dès 2003, il apparaît trop complexe de basculer d'emblée vers un dispositif de facturation directe. La LFSS 2004 en repousse l'échéance au 1^{er} janvier 2006. Un système transitoire est mis en place, qui s'appuie sur deux acteurs intermédiaires déjà impliqués dans le processus de paiement de la dotation globale des établissements de santé ex DG : l'ATIH et les ARH. Les établissements de santé ex DG transmettent leur activité trimestriellement sous forme de résumés de sortie anonymisés (RSA) regroupés en groupes homogènes de malades, via un moteur de groupage fourni par l'ATIH et de relevés d'activité externe (actes et consultations) ; l'ATIH contrôle et valorise les séjours et l'activité externe puis transmet à chaque ARH le montant de dotation relevant de la part d'activité à verser à chaque établissement. Celle-ci prend alors un arrêté de financement qui est réglé par la caisse pivot de l'établissement. Le schéma de facturation est donc agrégé (par lots anonymisés) et indirect par rapport aux organismes d'assurance maladie.

- [50] Conçu comme transitoire, mais devant se prolonger au-delà de 2006, le système a connu des évolutions importantes imposées par l'adaptation aux évolutions réglementaires :

- la part des recettes de l'activité MCO effectivement facturés en se fondant sur la T2A a été augmentée par paliers successifs¹⁴ pour passer à 100% au 1^{er} janvier 2008.
- par ailleurs, la suppression du taux de conversion a conduit à individualiser pour chaque prestation de soins, le taux de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Jusqu'en 2007, les données d'activité des établissements en mode T2A transmises à l'ATIH ne comportaient pas d'éléments sur la couverture sociale de chaque patient ; la facturation se

¹³ Ces données ne prennent pas en compte les flux adressés pour information aux organismes d'assurance maladie obligatoire au titre de la participation forfaitaire 1€.

¹⁴ 10% en 2004, 25% en 2005, 35% en 2006 et 50 % en 2007

faisait sur la base d'un coefficient forfaitaire représentant la prise en charge moyenne des recettes de l'établissement par l'assurance maladie obligatoire (appelé taux de conversion). Depuis 2007, le taux de conversion est supprimé et chaque prestation de séjour, d'acte ou de consultation externe est assortie d'un taux de prise en charge réelle. Les données transmises à l'ATIH et aux ARH résultent de la fusion des données administratives et de prise en charge, et des données T2A comme les GHS. Ces données sont toutefois toujours anonymisées avant transmission.

- Enfin la fréquence des transmissions par les établissements à l'ATIH et aux ARH de trimestrielle est devenue mensuelle. Cette mensualisation a conduit à réorganiser fortement la chaîne de production médico-administrative, afin de pouvoir respecter ces nouveaux délais.

[51] La facturation agrégée mensuelle repose sur un noyau historique médical : le programme médicalisé du système d'information (PMSI) ; ce système d'information médicalisé a dû s'enrichir, avec la T2A, de données médico-économiques (relatives aux GHS et à la valorisation des actes CCAM) et se rapprocher des systèmes d'information liés à la facturation. Ce faisant, poussé par le passage au financement 100% T2A et surtout par la suppression du taux de conversion, le système transitoire s'est progressivement rapproché d'un modèle de « quasi facturation individuelle ».

2.2. Les circonstances ont conduit à différer le projet cible

[52] Des évolutions réglementaires jugées plus prioritaires et le constat des difficultés liées à la complexité du projet, ont contribué à repousser l'échéance du passage en facturation directe. Les reports successifs ont été d'autant plus aisés à décider que la solution transitoire a su elle-même évoluer de manière satisfaisante au regard des objectifs de la T2A.

2.2.1. De nouvelles réformes ont dû être gérées en priorité

[53] Les établissements et les organismes d'assurance maladie obligatoire ont dû consacrer une part importante de leurs ressources à la mise en œuvre d'une série de réformes se succédant à un rythme rapide durant les dernières années. Ces réformes ont impacté fortement l'organisation et les systèmes d'information des établissements de santé et des organismes d'assurance maladie obligatoire (cf. annexe n°7).

[54] La concurrence entre ces nouvelles priorités et le projet facturation directe était d'autant plus forte qu'elle a dû mobiliser souvent les mêmes acteurs, principalement en charge des systèmes d'information et de financement.

[55] L'impact le plus marqué est survenu en 2005, où la mise en place de la loi relative à l'assurance maladie de 2004 et de la CCAM tarifante¹⁵, a mobilisé toutes les parties. Les travaux sur la facturation directe se sont immobilisés pratiquement un an ; ils ont repris fin 2005, pour se concentrer sur la relance de la télétransmission et les tests sur la suppression du taux de conversion.

2.2.2. Un projet complexe lié à la multiplicité des acteurs et à des contraintes techniques très sous-estimées.

[56] L'existence de ces différents projets ne suffit pas à elle seule, à expliquer les retards et décalages du passage à la facturation directe. Le projet à conduire dans les établissements de santé ex DG s'est révélé infiniment plus complexe que celui conduit dans les cliniques.

¹⁵ La classification commune des actes médicaux (CCAM) est la nouvelle nomenclature des actes médicaux. Un tarif a été affecté à chaque acte, qui sert de référence pour la facturation.

2.2.2.1. Les cliniques ont pu s'appuyer sur une expérience continue de facturation directe et sur une complexité des organisations moindre

- [57] Il s'avère que la situation des cliniques privées et celles des établissements sous DG diffère dans une large mesure.
- [58] Les cliniques privées ont des tailles plus réduites et couvrent une moins large gamme de spécialités. Concrètement, le case-mix, c'est-à-dire l'éventail des séjours dans les cliniques est dispersé sur moins de GHM que dans les établissements de santé ex-DG¹⁶. De plus, leur proportion de séjours programmés, du fait notamment de la moindre importance de l'activité de services d'urgence, est nettement plus importante que dans les établissements de santé ex-DG. Concentrées sur une activité principalement chirurgicale et programmée, les cliniques ont de fait plus de facilité pour organiser leurs admissions et le recueil des informations administratives nécessaires à un paiement rapide par les caisses.
- [59] Il convient par ailleurs de rappeler que les cliniques privées ont toujours exercé une activité de facturation pour leurs recettes principales, contrairement aux établissements ex DG qui ont fonctionné en dotation globale, pour la majeure partie de leurs recettes, depuis 1984. Le passage à la caisse centralisatrice des paiements (CCDP) remonte à 2001 pour les cliniques privées. Cette première transition ne s'est pas faite sans difficultés¹⁷. Les pouvoirs publics et l'assurance maladie, ont assis les versements des CCDP sur un système d'avance représentant 85 % du montant total des factures quasiment dès réception¹⁸, et de 15% après liquidation par la caisse gestionnaire.
- [60] En dépit de ce contexte favorable, le passage à la T2A a entraîné des problèmes importants : délais de paiement, situations de trésorerie tendues qui ne se sont stabilisés que courant 2006. Il a également obligé les cliniques à réaliser un travail d'information et de formation soutenu, notamment auprès de leurs techniciens de l'information médicale dont l'importance est devenue primordiale. Aujourd'hui, malgré ces efforts, il est noté que le décroisement des corps de métier médicaux et administratif reste un sujet d'actualité.

2.2.2.2. Le projet est plus complexe pour les établissements de santé ex DG

- [61] Le projet facturation directe est lourd et complexe, parce qu'il fait intervenir en interaction forte trois grands acteurs : les établissements hospitaliers, les organismes d'assurance maladie obligatoire et les comptables publics, ainsi que leurs systèmes d'information à la fois en termes d'infrastructures techniques et de logiciels, leurs organisations et leurs circuits financiers. Une pratique de facturation individuelle ne préexistait entre les établissements de santé, les caisses d'assurance maladie et les comptables que pour une partie minoritaire des recettes.

¹⁶ Si on classe les établissements par le nombre de GHM nécessaires pour décrire leur activité : pour 75% des cliniques privées, 400 GHM ou moins suffisent à décrire l'activité, alors que pour 75% des établissements ex-DG, 576 ou moins étaient nécessaires. Par ailleurs, si on regarde la concentration des séjours : 80% des séjours des cliniques privées est concentré sur 52 GHM. Pour les établissements ex-DG, 80 % des séjours sont concentrés sur 124 GHM en 2007 (source : ATIH)

¹⁷ Ces difficultés ont bien été retracées par la Cour des Comptes dans son rapport au Parlement sur la LFSS 2002 et dans son enquête complémentaire sur les CCDP en 2004.

¹⁸ L'acompte est versé dans un délai de quatre jours suivant la réception de la facture par la CCDP.

- [62] Une étude déclarative, menée par la direction de la recherche et des études de l'évaluation et des statistiques (DREES) auprès de l'ensemble des établissements de santé ayant une activité MCO¹⁹ témoigne déjà des difficultés particulières de l'adaptation à la T2A des établissements de santé ex DG :
- 60% ont rencontré des difficultés techniques liées à un système d'information inadapté (vs 50% pour les cliniques privées) ;
 - 50% déclarent des moyens humains insuffisants ou des difficultés de gestion du personnel (vs un quart des cliniques privées) ;
 - 40% déclarent que ce projet entre en conflit avec d'autres projets de modernisation, des missions ou la réglementation de l'établissement (vs 23% dans cliniques privées)
- [63] Les acteurs nationaux ont rencontré des difficultés de tous ordres, tant pour définir l'ensemble des éléments du système-cible²⁰ à mettre en place que pour faire avancer les composantes de ce système qui étaient suffisamment définies. Le projet n'a pas pu s'appuyer sur un pilotage d'ensemble à même de produire des accords et des arbitrages (cf. infra).

2.2.3. L'accélération de la réforme T2A elle-même

- [64] Tous ces éléments ont conduit à la déconnection progressive entre, d'une part, le passage des établissements anciennement sous DG à la T2A, et d'autre part, le projet d'instauration de la facturation directe.
- [65] Le passage des établissements anciennement sous DG à la T2A a plutôt suivi un processus qui s'est accéléré dans le temps. Beaucoup d'observateurs pensaient que cette évolution se ferait très progressivement et pourrait s'étaler jusqu'en 2012, par exemple. Certains pensaient que pour mettre sous tension la gestion hospitalière, un passage partiel à la T2A dans le champ MCO serait suffisant. Force est de constater que le processus a abouti à un financement des activités MCO à 100% en T2A dès le 1^{er} janvier 2008.

3. LE SYSTEME CIBLE VISE A RAPPROCHER LA FACTURATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE EX DG DE CELLE DES CLINIQUES

- [66] Le processus de facturation directe suppose que pour les séjours, ou actes médicaux ou de consultation externe, l'établissement produise une facture à l'encontre de l'assurance maladie obligatoire (AMO) :
- transmise directement à l'AMO, sans passer par le canal de l'ATIH et de l'ARH, c'est à dire une facture « directe » ;
 - relative à un acte, une consultation externe, ou un séjour, et non pas une facturation agrégée ; il s'agit d'une facturation individuelle ;
 - émise dès que les données nécessaires pour son établissement ont été rassemblées et vérifiées, et non pas en fin de mois, comme dans le système transitoire : il s'agit d'une facturation « au fil de l'eau ».

¹⁹ M CORDIER Hôpitaux et cliniques en mouvement. Changements d'organisation de l'offre de soins et évolution de l'attente des patients. Etudes et Résultats. N°633 avril 2008.

²⁰ Cette dimension est développée dans l'annexe 2

[67] Le très grand nombre de factures à gérer rend incontournable leur maniement et leur transmission sous forme numérique²¹ : la télétransmission des factures est indispensable. Elle nécessite une mise à niveau préalable des infrastructures nécessaires et la mise en place et l'utilisation cohérente de normes de télétransmission de données.

[68] Deux points importants doivent être mentionnés :

- En premier lieu, le projet prévoit de donner à un établissement hospitalier un interlocuteur financier unique au sein des caisses de l'assurance maladie obligatoire du Régime Général et de la MSA²² uniquement²³. Il en résulte que l'ensemble des flux de facturation d'un établissement sera transmis à une caisse dite caisse de paiement unique (CPU). Comme tous les assurés mentionnés dans le flux de facturation ne sont pas nécessairement affiliés à cette caisse de paiement unique, celle-ci retransmet, à chaque caisse gestionnaire des assurés, les factures qui la concernent pour liquidation. La caisse gestionnaire doit ensuite revenir vers la CPU, avec une décision d'acceptation ou de rejet de la facture, décision ensuite transmise par la CPU à l'établissement et (dans le cas des hôpitaux publics) à son comptable.
- En second lieu, tout paiement devra être rapproché de la facture émise, pour des motifs évidents de tenue de la comptabilité et de gestion du recouvrement des créances. Dans le cas d'un hôpital public, le paiement devra être, en fait, rapproché du titre de recette. A défaut de ce rapprochement, le titre (ou la facture, pour un PSPH) apparaîtra en impayé, et le comptable (ou, la direction financière, dans le cas d'un PSPH), devra mettre en œuvre des diligences de recouvrement. Pour que le système fonctionne correctement, il est indispensable que les flux de facturation transitent sans incident dans les systèmes d'information²⁴ des trois acteurs que sont l'hôpital, les caisses d'assurance maladie obligatoire, et le comptable public (pour un hôpital public).

[69] Ce schéma présente des similitudes avec ce qui est applicable aux cliniques privées, à deux différences majeures près :

- la première est que le système ne prévoit pas de versement d'acompte par la CPU dans l'attente de la liquidation par la caisse gestionnaire²⁵ ;
- la seconde est que, au moins pour les établissements de santé publics, le circuit fait intervenir le réseau de la DGFIP, ce qui constitue un élément de complexité supplémentaire.

[70] Aujourd'hui, les objectifs de la facturation directe appliquée aux établissements de santé sont très fortement centrés sur des priorités des organismes d'assurance maladie obligatoire :

- un schéma analogue aux cliniques privées pour le versement des sommes dues, dans le cadre plus large de la convergence entre les deux secteurs, en considérant qu'à terme l'Objectif de Dépense MCO sera géré quasiment en tous points de manière analogue ; la facturation directe participe de ce mouvement ;
- un dispositif permettant de mieux contrôler a priori et avant liquidation les sommes dues aux établissements de santé ;
- un dispositif intégrant directement dans le système de gestion et d'information de l'assurance maladie des éléments lui permettant de s'inscrire dans une gestion du risque renouvelée ;

²¹ cf. données sur la volumétrie du projet dans l'annexe n°5

²² Mutualité Sociale Agricole (MSA)

²³ On rappellera que dans le cas des CCDP, seules les caisses du régime général sont concernées.

²⁴ et les interfaces entre les trois systèmes.

²⁵ Ce dispositif, un temps étudié, a été écarté principalement en raison de l'insaisissabilité des fonds publics du comptable. Il aurait conduit à récupérer les indus sur les acomptes futurs de nouvelles factures.

- du point de vue des établissements de santé, une réforme qui pourrait permettre d'optimiser leur politique de gestion de trésorerie à terme, et qui pourrait renforcer leur intérêt à renforcer la dimension de facturation, historiquement négligée.

[71] Pour autant, en octobre 2008, la réforme de la facturation directe a perdu le lien étroit qu'elle avait avec la réforme de l'allocation de ressources à l'activité. Les objectifs de cette réforme doivent donc être aujourd'hui reconsidérés de manière distincte et à l'aune de la situation qui prévaut à la fin 2008. Ses impacts doivent être appréciés spécifiquement par rapport à l'effet de la montée en puissance de l'allocation de ressources en T2A.

Les constats de la mission

- [72] A l'automne 2008, le projet de facturation directe n'est toujours pas déployé. Il convient tout à la fois de comprendre les raisons qui expliquent cette situation, de mesurer le degré de maturité des différents acteurs partie prenante au projet, mais également de discuter la faisabilité, l'impact et les risques du projet.

1. LE PILOTAGE DU PROJET A PATI D'UNE ABSENCE DE LEADERSHIP RECONNU ET LE CLOISONNEMENT INSTITUTIONNEL L'A EMPORTE

- [73] Le premier élément relevé par la mission porte sur la gestion du projet au cours des dernières années par l'ensemble des acteurs impliqués, alors même que la complexité du sujet nécessitait plus que jamais de soigner cette dimension. La communication en direction de tous les acteurs, qui elle aussi, se devait d'être uniforme et cohérente a été, jusqu'au cours des dernières semaines, tout à la fois peu claire et variable selon les émetteurs.

- [74] Il en résulte aujourd'hui une relative confusion perceptible chez les acteurs hospitaliers (établissements mais aussi fédérations) et les éditeurs de logiciels, voire auprès de certains régimes obligatoires d'assurance maladie. Ils n'ont plus aucune visibilité sur le projet depuis plusieurs mois ; ils en déduisent de manière pragmatique que le dispositif ne se déploiera pas à l'échéance du 1^{er} janvier 2009.

1.1. Les structures de gestion de projet n'ont pu se déployer conformément aux objectifs initiaux, notamment faute de moyens dédiés

- [75] Le projet facturation directe a été intégré dans les chantiers Hôpital 2007 (télétransmission, mise en place du 1 €,...) et assez vite été raccroché au projet Télétransmission. On relèvera d'ailleurs une certaine ambiguïté liée au fait que le protocole de juin 2006 est centré sur la télétransmission, étape certes clef pour la mise en œuvre de la facturation directe, mais qui ne couvre que certains aspects du sujet.

- [76] En tout état de cause, la gestion du projet n'a pas été menée comme le prévoyait le protocole de 2006, notamment quant au fonctionnement des instances organisées en raison de :

- un fonctionnement du comité national de coordination (CNC) assuré au moins sur les années 2006 et 2007 (*cf. infra*) mais un fonctionnement plus erratique du comité national de pilotage opérationnel (CNPO), qui s'est réuni bien moins souvent ;
- l'absence manifeste d'une instance de pilotage stratégique et décisionnelle regroupant les directions d'administration centrale concernées et la CNAMTS, le CNC associant tous les régimes et le CNPO ayant vocation à associer les fédérations d'établissements de santé ;
- une mise en place tardive et un fonctionnement inégal sur le territoire des comités régionaux de coordination, qui n'ont pas été installés dans toutes les régions, ou en tout cas n'ont pas fonctionné dans la durée.

- [77] Les moyens dévolus expliquent sans doute les difficultés de faire vivre les instances initialement prévues, avec à l'évidence un sous-calibrage des moyens. A des moments différents au cours de la vie du projet, les différents partenaires du projet ont pu légitimement être mobilisés sur d'autres priorités de leur institution, mais aucun moyen pleinement dédié au projet n'a été déployé, sauf plus récemment au sein de la CNAMTS (depuis 2007). Il faut souligner que l'annonce récente d'une chefferie de projet peut contribuer à régler des questions de gouvernance ou d'arbitrage, mais pas celle des moyens que chacun des acteurs doit y apporter.
- [78] Cette insuffisance de moyens explique la difficulté à faire vivre ces instances, avec un fonctionnement de plus en plus espacé des instances de coordination alors que les échéances se rapprochent : en effet, alors que le processus est censé s'accélérer, notamment à partir de fin 2007, l'année 2008 se caractérise par un espacement des réunions du CNC : deux réunions seulement en 2008 (en février et rien depuis, 1 réunion prévue en avril annulée, et très récemment une réunion en octobre), contre sept en 2007.

1.2. Un fonctionnement de plus en plus cloisonné

- [79] Un certain nombre de travaux techniques se sont poursuivis notamment du côté des caisses entre le dernier CNC et le début de l'automne, ce qui en soi est logique, mais sans que les validations formelles n'aient été faites dans ce cadre ; ainsi on relève que le cahier des charges de la CPU et des interfaces avec les caisses gestionnaires est considéré comme validé pour la CNAMTS et la MSA (validation en juin à leur niveau) alors que ce cahier des charges implique les autres partenaires (établissements de santé et comptables publics), et n'a été soumis ni à la DHOS, ni à la DGFIP. Selon la mission, la validation explicite revenait, à défaut d'une instance de pilotage stratégique préexistante, au CNC.
- [80] Il apparaît de plus en plus manifeste que le projet est porté de manière indépendante par la CNAMTS en association avec la MSA, sans qu'un réel travail partenarial ait repris depuis le printemps 2008, si l'on excepte la reprise très récente d'organisation de réunions du CNC.
- [81] Il existe un outil de pilotage coordonné du suivi de la télétransmission, tenu par la CNAMTS pour le compte des membres du CNC, mais il tient insuffisamment compte des besoins des autres partenaires notamment sur son contenu²⁶. En conséquence, des suivis spécifiques sont faits en parallèle, notamment par la DHOS, ce qui conduit à des divergences et des difficultés à recouper les données, les périmètres de suivi des établissements n'étant pas tout à fait identiques. Il manque en tout état de cause un échange partenarial régulier sur ce tableau de bord, ou que les échanges engagés en ce sens n'aient pas abouti.
- [82] L'absence de coordination globale du projet reconnue légitime par tous les acteurs explique largement cette situation de fait. Quelques épisodes d'allers-retours entre partenaires sur les options successives du projet sans qu'une autorité puisse clairement arbitrer sur celles-ci²⁷ sont éclairants à cet égard. Il n'y a donc pas à ce jour de document stabilisé sur le schéma définitif, et recueillant l'accord de chacune des parties.

²⁶ La DGFIP indique notamment que les rubriques ne permettent pas d'isoler distinctement les établissements publics et privés.

²⁷ Hormis le protocole de 2006 qui définit assez clairement certains axes ou options fortes du schéma cible, et la consultation officielle des fédérations d'établissements de santé en décembre 2006, l'année 2007 et même le 1^{er} semestre 2008 se caractérisent par des allers-retours parfois stériles, rarement conclusifs. Seuls des PV de réunion du CNC ponctuent ces étapes. On citera de manière surprenante le débat du 1^{er} trimestre 2007 tendant à revenir au schéma de la CCDP, alors que le protocole de 2006 avait déjà indiqué l'impossibilité technique d'y recourir, les absences de réponse officielles sur des projets de textes réglementaires, ou sur des options techniques de la part des divers acteurs.

1.3. Une communication qui s'est dégradée au cours des derniers mois

- [83] La communication officielle sur le projet a été très insuffisante au cours des deux derniers exercices, notamment en direction du réseau des établissements de santé. Les acteurs ont bien souvent découvert dans le cadre des PLFSS présentés chaque automne les reports annuels de la mise en œuvre de la facturation directe. La dernière consultation des fédérations d'établissements de santé sur le sujet remonte à décembre 2006 ; depuis lors, le caractère mouvant du projet et ses évolutions n'ont plus donné lieu à une quelconque consultation officielle. Naturellement, un certain nombre d'instances ou groupes de travail plus ou moins directement liés au projet ont permis de délivrer des informations sur l'avancement du projet, mais la mission considère que ceci ne tient pas lieu de communication officielle.
- [84] De manière très récente, alors même que formellement le schéma cible n'a pas été formellement validé par l'instance de pilotage, la communication sur le cheminement a été particulièrement erratique. Seuls la CNAMTS et la MSA communiquent depuis l'été 2008 sur la mise en œuvre d'une présérie à compter d'avril 2009, et ce auprès de leurs réseaux respectifs, et indirectement auprès des établissements de santé qui sont contactés par les caisses d'assurance maladie, alors même que la DHOS et le ministère n'ont pas communiqué sur ce sujet. La mission n'a pu accéder à une décision formelle émanant des pouvoirs publics actant le schéma retenu et le lancement de cette expérimentation à cette échéance.
- [85] Ce mode de communication à voix multiples ou émanant de quelques unes des parties ne peut qu'affaiblir la gestion du projet. Les allers-retours successifs dans le temps ne permettent pas plus d'enclencher une dynamique auprès des acteurs ; beaucoup ont avoué être fortement démobilisés, faute d'objectifs clairs.

1.4. Les acteurs n'accordent pas le même degré de priorité au projet

- [86] Il est manifeste aujourd'hui que le projet n'est pas identiquement partagé et porté par les acteurs concernés. Des divers échanges et contacts que la mission a pu avoir, seuls les régimes obligatoires d'assurance maladie, et tout particulièrement le Régime général et la MSA accordent aujourd'hui une claire priorité au projet, et y ont engagé des moyens notamment à partir du printemps 2007.
- [87] Du côté des pouvoirs publics, les positions des différentes directions d'administration centrale, DHOS, DSS et DGFIP, et Direction du Budget, sont contrastées. La DHOS et la DGFIP, tout en participant activement au projet, expriment des inquiétudes quant au rythme et à la méthode de déploiement du projet, et quant aux risques et à la capacité de mobilisation des acteurs de terrain. La DSS et la Direction du Budget adoptent une position favorable à la poursuite du projet.
- [88] Du côté des fédérations des établissements de santé, la plus allante aujourd'hui est la FEHAP, ce qui s'explique par les caractéristiques de cette fédération²⁸ et qui préférerait s'inscrire dans la dynamique complète de la T2A. Du côté de la FHF²⁹ et de la FNCLCC³⁰, il n'y a clairement pas de demande immédiate compte tenu des autres chantiers lourds à porter.

²⁸ La Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP) regroupe dans le champ sanitaire des établissements relevant des deux modes de financement, ex DG et ex OQN.

²⁹ Fédération Hospitalière de France

³⁰ Fédération nationale des Centres de lutte contre le cancer (FNCLCC)

- [89] On conclura sur ce point en indiquant que le projet n'a jusqu'alors pas été géré dans une démarche partenariale et d'adhésion partagée. L'atmosphère de méfiance qui a prévalu a conduit chacun des acteurs à défendre ses intérêts et objectifs propres plutôt qu'à tenter de construire un dispositif mutuellement avantageux.

2. L'ETAT DE PREPARATION DES ACTEURS CONCERNES EST TRES INEGAL ET GLOBALEMENT INSUFFISANT POUR ENVISAGER SERIEUSEMENT UN DEPLOIEMENT DE CETTE REFORME AU 1^{ER} JANVIER 2009

- [90] Les difficultés énoncées ci-dessus en matière de pilotage du projet ont eu des retentissements sur le niveau de préparation des acteurs. Ce constat majeur d'inégale maturité par rapport au déploiement du projet et de préalables techniques non réunis, empêche d'envisager raisonnablement un déploiement généralisé en 2009.

2.1. Le déploiement de la télétransmission sécurisée s'est accéléré au cours des derniers mois, mais n'est pas encore généralisé

- [91] La question de la télétransmission³¹ des données via une infrastructure d'échanges sécurisée entre les établissements de santé et les caisses des régimes obligatoires d'assurance maladie constitue un préalable technique majeur avant d'envisager le passage à la facturation directe, ce que l'ensemble des partenaires ont très vite identifié. La difficulté réside dans le fait que la montée en charge de ce processus n'a pas été aussi rapide que prévu, compte tenu des contraintes des trois acteurs directement impliqués, l'assurance maladie, les éditeurs de logiciels et les établissements de santé et les comptables.
- [92] Ce sujet a fait l'objet depuis de nombreuses années de travaux entre les partenaires concernés, DHOS, DGFIP et CNAMTS. Le protocole de juin 2006 avait précisément pour objet d'accélérer un processus, qui avait fait l'objet d'un premier protocole en 2003.
- [93] La généralisation de la télétransmission des données suppose le déploiement d'une infrastructure technique permettant de mettre en relation tous les acteurs, de manière compatible avec les volumes à transmettre.
- [94] La télétransmission des données suppose la définition, l'adoption, le déploiement et la maintenance évolutive de normes de transmission complexes. Tous les logiciels en rapport avec les données de facturation, dans les hôpitaux et les caisses d'assurance maladie obligatoire doivent être adaptés au fur et à mesure de l'évolution des normes.
- [95] Dès la mi-2007, les partenaires, soucieux du calendrier de déploiement, ont perçu la nécessité d'alléger les contraintes du protocole de 2006. Des simplifications, reposant principalement sur l'allègement des phases de test, ont été communiquées fin 2007, puis au printemps 2008³². Malgré cette accélération peu d'établissements sont encore aujourd'hui au stade de la production au fil de l'eau. Il est vraisemblable que tous n'y seront pas au 1^{er} janvier 2009³³.

³¹ Cf. annexe n°4

³² La circulaire DHOS/DSS/DGIP du 24 juillet 2008 officialise ces simplifications.

³³ Les sources DHOS et CNAMTS sont apparemment discordantes, car elles décomptent respectivement les établissements de santé soit en entités juridiques ou géographiques

Tableau 1 : Evolution du nombre d'établissements entrés en phase de test

Nombre de tests débutés	ES (entités géographiques)
janv-07	9
juin-07	227
janv-08	553
juin-08	600
août-08	604

Source : CNAMTS

Tableau 2 : Nombre et part relative des établissements de santé en test ou en production

	Nombre d'ES	Part relative	Tests débutés (nbre)	Tests débutés (en %)	Réel (nbre)	Réel (%)
CHU	30	5%	28	93%	3	10%
Autres établissements	568	95%	450	79%	12	2,10%
Total	598	100%	478	79%	15	2,50%

Source : DHOS Août 2008

[96] Par ailleurs, les modalités d'allégement des tests, désormais davantage centrés sur la vérification des liens entre systèmes d'information (les « tuyaux »), font craindre à certains, des difficultés ultérieures quant à la qualité même du contenu des flux.

- Les tests réalisés à ce jour portent uniquement sur des flux assez particuliers, flux AME, CMUC et rétrocession, et donc pas sur les flux concernés par le passage à la facturation directe. Il s'agit donc de tests sur des volumes faibles et pas toujours représentatifs de l'activité réelle des établissements de santé ;
- Ils ne permettent pas toujours de s'assurer que les futures caisses gestionnaires des autres régimes (autres que MSA, RSI³⁴) seront en capacité d'être en interface avec les caisses de paiement uniques (CPU). On relève un certain retard par exemple sur le champ des Sections Locales Mutualistes (SLM) ou des plus petits régimes pour réaliser les tests³⁵. Plusieurs régimes soulignent d'ailleurs le calendrier plus tendu qui leur est appliqué comparativement à celui prévu pour les établissements de santé. Cette question n'est pas sans importance au regard des enjeux de la correcte alimentation du SNIIRAM ;
- Ils intègrent plus ou moins bien les contraintes du réseau de la DGFIP, qui intervient en phase 4, étape finale du processus de test³⁶ ;
- La question de la norme B2 applicable pour la télétransmission n'est pas totalement négligeable : en effet, la norme B2 évolue régulièrement en fonction notamment des adaptations réglementaires sur les règles de prise en charge par l'assurance maladie (coefficients de transition pour les ex DG dans le cadre du passage à 100% T2A, ou codage des médicaments et de l'UCD,...)³⁷. Le déploiement dans l'une ou l'autre de ces normes

³⁴ Régime social des indépendants

³⁵ Les tests dits de phase A et B (accrochage des autres régimes au frontal des caisses-pivot avec des tests avec des établissements de santé publics et des PSPH) sont en cours et parfois difficiles à réaliser (il faut identifier des flux réels pour des petits régimes sur des flux particuliers).

³⁶ La reconnaissance des flux liés aux factures par le réseau de la DGFIP présuppose que les établissements de santé respectent les codes à 15 caractères et que leur transit par les systèmes d'information des organismes d'assurance maladie obligatoire, ne les altèrent pas.

³⁷ Aujourd'hui, la version de la norme B2 la plus récente est la B2 :2005, comportant elle-même des variantes a) et b). Les établissements de santé doivent avoir au minimum intégré la norme B2 :2003 pour être en flux sécurisé, et même

suppose non seulement le développement préalable par les éditeurs mais la certification par le centre national d'agrément (CNDA), service de certification dépendant de la CNAMTS. On relèvera que le CNDA a commencé la campagne de certification B2/2005-b en mai 2008.

2.2. Les établissements de santé ont encore de nombreuses étapes à franchir pour être prêts

2.2.1. Le chantier télétransmission et les chantiers connexes ont davantage mobilisé les établissements de santé que la facturation directe proprement dite

[97] Les établissements de santé, si l'on excepte leur implication sur le projet télétransmission, sont sans doute les plus en retard au regard de la perspective de la facturation directe. Il faut rappeler que les reports successifs et la communication insuffisante vis-à-vis d'eux ont contribué à leur démobilisation ; les autres priorités liées à l'accélération de la réforme T2A, la suppression du taux de conversion et le passage à 100% T2A en 2008 ont très largement mobilisé les équipes hospitalières, sans parler de la DHOS ni des ARH.

[98] Les travaux menés dans les établissements de santé depuis deux ans ne sont pas prioritairement tournés vers cette question. Les établissements de santé se sont jusqu'à récemment plutôt mobilisés sur la télétransmission. La mission a d'ailleurs pu constater à plusieurs reprises, que le projet de facturation directe se confondait dans les propos et les esprits avec le projet relatif à la télétransmission. Or la télétransmission ne constitue qu'un des outils permettant de passer en facturation directe. De très nombreux défis à relever dépendent d'acteurs hospitaliers beaucoup plus diversifiés que les seuls financiers et informaticiens qu'elle a principalement mobilisés jusque là.

2.2.2. Des niveaux de préparation très hétérogènes des établissements de santé et la nécessité de disposer de délais de plusieurs années avant toute généralisation

[99] Il n'existe chez aucun des organismes et institutions rencontrés, d'étude spécifique sur l'état de préparation des établissements de santé ex DG au passage en facturation directe. Il n'est pas possible de ce fait d'évaluer précisément la « marche à franchir » pour passer en facturation directe ni son coût. Ce point constitue une des inconnues principales restant à ce jour.

[100] La DHOS a demandé à ses opérateurs mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH) et GmSIH d'étudier l'état de préparation des ES au passage à la facturation directe. C'est dans ce cadre que la MEAH et le GMSIH ont élaboré des outils, qui pourraient permettre de réaliser rapidement un tel bilan. Les principaux indicateurs ont été décrits par la MeAH et structurés sous forme d'un guide d'autodiagnostic³⁸.

[101] Une approche plus qualitative et les entretiens conduits tant avec les fédérations que les éditeurs de logiciels, témoignent d'une très forte hétérogénéité du degré de préparation des établissements de santé ex DG sur le territoire.

2005 : b) pour pouvoir appliquer le codage UCD pour les médicaments rétrocedés, le forfait 18€ et les séjours pour les migrants.

³⁸ MeAH Outil d'auto-évaluation de la maturité et de l'organisation de la facturation Recouvrement V2. 2008

[102] La mission d'audit, d'évaluation et de contrôle (MAEC) de la DGFIP a détaillé les principales difficultés rencontrées par les établissements de santé dans leur chaîne de facturation recouvrement³⁹.

- « Le principal obstacle aux efforts de recomposition réside dans la configuration des bâtiments et le nombre d'implantations géographiques qui peuvent justifier le maintien de schémas d'organisation inadaptés (notamment en termes de points d'accueil).
- Il n'existe pas de cadre d'intervention normalisé pour les départements d'information médicale (DIM) et leurs pratiques se révèlent peu homogènes d'un établissement à un autre. Ce constat est renforcé par l'absence d'outil partagé (autre que MAT2A) et l'inexistence de dispositif de partage d'expériences. En pratique, les DIM ont tendance à concentrer leurs contrôles sur les problématiques d'exhaustivité au détriment des contrôles sur la qualité des codages et sur les soins externes.
- Les procédures d'ouvertures des droits constituent le point faible du processus d'admission. L'application «Feu Vert» est un outil très lourd offrant des fonctionnalités de vérification des droits du malade assez limitées⁴⁰. L'accueil des patients étrangers se révèle particulièrement complexe....».

[103] La MAEC conclut que les établissements de santé (et les comptables publics) ne sont pas prêts pour réussir un passage en facturation directe en janvier 2009.

[104] Ces constats sont relevés également par la MeAH et le GMSIH⁴¹, qui chacun pour ce qui les concerne, ont engagé des chantiers tout à fait intéressants au regard de la facturation directe ; les enseignements tirés des groupes de projet, ou des établissements eux-mêmes, pilotes pour certaines expérimentations, montrent que tous les acteurs n'ont pas le même degré de maturité par rapport à la perspective de passage à la facturation directe.

2.2.2.1. Le défi principal posé par la facturation directe est de faire évoluer les métiers et les organisations hospitalières

[105] Tous les auteurs et personnes rencontrées, insistent sur la nécessité de convaincre les différents métiers et de faire bouger les organisations. Cette sensibilisation est encore très imparfaite.

[106] Le degré de compréhension et donc d'implication des équipes de direction des établissements de santé semble insuffisant. Le sujet facturation directe est encore trop souvent, un sujet confiné dans l'espace des services financiers et informatiques (la télétransmission) et des services d'admission et de facturation. Ces derniers doivent passer d'une fonction relativement négligée depuis la dotation globale à celle de nœud essentiel de la chaîne des recettes. Ceci suppose de renforcer à la fois la performance propre de ces services et leur articulation avec les services médicaux et les autres services administratifs. L'expérience montre que ces rapprochements entre métiers médicaux et ceux de la facturation requièrent du temps.

³⁹ E LEDE, Rapport d'audit n°2007-29 sur la facturation et le recouvrement des produits hospitaliers 28 MAEC janvier 2008. Rapport provisoire.

⁴⁰ Cette application qui fonctionne en mode Minitel fait l'objet d'un projet de modernisation de son interface, en format internet SMTP, qui devait être déployé en 2006, mais qui le sera fin 2008 selon la CNAMTS.

⁴¹ GmSIH Etat des réformes du financement et de l'assurance Maladie au 01/09/2007 et impacts sur les systèmes d'information des établissements de santé 2007.

2.2.2.2. La capacité à mener à bien le projet facturation directe repose également sur la qualité du système d'information de l'établissement de santé.

[107] Le GmSIH a mené une étude sur les systèmes d'information d'un échantillon de 275 établissements de santé publics et privés⁴² en novembre 2007. La fonction première d'un système d'information hospitalier est de servir le cœur de métier « soignant ». Ceci passe par la mise en place d'un dossier patient unique, informatisé et interfacé correctement avec les applicatifs parallèles (imagerie, biologie et bloc opératoire notamment). Le déploiement de ce projet reste inégal et globalement insuffisant⁴³.

[108] La maîtrise de l'enregistrement correct de l'identité des patients est essentielle au processus de soins, avant même de l'être à la facturation : 72% des établissements de santé de plus de 500 lits disposaient d'une cellule d'identitovigilance mais 65% des moins de 50 lits n'en avaient pas. On constate un effet taille, qui se retrouve également dans la capacité à prendre en compte les normes d'échanges dans leurs cahiers des charges : 70% des gros établissements y faisaient systématiquement référence.

[109] Au total, le GmSIH relève que la capacité à bien gérer son système d'information est étroitement corrélée à sa complexité. Sont facteurs de complexité : la taille, l'activité, l'importance du plateau technique et la présence d'un service d'urgences. Il y apparaît que les établissements de santé MCO, plutôt plus gros et complexes, sont parmi ceux dont les systèmes d'information sont les plus matures.

[110] Plus récemment, le GmSIH a complété cette analyse en identifiant le système cible et les trajectoires de migration possible pour maîtriser le métier « facturation – recouvrement » dans les hôpitaux⁴⁴. Trois niveaux de performances ont été identifiés qui définissent trois états de maturité croissante :

- état 1 : exhaustivité de la facturation ;
- état 2 : exhaustivité et qualité ;
- état 3 : exhaustivité, qualité, rapidité et pilotage automatisé de la facturation avec gestion en « workflow » et traitement automatisé des retours.

[111] D'après le GmSIH, les établissements de santé ayant atteint le niveau 3 sont aujourd'hui très rares.

⁴² GmSIH Typologie des systèmes d'information des établissements de santé. Synthèse des résultats statistiques. 06/05/2008. Il faut prendre ces résultats avec prudence, le taux de réponse à cette enquête ayant été de 12%.

⁴³ Dans cette étude déclarative, seule la moitié des établissements de santé de l'échantillon disposaient d'un dossier patient informatisé pour plus de 80% des dossiers mais un tiers des établissements avaient informatisé moins de 20% de leurs dossiers patients.

⁴⁴ GmSIH Architecture fonctionnelle cible de la facturation dans les établissements de santé MCO publics et privés. Synthèse, Septembre 2008. Version non définitive V0.2

- 2.2.2.3. Le délai de mobilisation et d'atteinte du niveau minimum pour passer en facturation directe nécessite de un à trois ans selon le degré de maturité actuel des établissements de santé

- [112] La MeAH a accompagné un projet d'appui à la facturation et au recouvrement, construit en deux temps. La première phase reposait sur un chantier pilote mené pendant 24 mois sur 8 établissements de santé. Il était destiné à produire des outils et à faciliter la deuxième phase, dite de développement. Celle-ci a démarré sur 40 établissements de santé pour une période de 12 à 18 mois. Les délais observés ont été de 3 mois pour bâtir un diagnostic, et de 10 à 12 mois supplémentaires pour établir un plan d'action. La MeAH estime que la totalité de la mise à niveau des établissements de santé concernés nécessitera en moyenne 2 à 3 ans par établissement. Les établissements de santé les plus avancés, pourraient être prêts en un an.
- [113] Ces expériences pilotes et les outils longs et coûteux déjà élaborés pourraient être précieux dans une phase de relance et de généralisation de la facturation directe.

2.3. Les éditeurs de logiciels demandent un cahier des charges et des délais raisonnables

- [114] Les cinq premiers éditeurs de logiciels hospitaliers concentrent plus des deux tiers du marché⁴⁵. Le tiers du marché restant se répartit sur un nombre important de petits éditeurs ; enfin certains établissements importants comme l'AP-HP, sont leur propre éditeur.
- [115] Les éditeurs ont été réunis régulièrement entre 2005 et 2007 par la DHOS au sein d'un groupe de travail *ad hoc*. Il n'y a eu qu'une seule réunion en 2008. Ces réunions sont conjointes avec la CNAMTS.
- [116] Les éditeurs témoignent tous des contraintes que les pouvoirs publics ont imposées ces dernières années :
- L'empilement de réformes sensibles peu articulées nécessitant de transformer les systèmes d'information hospitaliers : réforme de l'AM (cf. annexe n°7), réforme du financement des établissements de santé (T2A, facturation directe et télétransmission...), réforme du régime comptable et budgétaire (EPRD) et enfin réforme des référentiels (CCAM, codage des médicaments et des prescripteurs). Aujourd'hui seuls l'EPRD et la CCAM ont pu être menées à bien, alors même que cette dernière aura connu 6 versions différentes entre janvier 2007 et 2009 ;
 - Les reports de programmation avec changements de priorités de mise en œuvre des mesures réglementaires⁴⁶, et instructions contradictoires générant des effets de « stop and go » comme pour la gestion de la participation forfaitaire 1€⁴⁷, celle du codage des médicaments⁴⁸ ou du développement des API⁴⁹ ;

⁴⁵ Source : DHOS, Octobre 2008. Cette estimation varie de 71,3% (DHOS) à 63,5% (CNAMTS). La différence est liée à une méthodologie de décompte des établissements basée sur les entités juridiques (DHOS) et géographiques (CNAMTS). Ces deux sources confirment les leaders du marché : les 5 premiers sont identiques et représentent plus des deux tiers du marché ; ce sont : GIP MIPIH, GIP CPAGE, AGFA, McKESSON France et SIEMENS Health services France.

⁴⁶ Ainsi, l'application de la participation forfaitaire 1€ en 2005 a été reportée pour permettre l'application du forfait 18€

⁴⁷ Décalé depuis 2005 ; le déstockage par les établissements de santé des données cumulées 2005-2007 qui ont transmis n'était toujours pas traité en octobre 2008 par les organismes d'assurance maladie obligatoire ;

⁴⁸ Le premier report au 1^{er} juillet 2007, un premier jeu d'essai au CNDA (CNAMTS) a été disponible en juin 2007, puis un deuxième jeu d'essai disponible mi mai 2008. Les premières certifications en septembre 2008 et le dispositif ne seront pas opérationnel avant le 1^{er} janvier 2009.

⁴⁹ Il a été demandé aux éditeurs de mettre en place les API (applications, programmes et interfaces) qui permettent aux établissements de santé de mieux lire les données de la future Carte Vitale 2 comme les données adresses des patients.

- Les incertitudes persistantes sur l'évolution de règles « lourdes » d'impact comme la suppression du tarif journalier de prestation.

- [117] Les éditeurs rappellent tous qu'il existe des délais incompressibles entre les décisions réglementaires et leur traduction opérationnelle dans les systèmes d'information. Les différentes phases nécessitent entre six mois et un an de préparation interne pour l'éditeur⁵⁰, auxquels il convient d'ajouter six mois de déploiement dans les hôpitaux.
- [118] S'agissant de la facturation directe, il y a consensus pour demander qu'un cahier des charges soit construit et diffusé aux éditeurs, afin qu'ils puissent débiter leur travail de spécifications⁵¹.
- [119] Au total, existe aujourd'hui chez les « grands éditeurs » le sentiment d'être négligés par les pouvoirs publics, peu informés et sommés de répondre sans délais aux impératifs réglementaires⁵².
- [120] Les éditeurs sont un point de passage obligé de toute réforme et leurs délais doivent s'ajouter aux délais du passage en facturation directe. En tout état de cause, il faudra consentir à ces délais avant de procéder à toute expérimentation. Les éditeurs sont demandeurs de la relance d'un dispositif de pilotage structuré des réformes à venir et prêts à s'associer aux expérimentations pourvu qu'on leur fournisse un cahier des charges.

2.4. Les comptables publics des hôpitaux et la Direction Générale des Finances Publiques sont mobilisés par d'autres priorités

- [121] Le réseau des comptables publics intervient de longue date au profit des établissements de santé dans un esprit qui se veut celui de la prestation d'un service, et de l'accompagnement des évolutions que doit gérer l'ordonnateur.
- [122] La DGFIP est partie prenante dans le projet de passage à la facturation directe et siège au comité national de coordination.
- [123] Il apparaît toutefois que les comptables publics évoluent dans un contexte qui n'est pas favorable à une bonne préparation au lancement du projet. Leurs outils de travail, conçus dans une logique universelle pour les collectivités dont le réseau de la DGFIP assure les fonctions comptables, sont imparfaitement adaptés à l'univers de la facturation directe.

2.4.1. Le contexte dans lequel évoluent les comptables publics n'est pas facilitant pour le projet

- [124] Le contexte dans lequel évoluent les comptables publics est celui d'une profonde mutation de leur direction générale de rattachement. La fusion entre la Direction Générale de la Comptabilité Publique et de la Direction Générale des Impôts a abouti à la création de la Direction Générale des Finances Publiques, ce qui constitue en soi un changement d'univers fondamental.

Les programmes ont été développés pour que les établissements de santé puissent lire directement les adresses, mais alors qu'ils sont aujourd'hui prêts, les informations ne figurent toujours pas sur les cartes vitales et les éditeurs ne savent pas quand ces données seront basculées sur les cartes par les organismes d'AMO. Les éditeurs restent donc « l'arme au pied » alors que les établissements de santé attendaient cette amélioration.

⁵⁰ Un éditeur résume ainsi ses délais : Spécifications (2 mois), Développement (6 mois), qualification (3 mois), diffusion (1 mois)

⁵¹ Les éditeurs rappellent qu'ils ont ainsi pu disposer jusqu'en 1995, d'un « cahier des règles » établi par CNAMTS et DHOS.

⁵² Il convient de noter que le centre national de certification CNDA (CNAMTS) fait exception à cette règle et prend soin au contraire d'informer régulièrement et systématiquement tous les éditeurs.

- [125] Du fait de la politique de maîtrise des dépenses publiques, le réseau des comptables publics est soumis à une pression constante de recherche de productivité, qui passe notamment par une diminution progressive de ses effectifs⁵³.
- [126] Sur l'ensemble des personnels de la DGFIP, qui compte 123 000 agents, les effectifs responsables du secteur hospitalier représentent environ 6 000 ETP. La politique actuelle des pouvoirs publics n'est à l'évidence pas de renforcer ce niveau d'effectifs.
- [127] Un autre élément de contexte tient au fait que les comptables publics se trouvent impliqués dans un processus de changement lourd sur le plan de leur système d'information. L'ensemble du réseau est en train de déployer une nouvelle application informatique HELIOS, qui doit notamment remplacer, dans le champ hospitalier, les outils existants⁵⁴.
- [128] A titre d'illustration, on peut noter les éléments suivants indiqués par la DGFIP :
- la migration d'un poste vers HELIOS est un processus qui comporte une période de préparation de neuf mois ;
 - le déploiement à un rythme soutenu dans le domaine hospitalier a été lancé au printemps 2008 quand la DGFIP a eu la certitude que la nouvelle application était en mesure de fournir les mêmes fonctionnalités que les anciennes ;
 - à la date de septembre 2008, seulement 300 hôpitaux publics sur 1000 ont basculé sur HELIOS, en majorité des petits établissements ; parmi les 450 établissements de grande taille qui fonctionnaient en télégestion, seuls 60 avaient basculé sous HELIOS en septembre 2008 ; la prévision à fin 2008 est de 140, le déploiement d'HELIOS dans le secteur hospitalier devant s'achever fin 2009, sauf pour certains des plus grands CHU.
- [129] Le passage à la facturation directe conduirait à superposer deux démarches lourdes de changement dans le réseau DGFIP.

2.4.2. Les outils des comptables publics ne sont pas entièrement adaptés

- [130] Les comptables publics hospitaliers ont l'expérience de la gestion de titres de recettes complexes en télétransmission, avec les flux AME, CMU-C, rétrocession de médicaments et conventions internationales.
- [131] Il apparaît toutefois que les outils de gestion ne sont pas entièrement adaptés à un travail optimal entre ordonnateur et comptable :
- les outils logiciels des ordonnateurs et des comptables sont conçus de manière disjointe et fonctionnent aujourd'hui dans deux univers séparés ; la simple mise à disposition de données au travers d'interfaces, ou la simple présence d'écrans de consultations des bases de données de l'ordonnateur au sein des services du comptable, et réciproquement, ne répond que trop imparfaitement à la nécessité de travailler en étroite coordination, au sein de l'établissement, et en relation avec la caisse-pivot ;
 - le problème persistant de la reconnaissance entre le titre de recettes émis et les informations de paiement en provenance des débiteurs et notamment de l'AMO, est source de difficultés importantes dans les postes et d'une masse de travail importante et techniquement évitable ;

⁵³ Ainsi, à titre d'exemple, le projet de loi de finances de 2009 énonce un objectif de diminution de 2300 postes pour la DGFIP, sur un total de 123 000, soit une baisse en termes relatifs de 1,9%.

⁵⁴ Outil HTR pour les grands hôpitaux dont la comptabilité est tenue en mode télé-géré, et outil Clara pour les petits établissements dont la comptabilité est tenue en mode bureautique.

- s’agissant du nouvel outil informatique HELIOS et des serveurs informatiques de la DGFIP, leur capacité à absorber la volumétrie liée au projet facturation directe demande à être vérifiée ; le programme d’évolution logicielle d’HELIOS pour 2009 ne prend en compte aucun sujet lié à la facturation directe.

2.5. Les organismes d’assurance maladie obligatoire, et tout particulièrement la CNAMTS et la MSA sont plus avancés

2.5.1. La CNAMTS et la MSA, leaders sur le sujet, ont déjà déployé des travaux significatifs sur les cahiers des charges

- [132] Les organismes d’assurance maladie, et en leur sein la CNAMTS et la MSA semblent plus en avance que les autres partenaires s’agissant des travaux relatifs à la mise en place de la caisse de paiement unique (CPU), qui suppose de préparer les développements techniques et informatiques nécessaires à son fonctionnement.
- [133] La mission a pu constater qu’un certain nombre de cahiers des charges avaient été élaborés et validés entre la CNAMTS et la MSA. Ceux-ci portent sur l’articulation entre CPU et caisse gestionnaire, l’organisation des flux financiers et la gestion des dettes et créances entre régimes dans le cadre du dispositif CPU selon un schéma fondé sur un frontal national entre régimes (à la différence du schéma des CCDP).
- [134] Des travaux de développement ont effectivement été réalisés. Le tableau suivant récapitule les moyens consacrés en développement au projet facturation directe sur les années 2006 à 2008 inclus ; il ne comporte pas les prévisions de moyens nécessaires pour les prochains mois. Pour la CCMSA, il s’agit de données 2008 estimées au 31/8/08. Elle estime les besoins d’ici fin 2008 et 2009 à 2356 jours supplémentaires.

Tableau 3 : Ressources de développement informatique consacrées au projet facturation directe

	2006		2007		2008	
En jours/homme	CNAMTS	CCMSA	CNAMTS	CCMSA	CNAMTS	CCMSA
Maîtrise d’ouvrage	2214	nd	2385	nd	2785	747
Maîtrise d’oeuvre	2140	nd	2961	nd	2973	1160
Total	6360		7353		7766	1907

Source : Données CNAMTS et MSA

- [135] La CNAMTS indique pouvoir débuter des tests début 2009 sur ces bases, la MSA précisant pour sa part que le cahier des charges relatif aux fonctionnalités de la CPU vis-à-vis des caisses gestionnaires sera prêt fin 2008, et les tests envisageables pour le 1^{er} trimestre 2009.
- [136] Les régimes d’assurance maladie, comme d’ailleurs les éditeurs de logiciels, soulignent que la poursuite des travaux est aujourd’hui suspendue à la finalisation, par les pouvoirs publics (DHOS et DSS), du cahier des charges des règles de prise en charge des séjours hospitaliers avec corrélativement la production de dispositions réglementaires.
- [137] En revanche, il semble à la mission qu’au-delà des préparatifs techniques et informatiques, qui constituent une étape charnière pour amorcer le dispositif, les conséquences organisationnelles sur le réseau des caisses ont été moins travaillées, même si des groupes de travail associant des caisses du réseau se sont régulièrement réunis. Les points qui ont été moins privilégiés portent sur les éléments suivants :

- le rôle futur des CPU vis-à-vis des établissements de santé de manière à garantir la fonction d'interface unique vis-à-vis des régimes d'AMO ;
- les conséquences organisationnelles internes aux CPAM et CMSA sur les réorganisations des services de production concernant les établissements.

[138] A cet égard, les travaux engagés par la MSA semblent un peu plus mûrs que ceux du régime général, avec des outils d'appui à leur réseau pour préfigurer la nouvelle relation qui se nouera entre les caisses et les établissements de santé.

2.5.2. Les autres régimes d'assurance maladie sont associés au projet mais inégalement prêts

[139] Pour les régimes appelés à fonctionner en tant que caisse gestionnaire, leur association au dispositif a été réalisée, au premier chef dans le cadre du comité national de coordination (dont ils sont membres) et dans le cadre de réunions plus spécifiques à la sphère des organismes d'assurance maladie sous l'égide de la CNAMTS, les dernières réunions ayant eu lieu respectivement en avril et juillet 2008.

[140] Par ailleurs, dans le cadre des tests de télétransmission, l'accrochage des caisses des autres régimes au dispositif des CPU se déploie avec une certaine inégalité et certaines difficultés. Les régimes consultés ont fréquemment exprimé le fait que les délais prévus pour les tests d'accrochage étaient souvent trop courts par rapport à ceux entre les futures CPU et les établissements de santé⁵⁵.

2.6. Les acteurs ne sont pas prêts et le projet requiert un délai de plusieurs années

[141] Le degré de préparation des acteurs est très inégal et ne peut être rattrapé dans les deux mois qui viennent. L'échéance du 1^{er} janvier 2009 doit être abandonnée et annoncée officiellement comme telle.

[142] Un tel projet ne peut avancer correctement que si les acteurs sont « au diapason » en termes de préparation et acceptent de coordonner leur rythme d'avancement. Une mise à niveau s'impose qui ne peut être conduite en quelques mois.

[143] Sur un projet aussi lourd, dont la complexité a été mal appréhendée de prime abord, la mission considère qu'un déploiement généralisé ne peut être envisagé avant plusieurs années, celui-ci devant être précédé d'un processus expérimental (cf. infra).

55 pour le RSI, des tests sont en cours avec l'établissement d'Avranches-Granville (démarrage en août 2008), ainsi qu'avec le CHU de Lille (une précédente expérience avec le CHU de Besançon n'ayant pu être finalisée au début de 2008) ; par ailleurs, compte tenu de son mode d'organisation avec les organismes complémentaires (OC) et le fonctionnement technique sur cinq plateformes, le RSI doit lui-même implémenter dans son réseau les développements requis par le passage à la facturation directe : le travail sur les spécifications du projet seront achevées pour fin 2008, les développements étant réalisés une fois le cahier des charges réalisé ;

- pour MFP Services (mutuelles de la fonction publique hors MGEN), des difficultés ont été identifiées ; une première vague de tests avec les ES de Poitiers et de l'hôpital Foch n'a pas été concluante. De nouveaux tests vont démarrer avec le CHU de Lille en octobre 2008 ;

- pour l'UNRS, la situation est contrastée selon les régimes ; le régime des militaires a réalisé ses tests sur l'hôpital de Tulle et Foch ; en revanche, les régimes de l'Assemblée Nationale et du Sénat, de la CCIP, du Port autonome de Bordeaux n'ont pas démarré les tests.

3. LE SYSTEME TRANSITOIRE REpond DEJA A UNE PARTIE DES OBJECTIFS, MAIS PRESENTE DES LIMITES

[144] Au regard des objectifs recherchés par le projet, il apparaît utile d'examiner les apports et les limites du système transitoire mis en place pour faire fonctionner les établissements de santé ex DG en mode T2A.

3.1. *Le passage à 100% de T2A en 2008 a incontestablement eu un effet majeur sur les établissements de santé et le mode de pilotage des EPRD*

[145] Au regard de l'objectif attendu de la réforme portant sur la mise sous tension des gestionnaires hospitaliers grâce à un pilotage par les recettes, on peut considérer que l'accélération du passage à 100% de T2A constitue le catalyseur de ce changement avec des effets sur la gestion budgétaire.

[146] Les établissements sont désormais obligés dans ce cadre de mettre en place des outils de gestion interne et infra-annuels sur le suivi de l'EPRD (états quadrimestriels, voire mensuels) au niveau de l'établissement mais aussi des pôles. Même si le recul est encore insuffisant depuis son déploiement en 2008, beaucoup d'acteurs s'accordent à dire que les effets sont en cours, et que désormais la substitution d'une facturation individuelle à une facturation agrégée n'apporterait, au regard de ce seul objectif, qu'un effet limité. L'enjeu en la matière, avant d'être en trésorerie, est bel et bien un enjeu budgétaire sur le respect de l'EPRD et les capacités d'ajustement des charges aux recettes effectives de l'établissement.

[147] Il est vrai que le parachèvement du dispositif avec le versement directement lié à l'acte de facturation permettrait d'accroître la responsabilisation des établissements sur leur gestion de trésorerie.

[148] En revanche, il n'y a pas consensus entre les acteurs sur le point de savoir si le projet de facturation directe en tant que tel est le catalyseur de processus organisationnels plus efficaces au sein des hôpitaux. Certains d'entre eux estiment que ce projet est un élément fondamental de la modernisation des hôpitaux par un mode de travail plus intégré entre les services, notamment médicaux et administratifs. Le projet de facturation directe participe évidemment de cette logique de mise en tension entre la production des soins et la facturation. Ce processus semble toutefois déjà engagé dans certains hôpitaux depuis le passage à 100% T2A et la suppression du taux de conversion.

[149] En outre, il paraît plus fondamental de disposer d'une organisation interne à l'hôpital permettant effectivement d'optimiser, en amont, le processus de production des soins de nature à éviter des actes inutiles ou redondants, et également de mettre en place des processus d'organisation et de prise en charge des soins les plus rationnels possible. De ce point de vue, d'autres actions ont vocation à mieux répondre à cet enjeu, qu'il s'agisse des projets tels que ceux soutenus par la MEAH sur l'efficacité hospitalière, ou des projets de structuration des systèmes d'information axés sur le dossier patient à l'hôpital. Ce sont principalement ces approches qui doivent permettre d'agir sur les coûts de production des soins et partant le niveau des charges des hôpitaux.

3.2. *La suppression du taux de conversion et la mensualisation sont des avancées intéressantes, mais ne répondent pas aux exigences légitimes de l'assurance maladie obligatoire*

[150] Le dispositif transitoire adapté à partir d'avril 2007, reposant sur un rythme de facturation agrégée désormais mensuel, et surtout assorti de la suppression du taux de conversion s'inscrivent dans une logique cohérente avec les mécanismes de la facturation directe : rythme de versement plus proche des faits générateurs, et obligation d'apparier des données administratives et d'ouverture des droits sur les patients avec des données médicales, au lieu d'un taux moyen global de prise en charge par les organismes d'assurance maladie obligatoire.

[151] S'agissant du rythme mensuel, certains établissements de santé ont indiqué avoir adapté leurs procédures de consolidation des dossiers médicaux et de codage au vu de ce nouvel échéancier, de manière à pouvoir organiser des vérifications préalables à la finalisation de la facture par le DIM. C'est notamment le cas des centres de lutte contre le cancer.

[152] Toutefois, ces avancées ne constituent pas aux yeux de la mission une réponse suffisante par rapport à la capacité de l'assurance maladie de pouvoir contrôler avant liquidation ces droits et partant de pouvoir bloquer la facture, comme c'est le cas pour les cliniques. Le système actuel ne permet aucune vérification par l'AMO des droits *ex ante*, ni même dans une période immédiatement postérieure à la liquidation. Au mieux, en effet dispose-t-elle des bases PMSI mensuelles transmises par l'ATIH quatre mois après la date du séjour, et avec une difficulté de retraitement des données anonymisées. Le système actuel ne permet donc pas de répondre à cette attente légitime de la part des organismes d'assurance maladie obligatoire (cf. annexe 1 sur le contrôle)

3.3. *Les informations récupérées par l'assurance maladie obligatoire via les bases du PMSI ne satisfont pas ses besoins de gestion du risque*

[153] Au-delà de la question du contrôle pré-liquidation, le système actuel ne répond qu'imparfaitement aux besoins d'information des organismes d'assurance maladie dans le cadre de leur politique de gestion du risque et de compréhension, même rétrospective des parcours de soins des assurés.

[154] Les organismes nationaux Régime général, MSA et RSI disposent de la transmission des bases PMSI consolidées par l'ATIH selon les modalités suivantes :

- les bases nationales de RSA annuelles élaborées par l'ATIH sont transmises aux organismes d'assurance maladie, autorisés par la CNIL à les traiter dans un délai de 6 mois suivant la clôture de l'exercice concerné (en 2008, la base scellée 2007 a été transmise à la CNAMTS en juillet) ;
- les fichiers de RSA mensuels et cumulés sont transmis aux organismes d'assurance maladie autorisés par la CNIL après validation par les ARH, à la fois régionaux et agrégés au niveau national.

[155] Plusieurs arguments sont mis en avant sur les limites apportées à ces bases au regard des travaux menés par les organismes d'assurance maladie :

- la question de la périodicité de transmission, qui est trop longue, et surtout la difficulté de pouvoir travailler en rythme infra-annuel sur des bases pour lesquelles les questions de complétude des données sur un mois rendent difficiles les extractions ;

- les questions de dés-anonymisation, nécessaires pour faire des analyses de parcours de soins ; le dispositif technique à partir d'un identifiant crypté permet de procéder à des appariements mais uniquement pour des études statistiques, qui ne visent pas à faire des études sur des cohortes identifiées⁵⁶, ou à suivre un historique de remboursements par exemple ; les historiques Web médecin en cours ne comportent pas aujourd'hui les données issues des bases PMSI.
- des éléments concourant à l'anonymisation des séjours des bases PMSI inadaptés aux besoins de la gestion du risque, c'est le cas notamment de la donnée relative à la date du séjour, puisque que le GHS ne comporte que le mois du séjour⁵⁷ ; la mission s'interroge sur le fait de savoir dans quelle mesure une ré-interrogation de la CNIL ne serait pas envisageable à l'aune des évolutions de jurisprudence sur ce point. Ceci serait particulièrement utile pour mener des études sur le recours au système de soins autour d'un épisode d'hospitalisation.

[156] Le dispositif tel qu'il est aujourd'hui construit, ne permet pas à l'assurance maladie de pouvoir exercer certains de ses travaux de gestion du risque.

[157] Au total, le système transitoire tel qu'il prévaut à l'automne 2008 répond certes à une partie des objectifs, en raison en réalité du déploiement accéléré du passage à 100% de T2A en 2008. En revanche, il est clair qu'il ne répond pas aux objectifs de contrôle préalables au paiement des prestations par l'assurance maladie obligatoire, ni même en partie aux objectifs d'accès à l'information des organismes d'assurance maladie pour mener des études statistiques ou des suivis de patients dans leur recours au système de soins.

4. LES BENEFICES ATTENDUS DU PROJET DE FACTURATION DIRECTE SONT PLUS DIFFICILES A APPRECIER QUE LES RISQUES ET COUTS POTENTIELS

[158] Il est frappant de constater qu'à l'époque du lancement du projet, aucune approche bénéfice/risque n'avait été réalisée sur le volet spécifique du passage à la facturation directe. Seuls ont pu être identifiés par la mission des travaux relatifs à la mise en place de la T2A.

[159] Les bénéfices potentiels du projet ont vocation à être appréciés au regard des impacts en termes de coûts et d'organisation, ainsi que des risques qui y sont liés. Certains de ces facteurs sont de nature permanente : la volumétrie du projet, la nécessité de gérer une importante infrastructure de télétransmission, le fait que les flux de trésorerie seront profondément modifiés.

[160] Il est clair aussi qu'une partie des conséquences négatives du projet sera limitée dans le temps à une phase transitoire de déploiement et d'apprentissage des nouveaux outils et processus, et qu'elles pourront s'atténuer par la suite. Il en est ainsi des dysfonctionnements informatiques et de la masse de travail générée par le niveau initial de rejet des factures.

⁵⁶ Le projet SOPHIA prévoit un suivi différencié de cohortes de patients diabétiques, selon leur niveau de risque. Ce dernier s'apprécie en partie sur le recours au système de soins, dont les hospitalisations. En l'état, les informations relatives aux hospitalisations qui surviendraient dans le secteur des établissements de santé ex DG ne peuvent être obtenues avec la même fréquence que celles réalisées dans les cliniques et qui transitent directement dans les bases du SNIIRAM.

⁵⁷ La DHOS indique que des travaux sont en cours en ce sens.

4.1. Les bénéfices attendus du système cible pour les acteurs apparaissent certains mais difficiles à quantifier

4.1.1. Pour l'assurance maladie

- [161] Les gains potentiels liés à la réforme de la facturation directe elle-même, indépendamment du passage à la T2A, en termes de maîtrise des dépenses d'assurance maladie apparaissent difficiles à cerner. A cet égard, aucun chiffrage n'a été fourni à la mission permettant de cerner ou approcher ce bénéfice même à moyen terme. Il n'existe pas davantage, à titre de comparaison, d'éléments sur les gains générés par les mécanismes de contrôle *a priori* appliqués aux factures des cliniques.
- [162] Pour autant, il est incontestable que le passage à une facturation directe et individuelle en lieu et place d'une facturation agrégée, peut contribuer à supprimer des paiements aujourd'hui indus. Le système de facturation agrégée peut conduire à une prise en charge de tels paiements liés, soit à des erreurs, soit à des manœuvres frauduleuses, portant sur les droits des assurés ou les taux de prise en charge.
- [163] L'expérience des cliniques et du contrôle avant liquidation permet au contraire de bloquer des factures qui peuvent présenter des anomalies comme celles évoquées ci-dessus. La transposition d'un tel système au secteur ex DG permettrait à l'évidence de prévenir à moindre coût de telles dérives. Ces gains portent en réalité sur la part non supportée par l'assurance maladie obligatoire, laquelle représente en moyenne 8% de la facture hospitalière.
- [164] Ce système pourrait également permettre de mieux articuler des programmes de contrôle et d'entente préalable, comme cela a été prévu par la LFSS 2008 sur les actes de chirurgie ambulatoire. Aujourd'hui seule la MSA dispose du système d'information pour gérer ce dispositif de manière automatique en liquidation (la CNAMTS pourrait le mettre en œuvre à l'été 2009).
- [165] Au-delà du contrôle pré-liquidation, l'intégration des informations issues de la liquidation dans les bases informationnelles du SNIIRAM, et partant de leur utilisation constitue un atout certain du système de facturation directe. La perspective de pouvoir suivre les parcours de soins des assurés sociaux entre « ville et hôpital » à partir d'une base unifiée serait une avancée réelle pour l'assurance maladie obligatoire aujourd'hui et pour les ARS demain.
- [166] Les prochaines années pourraient être marquées par la poursuite ou l'amplification des réformes portant sur le reste à charge des usagers du système de soins : participations forfaitaires, bouclier sanitaire,... A l'aune des difficultés rencontrées pour la gestion des participations forfaitaires 1€ et du forfait 18€, il est clair que de tels projets ne peuvent être envisagés si des solutions techniques d'individualisation des factures ne sont pas opérationnelles.
- [167] Toutes ces perspectives sont des arguments favorables au passage à la facturation directe, mais ne peuvent aujourd'hui être davantage documentées car reposant sur des évolutions de la gestion du risque qui ne sont qu'esquissées.

4.1.2. Pour les établissements de santé ex DG

- [168] En rythme de croisière, les principaux avantages pour les établissements de santé proviendront de la capacité pour ces derniers à obtenir des délais de recouvrement⁵⁸ plus courts que ceux aujourd'hui en vigueur dans le cadre de la facturation mensuelle.
- [169] L'annexe n°6 précise les évolutions possibles de ces délais par comparaison avec la situation actuelle et au regard des cliniques privées. Il en ressort que le gain pourrait aller jusqu'à 50 jours dans une hypothèse prudente sur le délai de facturation à l'issue de la sortie du patient de 15 jours, soit plus du double de celui des cliniques.
- [170] Cette hypothèse aurait corrélativement, et toutes choses égales d'ailleurs (c'est-à-dire hors effet de l'apurement des avances versées aux établissements de santé à régulariser) un effet inverse sur la trésorerie des organismes d'assurance maladie obligatoire.

4.2. Les risque et coûts potentiels du projet semblent élevés

- [171] Au regard de ces avantages, la mission estime que les risques et coûts du projet ne doivent pas être dissimulés, y compris lorsque le rythme de croisière sera atteint.

4.2.1. La volumétrie attachée au projet a des impacts différents selon les acteurs

- [172] Le premier changement important introduit par le projet réside dans sa volumétrie, sachant qu'il est intéressant de souligner que ce sujet ne peut être apprécié dans l'absolu mais au regard des contraintes propres à chaque acteur. Les facteurs multiplicatifs des volumes à traiter ne sont pas les mêmes pour les ES, le réseau de la DGFIP ou les Organismes d'assurance maladie.
- [173] L'annexe n° 5 présente des estimations de volumétrie et d'impact pour ces différents acteurs. Il en ressort que tous les partenaires seront impactés par ce changement quantitatif, y compris les Organismes d'assurance maladie mais dans une moindre mesure que pour les établissements de santé et le réseau des comptables.
- [174] S'agissant des établissements de santé et des comptables, le facteur multiplicatif est de 3 environ, l'ordre de grandeur du nombre de titres passant de 30 à 90 millions de titres. Pour les organismes d'assurance maladie, le poids est résiduel si l'on prend comme référence la totalité des flux électroniques (yc Sesame Vitale), mais compris entre 2 et 5 sur les seuls flux liés aux établissements de santé.

4.2.2. Les taux de rejets appliqués à cette volumétrie risquent de générer des coûts de retraitement et des charges de travail supplémentaires pour les acteurs du système

- [175] Dans le prolongement de l'analyse sur la volumétrie, il convient de mesurer l'impact de ce nouveau dispositif lié aux rejets des flux. Tout système de gestion de flux de factures, aussi automatisé soit-il, génère des phénomènes de rejets, car il est lié à l'existence de contrôles bloquants notamment pour le financeur.

⁵⁸ Le délai de recouvrement cumule les délais de facturation et de paiements.

- [176] L'expérience des cliniques privées permet de disposer de références sur les taux de rejets. Ceux-ci sont aujourd'hui compris entre 5 et 6%⁵⁹. Que ce soit dans les établissements de santé ex DG que dans les cliniques, un des principaux motifs de rejet repose sur des questions d'identification des droits des assurés ou bénéficiaires.
- [177] Les taux de rejets aujourd'hui connus sur les établissements de santé ex DG portent sur les titres particuliers que constituent l'AME, la CMU-C et la rétrocession. Le taux de rejets est, pour les établissements de santé publics qui télétransmettent en flux B2 sécurisé, de l'ordre de 7 à 10% après recyclage par les facturiers des caisses⁶⁰.
- [178] Les contrôles du comptable public⁶¹ peuvent générer également des rejets liés aux flux relatifs aux paiements (flux retour NOEMIE), qui se cumulent aux précédents. Le taux de rejets peut être estimé à 10% (source DGFIP).
- [179] L'application des taux de rejets aujourd'hui observés dans les cliniques à la future volumétrie télégérée (cf. supra) est loin d'être négligeable.
- [180] Les coûts de gestion des rejets, non estimés aujourd'hui par les établissements de santé et les comptables, et appréhendés d'une manière qui paraît optimiste pour les réseaux de l'assurance maladie obligatoire, sont potentiellement élevés. Le réseau des comptables publics, engagé avec la construction de la DGFIP, dans un plan de réduction programmé de ses effectifs apparaît particulièrement fragile pour pouvoir absorber de telles charges, quand bien même le taux de rejets serait inférieur à 5%.
- [181] Pour tous ces acteurs, et particulièrement pour les hôpitaux, les secteurs administratifs sont souvent les premiers sur lesquels les recherches de gains de productivité s'exercent. Les effets de ce projet pourraient venir en contradiction avec cette tendance.
- [182] Il n'existe aucune étude d'impact s'appuyant sur des indicateurs de charge de travail liées notamment aux rejets. La mission a tenté toutefois d'estimer de manière sommaire, les ordres de grandeur de la charge de travail supplémentaire, mesurée en ETP. L'annexe n° 5 procède à ces projections estimatives par le croisement des données disponibles. Les résultats sont les suivants :
- pour les établissements de santé, la seule extrapolation possible repose sur les situations observées dans les établissements de santé rencontrés. Certains ont indiqué qu'un doublement de leurs effectifs des équipes dédiées au seul traitement des rejets était probable. Sous l'hypothèse de 2 ETP par entité juridique consacrés aux rejets en moyenne en France, les moyens supplémentaires requis seraient de 1 200 ETP ;
 - pour les comptables, selon l'hypothèse de 10% de taux de rejets, la charge nouvelle pourrait être d'environ 20% des 2 000 ETP actuels dédiés au recouvrement, soit 400 ETP.
 - pour les CPAM, les estimations de la CNAMTS sont de 150 ETP ; selon la mission, l'application d'un facteur multiplicatif minimal de 2 sur la volumétrie, conduirait à un effectif supplémentaire de 500 ETP.
- [183] En tout état de cause, l'ensemble de ces éléments doivent absolument être repris et confortés, notamment à partir de sites expérimentateurs.

⁵⁹ Le taux de rejet cible, tous paiements confondus des CPAM est fixé à 2,5% dans leur programme socle 2008.

⁶⁰ Ce recyclage peut concerner de 30 à 40% des flux. Il ne pèse pas sur les établissements de santé mais sur les facturiers des caisses. Il est amené à baisser après la phase de démarrage.

⁶¹ C'est-à-dire établissement de santé ex DG sans les établissements privés participant au service public hospitalier (établissements privés participant au service public hospitalier)

4.2.3. Les conséquences sur l'organisation interne des acteurs

- [184] Il est incontestable, au vu des points précédents, que le traitement des volumes et pour une part des rejets en découlant, aura des conséquences sur l'organisation des établissements de santé anciennement sous DG, des caisses d'assurance maladie et des postes de comptables publics.
- [185] Les caisses d'assurance maladie sont les intervenants pour lesquels le changement à opérer apparaît le plus facilement abordable. En effet, elles ont déjà une forte expérience de la facturation directe dans le cas des cliniques privées, pour lesquelles la facturation directe relève d'un schéma relativement comparable à celui prévu pour les établissements ex-DG. La prise en compte de la facturation directe en provenance des établissements de santé ex DG suppose quand même une mise à niveau de l'organisation et des ressources des CPAM affectées au domaine des établissements de santé.
- [186] En ce qui concerne les établissements de santé, il est certain que ceux-ci sont placés, du fait de cette réforme, en face d'un véritable défi organisationnel concernant leur processus d'admission/ codage/ facturation et recouvrement. Celui-ci découle directement du volume des factures et titres à gérer, de la généralisation de la télétransmission. Les travaux de la MeAH et du GmSIH permettent de mesurer l'importance des réorganisations à opérer.

4.2.4. Des risques collatéraux potentiels

- [187] Le projet présente un certain nombre de risques, d'ampleur variable, parfois difficiles à évaluer, qu'il convient de mentionner dans le cadre d'une analyse d'opportunité du projet. On peut mentionner les risques suivants, qui sont surtout concentrés sur la période transitionnelle.

4.2.4.1. La modification des flux de trésorerie comporte des risques, notamment en phase de transition

- [188] Le passage à la facturation directe des établissements hospitaliers anciennement sous dotation globale va se traduire par une modification importante des flux de trésorerie. Dans le cas d'une facturation individualisée au fil de l'eau, le recouvrement des recettes peut être potentiellement plus rapide que dans le système transitoire, dès lors que les factures sont émises dans un délai performant après la sortie du patient. La contrepartie de cette évolution est que le recouvrement des recettes vis à vis de l'assurance maladie obligatoire devient encore plus tributaire des délais de facturation, mais également de la qualité de cette facturation au regard des contrôles mis en place par l'assurance maladie obligatoire.
- [189] Les éventuelles difficultés de recouvrement des créances hospitalières générées par l'émission de 65 millions de factures et le rejet d'une certaine proportion d'entre elles par l'assurance maladie pourraient se traduire par une dégradation de la situation de trésorerie des établissements de santé. Ce phénomène apparaît hautement probable pendant un certain nombre de mois suivant le lancement de la réforme et nécessaires à sa montée en charge. Cela ne ferait que reproduire ce qui s'est passé pour les cliniques en 2005 lors de leur passage à la T2A. Cette difficulté avait rendu nécessaire l'attribution d'aides en trésorerie aux cliniques privées pour leur permettre de passer le cap. Aujourd'hui les projets de schéma cible prévoient une modalité d'avance pour couvrir ce risque⁶².

⁶² L'avance serait annuelle ou mensuelle selon le schéma retenu cf. annexe 2.

4.2.4.2. Le suivi de l'ODMCO au sein de l'ONDAM

[190] La question du suivi de l'ODMCO⁶³ est un sujet particulièrement sensible qui ne peut être négligé dans le projet. L'expérience passée du suivi des dépenses des cliniques privées montre combien la qualité de l'alimentation du SNIIRAM par tous les régimes est déterminante.

[191] Les modalités de suivi de l'ONDAM devront être adaptées dès lors que les circuits de l'information donnant lieu à valorisation et à facturation sont profondément transformés. Deux points peuvent être soulignés :

- d'une part, la mise en place éventuelle d'un nouveau système de suivi nécessite de conserver parallèlement, pendant une ou deux années, le suivi déployé par l'ATIH pour éviter des risques de rupture ;
- d'autre part, dans le cas où le projet ferait l'objet d'un déploiement progressif, il conviendrait d'être capable de redresser les statistiques de dépenses en tenant compte du fait que les données proviendraient de deux familles d'établissements suivis de manière différente.

[192] Dans tous les cas de figure, la qualité du suivi en régime de croisière nécessitera des moyens adaptés de la part des régimes d'assurance maladie pour satisfaire à cette obligation de qualité.

4.2.4.3. L'impact sur les systèmes d'information de chacun des acteurs

[193] Un risque difficile à évaluer concerne l'impact du projet sur les systèmes d'information des trois acteurs. Le projet facturation directe n'est pas un projet isolé, mais au contraire un projet qui va s'intégrer dans un ensemble complexe constitué de systèmes d'information eux-mêmes en évolution⁶⁴. Ce risque comprend plusieurs aspects. Tout d'abord l'intégration du projet dans les évolutions en cours des différents systèmes d'information peut le retarder dans son déploiement. Ensuite, la forte augmentation des volumes traités peut impacter le niveau de performance et de disponibilité d'outils informatiques⁶⁵. Enfin les modifications apportées au système d'information du fait du passage à la facturation directe peuvent rendre plus difficiles des évolutions ultérieures non connues à ce jour. Une difficulté certaine réside dans la succession de réformes qui impactent toutes le système d'information des hôpitaux et de l'assurance maladie, sans être prévues à l'avance, et donc en l'absence d'une vision claire d'un système d'information cible.

4.3. *Les bénéfices apparaissent balancés au regard des risques*

[194] Au total, les bénéfices n'apparaissent pas évidents au regard des risques notamment pour deux des partenaires : établissements public de santé ex DG et surtout comptable public.

⁶³ Cf. sur ce point l'annexe 3.

⁶⁴ A titre d'exemple, le projet facturation directe vient impacter la refonte du système d'information comptable et financier de l'AP-HP, dans sa définition, éventuellement dans son calendrier de déploiement.

⁶⁵ Le traitement informatique et comptable des participations forfaitaires 1 euro liées aux séjours et actes hospitaliers de 205-2006 et 2007 est seulement en cours de traitement à la date de la mission, du fait de la nécessité de pouvoir télétransmettre des données, de la volumétrie de ces données et des traitements informatiques à réaliser.

[195] Le risque principal est lié à l'accroissement des charges de travail, en transition et en régime de croisière, liée au traitement des rejets. Elle nécessitera de former et recruter des moyens humains dans les trois réseaux : assurance maladie obligatoire, DGFIP et établissements de santé. Il n'apparaît pas évident d'aller vers un projet d'informatisation des flux de facturation s'il doit s'accompagner de manière inéluctable d'une augmentation des charges salariales.

[196] Les bénéfices en faveur de la poursuite du projet, apparaissent aujourd'hui plus qualitatifs et plus politiques :

- l'assurance maladie doit pouvoir contrôler le bien-fondé de ce qu'elle paye ; il n'est pas logique qu'elle soit cantonnée au rôle de payeur aveugle ; le passage en facturation directe permettra l'exercice des mêmes contrôles sur les hôpitaux que sur les cliniques, avec la même efficacité et les mêmes résultats ;
- la disposition des données relatives aux actes et séjours à l'hôpital permet de chaîner plus facilement les dépenses de soins en ville et en établissement et de connaître les parcours de soins des assurés ; il en résulte la constitution de bases de données qui vont servir de support d'études et de contrôles générateurs d'économies potentielles dans l'avenir.
- Sans que l'on puisse dès à présent déterminer l'impact d'un meilleur suivi des parcours de santé sur l'identification de leviers nouveaux des politiques de santé, il est concevable, que la valeur de ces analyses puisse être considérée comme majeure. Cette appréciation pourrait dès lors faire pencher différemment la balance bénéfices/risques en faveur du projet de facturation directe.

Les propositions et scénarios possibles pour les pouvoirs publics

[197] Sur la base de la discussion relative aux enjeux et contraintes du projet, la mission estime que plusieurs scénarios s'offrent aujourd'hui aux pouvoirs publics. Au-delà en effet des seuls éléments propres au projet lui-même, et compte tenu de la complexité démontrée ci-dessus, il est important de mesurer la capacité de mobilisation dans la durée de l'ensemble des acteurs.

[198] Le projet facturation directe doit sans doute être resitué dans le contexte plus large des chantiers lourds de la politique de santé. Si les pouvoirs publics estiment que ce projet reste prioritaire malgré tout, seule la réalisation d'une expérimentation peut permettre de maîtriser le déploiement de ce projet. Quels que soient les choix retenus, la mission recommande le développement d'une solution complémentaire fondée sur des améliorations du système transitoire mais s'inscrivant dans les objectifs poursuivis par le projet de facturation directe.

1. LE PROJET FACTURATION DIRECTE DOIT SANS DOUTE ETRE RESITUE DANS LE CONTEXTE PLUS LARGE DES CHANTIERS LOURDS DE LA POLITIQUE DE SANTE AVANT DE TRANCHER L'OPPORTUNITE DE SON DEPLOIEMENT

[199] Le projet de facturation directe doit désormais être resitué dans le contexte plus large des réformes et sujets impactant l'hôpital et plus largement le système de santé. Ceci vise à apprécier la hiérarchisation relative des projets à conduire au cours des 3 à 5 ans à venir, et la disponibilité des moyens humains et techniques pour les porter.

1.1. Les nombreuses réformes ayant affecté l'hôpital ces dernières années ne sont pas achevées ni totalement digérées, sans compter les autres sujets importants à venir

[200] De nombreuses réformes ont été engagées au cours des dernières années sur le champ hospitalier qui sont loin d'être achevées, et d'autres viennent d'être annoncées ou engagées. Elles portent sur quatre niveaux : le niveau macroéconomique et la régulation d'ensemble, la gestion microéconomique de l'hôpital, la gouvernance, le pilotage des politiques de santé et les règles de prise en charge des dépenses de soins.

1.1.1. La régulation macroéconomique

- [201] La régulation macroéconomique et l'optimisation des ressources allouées à la sphère hospitalière font partie des enjeux forts des prochaines années, compte tenu de la nécessité de maîtriser l'évolution de l'ONDAM dans le contexte actuel des finances publiques. Cela suppose en conséquence une mobilisation forte sur la recherche de l'efficience hospitalière, qui comprend l'optimisation des moyens, et une réorganisation de l'offre hospitalière (regroupements d'établissements de santé et mise en place de communautés hospitalières). Ceci est d'autant plus indispensable dans un contexte caractérisé par un niveau élevé de déficits budgétaires des établissements de santé (estimation de 1 MM. € en 2008⁶⁶).
- [202] La poursuite de la réforme de la T2A, loin d'être achevée aujourd'hui, va elle-même constituer un chantier important à travers notamment la question de la convergence entre le secteur public et privé dont l'échéance 2012 a été réaffirmée.

1.1.2. La gestion interne des établissements de santé

- [203] S'agissant de la gestion interne des hôpitaux, la déclinaison de cette contrainte économique au sein des organisations elles mêmes va se traduire par un renforcement de la gestion : développement du contrôle de gestion pour permettre un pilotage fin des EPRD, amplification du rôle des pôles, pratiques médicales organisationnelles et médicales efficaces... Ceci passera aussi par les moyens donnés aux établissements pour être en capacité d'ajuster leurs charges à leurs ressources.
- [204] Ces chantiers devront par ailleurs intégrer la dimension du dossier patient (dans le cadre indirect du DMP), obligeant les établissements de santé à investir fortement dans la structuration de leur système d'information. En toute rigueur, ce dossier patient, interne aux structures hospitalières, pourrait constituer l'ossature d'un système de facturation en devenir, tout en contribuant à l'efficience.

1.1.3. La gouvernance des politiques de santé

- [205] La perspective de mise en place des agences régionales de santé et d'évolution de la gouvernance des politiques de santé va constituer une réforme lourde au cours des trois prochaines années.
- [206] Ce paysage non exhaustif montre la diversité des chantiers susceptibles de requérir aux différents niveaux une mobilisation de tous les acteurs. Ce sont à l'évidence les mêmes acteurs qui seront mobilisés en parallèle sur le chantier facturation directe et sur les autres réformes. La hiérarchisation de ces projets s'impose donc au regard de l'énergie et des ressources qu'il conviendra de déployer.

1.2. *Le projet facturation directe a par ailleurs estompé d'autres sujets à fort enjeu*

- [207] Au-delà des réformes de grande ampleur en cours ou à venir, d'autres chantiers techniques sont encore pendents et peuvent apparaître légitimement en concurrence avec le projet facturation directe, qui sont néanmoins à fort enjeu organisationnel ou financier.

⁶⁶ Cette somme est le cumul des résultats prévisionnels négatifs des ES en déficit, sans prise en compte des excédents d'autres établissements.

1.2.1. La question des tarifs journaliers de prestation (TJP)

- [208] Les tarifs journaliers de prestation (TJP) constituent un élément hérité de l'ancien mode de financement par dotation globale des hôpitaux. Le maintien des TJP pour la facturation applicable à la part supportée par l'AMC et les usagers, en parallèle des tarifs de GHS opposables à l'AMO résulte transitoirement de la difficulté de compenser le différentiel de recettes pour les établissements de santé sans opérer un transfert à due concurrence sur l'AMC ou les usagers eux-mêmes.
- [209] La complexité technique engendrée par cette persistance de doubles bases de tarification a déjà été intégrée par les établissements de santé, et de ce point de vue le passage à la facturation directe ne serait pas pour autant compromis par cet état de fait.
- [210] Toutefois, la mission estime que ce dispositif conduit d'ores et déjà à des effets pervers (tendance à l'augmentation des recettes liées aux TJP relevée avec des taux de progression de celles-ci de plus de 10% en deux ans), et mérite d'être rapidement révisé afin que logiquement une seule référence tarifaire s'applique quel que soit le débiteur. Une telle réforme permettrait également de mettre fin à l'opacité de ce système notamment pour les usagers et les autres débiteurs.

1.2.2. La facturation et le recouvrement des factures émises à l'encontre des personnes physiques

- [211] Au-delà des titres de recette à l'encontre des régimes d'AMO, la question des nombreux titres de recettes, souvent de faible montant, émis à l'encontre des débiteurs personnes physiques reste un sujet, qui recèle des gains de productivité importants pour les établissements de santé comme pour le réseau des comptables publics. Le rapport de la MAEC⁶⁷ sur ce sujet a montré que des marges de progrès existaient tant chez l'ordonnateur que le comptable.

1.2.3. L'amélioration de la facturation à l'assurance maladie complémentaire

- [212] La facturation à l'égard de l'assurance maladie complémentaire (AMC) recèle de forts gains de productivité potentiels en matière tant de facturation que de recouvrement. Beaucoup de mutuelles ne sont pas encore en capacité de recevoir des flux en télétransmission selon les normes en vigueur, et les rares expériences engagées reposent sur un dispositif payant comme celui de la Mutualité Française. La question de la télétransmission avec l'AMC est un enjeu fort d'efficacité, et il aurait pu être envisagé de construire un protocole global impliquant conjointement AMO et AMC à l'occasion du chantier facturation directe⁶⁸. Il semble que cette question n'ait pas constitué une priorité partagée par tous les acteurs.

1.2.4. L'approfondissement des relations entre les ordonnateurs et les comptables

- [213] Les relations entre l'ordonnateur et le comptable pourraient justifier une approche nouvelle. Les enjeux de recherche d'efficacité et d'optimisation de la gestion obligent très certainement à repenser la séparation fonctionnelle entre les deux acteurs, dans la perspective d'échanges renforcés.

⁶⁷ Rapport de la Mission d'audit, d'évaluation et de contrôle (MAEC) sur la facturation et le recouvrement des produits hospitaliers, Janvier 2008.

⁶⁸ Ce chantier avait été initié en 2007, puis s'est arrêté début 2008.

[214] Trois aspects méritent d'être examinés :

- l'intérêt de la généralisation de postes comptables spécialisés ;
- la réflexion sur la bonne définition de la frontière entre les missions de l'ordonnateur et celles du comptable ;
- la conception d'outils de gestion permettant un fonctionnement plus intégré entre l'établissement et son poste comptable.

[215] La mission du comptable public dans un établissement de santé nécessite une véritable spécialisation. A l'heure actuelle tous les CHU et CHR ont une trésorerie spécialisée, ainsi que soixante-sept établissements importants⁶⁹. La recherche du professionnalisme des comptables publics passe par des postes spécialisés plutôt que par la persistance de postes organisés en fonction de la proximité géographique avec les ordonnateurs collectivités locales et établissements publics locaux.

[216] La mission propose que la voie de la spécialisation des postes comptables sur le secteur hospitalier soit poursuivie et développée. La création de communautés hospitalières traduisant le rapprochement de plusieurs établissements de santé, prévues dans le projet de loi « Hôpital, patient, santé, territoire », fournit de toute évidence un support intéressant à cette proposition.

[217] Un autre constat est que les ordonnateurs et les comptables fonctionnent de manière excessivement séparée. L'avenir de la gestion de la facturation et du recouvrement se situe dans une plus grande intégration des services concernés par cette fonction devenue stratégique dans les établissements depuis l'instauration de la T2A : services d'admission, services de soins, DIM, services financiers et facturiers, poste comptable. Cela passe par une réflexion sur la meilleure définition possible de la frontière entre les missions respectives de l'ordonnateur et du comptable dans le secteur des hôpitaux⁷⁰.

[218] Dans le prolongement de ces constats se situe la reconnaissance du besoin d'outils de gestion plus intégrés entre l'ordonnateur et le comptable. Il n'est pas nécessaire d'aller jusqu'à préconiser la mise en place de progiciels de gestion intégrés, qui est connotée en termes de produits disponibles et renvoie à la mise en place d'outils coûteux dans le cadre de projets de grande ampleur. La mise en commun de référentiels et de bases de données entre l'ordonnateur et le comptable constitue une des voies utiles à l'évolution des systèmes d'information des établissements hospitaliers. La mission suggère que les réflexions amorcées en ce sens soient poursuivies et amplifiées. D'ores et déjà, la prise en considération de la génération d'outils devant succéder à HELIOS dans le domaine hospitalier serait sans doute utile.

[219] L'ensemble de ces sujets, stratégiques voire plus techniques, constituent un panorama global du contexte dans lequel les pouvoirs publics doivent apprécier le niveau de priorité à donner au projet.

⁶⁹ Source : DGFIP

⁷⁰ La pertinence opérationnelle de la notion de titre de recette, dès lors que le titre est la traduction exacte d'une facture, mérite également d'être examinée.

2. LA POURSUITE DU PROJET FACTURATION DIRECTE NECESSITE QUE DES CLARIFICATIONS SOIENT APORTEES ET QU'UNE EXPERIMENTATION PRECEDE TOUTE DECISION DE DEPLOIEMENT

[220] Si les pouvoirs publics réaffirment que la facturation directe constitue toujours une forte priorité, il convient de réunir trois composantes essentielles au succès, un cadrage arbitré clairement et rapidement, une gouvernance du projet profondément remaniée, et enfin un calendrier raisonnable inscrit dans une certaine durée. Il ne peut se déployer, selon la mission, qu'avec un dispositif expérimental et d'accompagnement correctement calibré.

2.1. Des éléments de cadrage d'ensemble méritent d'être tranchés ou arbitrés rapidement

[221] Le cadrage global du projet doit définitivement être arrêté et faire l'objet d'une communication claire vis-à-vis de tous les partenaires sur ses composantes essentielles.

- Le référentiel des règles de prise en charge par l'AMO pour les séjours hospitaliers et les ACE doit être mis au point et au besoin arbitré. C'est un sujet qui doit être porté par la DHOS et la DSS, en liaison avec les organismes d'AMO et les fédérations. Il pourra requérir un balayage des textes réglementaires, au besoin une actualisation. C'est une pièce indispensable du dispositif qui conditionne la rédaction des cahiers des charges à la fois pour l'AMO et les éditeurs de logiciels pour les établissements de santé ;
- le couplage ou non de la réforme avec celui des TJP. La mission a souligné plus haut l'enjeu que représentait selon elle ce sujet. Les pouvoirs publics doivent trancher dès à présent l'alternative du maintien du développement de la facturation directe avec persistance des TJP ou remise en cause. Quelles que soient les incohérences de principe liées à la coexistence de deux bases tarifaires, si la décision est prise de s'engager dans la voie de la mise en œuvre de la facturation directe, cela conduit *ipso facto* à reculer celle de la suppression du TJP ;
- le schéma de mise en place des avances éventuelles de trésorerie des établissements de santé : il s'agit d'un débat entre les acteurs entre un système d'avance modifiable mensuellement ou annuellement. La mission estime qu'il importe de bien repréciser les termes du sujet et les difficultés dans chacun des cas. En tout état de cause, ce point peut être apprécié dans le cadre de l'expérimentation.
- Un dernier point à trancher de manière urgente est celui de la possibilité de conduire un dispositif expérimental sans texte réglementaire. La mission considère qu'il n'est pas possible de lancer un dispositif dérogatoire au droit commun sans base législative et réglementaire notamment pour ce qui concerne les versements aux établissements de santé.

2.2. La gestion du projet et la gouvernance des acteurs doivent être clarifiés afin de garantir l'atteinte des objectifs

[222] Sur la base des constats précédents, le pilotage du projet doit être refondé pour permettre de mettre fin aux difficultés passées.

[223] Le recrutement d'un chef de projet est nécessaire et le processus initié à l'été en ce sens est positif. Toutefois, la mission souligne l'enjeu de sa légitimité aux yeux des trois acteurs dominants du dispositif, DHOS, DGFIP et CNAMTS.

[224] Plusieurs éléments importants doivent être précisés pour garantir une bonne gouvernance du projet et une réelle capacité d'action du chef de projet :

- un chef de projet choisi et reconnu conjointement par la CNAMTS, la DHOS, et la DGFIP ;
- une équipe projet constituée de référents des trois réseaux concernés, AMO, hôpitaux, et DGFIP avec une autorité fonctionnelle du chef de projet sur les équipes de maîtrise d'ouvrage des trois acteurs ;
- une instance stratégique à laquelle le chef de projet rend compte et propose le cas échéant des arbitrages, qui pourrait être le comité de coordination Etat /AM avec adjonction pour ce sujet de la DGFIP ; plus largement, il est nécessaire de réévaluer la nature, la composition et l'articulation des instances mises en place au titre de la télétransmission pour les adapter au projet facturation directe selon des principes permettant de clairement séparer maîtrise d'ouvrage et maîtrise d'œuvre d'une part, et de mieux associer et impliquer les fédérations d'établissements de santé d'autre part ;
- des moyens suffisants en hommes et en crédits d'étude pour accompagner les acteurs de terrain (logique d'appui-conseil telle que déployée par la MeAH), et évaluer l'expérimentation et le déploiement de la réforme.

[225] Enfin, il faut souligner l'enjeu d'une communication cohérente vis-à-vis de tous les acteurs concernés avec des messages clairs. La crédibilité du projet et la mobilisation de tous en dépendent.

2.3. La réalisation d'une expérimentation préalable est indispensable et devrait être assortie des moyens et des délais nécessaires

[226] L'ampleur des bouleversements prévisibles du changement lié à la facturation directe auprès des trois réseaux nécessite une expérimentation, dont l'idée avait d'ailleurs fait son chemin parmi les acteurs concernés. Toutefois, au-delà du principe, plusieurs éléments majeurs de ce dispositif expérimental n'ont pas été travaillés et *a fortiori* validés.

2.3.1. Les objectifs de l'expérimentation

[227] Le premier point porte sur les objectifs attendus de l'expérimentation qui doivent être explicites.

[228] Les ambiguïtés sur la sémantique - présérie, expérimentation, tests...- doivent être dissipées. Selon la mission, il faut d'une part tester le système cible en grandeur nature (le tout pouvant être précédé d'une courte phase préparatoire à blanc), d'autre part il faut l'évaluer avant de poursuivre, et le généraliser le cas échéant.

[229] En théorie, le principe d'une expérimentation doit pouvoir conduire à une réversibilité totale ; dans les faits, une réversibilité totale sera sans doute difficile à envisager au vu des résultats produits ; en revanche, l'expérimentation peut permettre le test de variantes, et surtout permettre de procéder à des aménagements ou adaptations avant déploiement à plus large échelle.

[230] Au total, l'objectif sera de confirmer les éléments de décision fondés sur des éléments d'impact aujourd'hui fragiles, de chiffrer des éléments non disponibles (rejets, moyens humains dans chacun des réseaux, contraintes organisationnelles rencontrées, coût et délai de déploiement, accompagnement managérial). Il s'agira aussi par cette acquisition d'expérience et de compétence d'aider les suivants à s'engager dans le processus plus rapidement avec des modes opératoires et des réponses à des difficultés déjà rencontrées.

- [231] Ceci suppose donc que la gestion du projet comporte une dimension importante d'accompagnement des trios locaux (*cf. infra*) avec un suivi rapproché pour capitaliser sur la méthodologie de transition et les moyens nécessaires, et pouvoir la répliquer à un stade plus industriel.

2.3.2. Les éléments à définir pour le cadre expérimental

- [232] Le cadre détaillé de l'expérimentation et de sa conduite doivent être précisés et partagés entre l'ensemble des acteurs concernés :

- Définition claire et partagée des objectifs de l'expérimentation : faisabilité technique et mesure des impacts fonctionnels et organisationnels ;
- identification des éléments et indicateurs à suivre pendant l'expérimentation, précédée d'un bilan d'entrée préalable (délais de facturation, taux de rejets,...) ;
- adaptation du dispositif de suivi des dépenses de l'ODMCO au cadre expérimental ;
- identification d'un nombre limité⁷¹ (10 à 20) de trios hôpitaux/caisses/ services de la DGFIP, sur la base de critères précis (maturité par rapport au projet, déploiement Helios pour les comptables, hôpital ayant participé aux chantiers MEAH/GMSIH) ;
- finalisation du développement et déploiement de l'ensemble des outils d'interface entre CPU et caisse gestionnaire par la CNAMTS et MSA ;
- développement par les éditeurs de logiciels des applications requises au moins pour ceux choisis dans le processus ;
- possibilité de tester certaines variantes techniques alternatives, comme l'avance de trésorerie, gestion préventive des rejets.

- [233] Il est important pour garantir le succès du dispositif de pouvoir capitaliser à partir des acquis des sites expérimentateurs, ceci afin de faire gagner du temps lors du déploiement des vagues successives, et ainsi diffuser les facteurs clefs de succès.

2.3.3. Le calendrier réaliste envisageable pour l'expérimentation et ses suites

- [234] Compte tenu de l'ampleur des travaux à réaliser énoncés ci-dessus, la mission estime que le dispositif expérimental pourra démarrer au plus tôt en septembre 2009, même en ayant procédé très rapidement à la relance du projet.

- [235] Le planning envisageable à ce stade pourrait être le suivant :

- expérimentation à partir de septembre 2009 pour une durée minimum de 6 à 9 mois ;
- évaluation des résultats à partir du printemps 2010 ;
- décision à prendre sur la généralisation du projet ;
- lancement de vagues successives à l'issue du retour d'expériences à partir de 2011 ;
- déploiement généralisé en 2012 au plus tôt.

- [236] La mission est consciente que ce calendrier peut apparaître prudent. L'expérience des projets récents dans le secteur montre que les calendriers annoncés ont toujours connu des décalages relativement importants : application de la participation forfaitaire de 1 € au champ hospitalier qui n'a pu se déployer qu'au début de 2008, déploiement de l'outil de consultation des droits en ligne (CDR) annoncé pour fin 2006 et qui sera réalisé fin 2008 pour les trois grands régimes...

⁷¹ La mission a échangé avec la MEAH pour bénéficier de son expérience de la conduite de projets dans les hôpitaux. Il en ressort l'intérêt de faire un test limité sur un petit nombre d'établissements bénéficiant d'un fort soutien (10 à 20) pour valider les outils et la démarche, avant de généraliser en maintenant un accompagnement en gestion de projet.

3. LE SYSTEME DE PAIEMENT AGREGÉ DOIT ÊTRE POURSUIVI ET AMÉLIORÉ

[237] Quelles que soient les décisions prises concernant le déploiement du projet, il apparaît utile de conforter et d'améliorer le système transitoire de facturation agrégée afin de mieux répondre dès à présent aux besoins de contrôle et de suivi des parcours de soins par l'assurance maladie obligatoire. Ces améliorations reposent sur une philosophie d'internalisation des contrôles et de prévention à la source des erreurs, limitant de ce fait les taux de rejets. Elles seront de plus utiles, dans la perspective de la mise en place de la facturation directe en contribuant à la maturation des organisations et des systèmes d'information hospitaliers.

[238] Il paraît nécessaire, dans une telle approche de catégoriser et hiérarchiser les objectifs recherchés par les différents acteurs et notamment l'assurance maladie. On examinera successivement les trois axes du projet qui ont trait :

- au contrôle de l'ouverture des droits des assurés ;
- à la vérification du respect des règles de facturation T2A et à l'optimisation des contrôles avant liquidation ;
- à la meilleure connaissance des parcours de soins des patients en faisant le lien entre la ville et l'hôpital.

3.1. Internaliser le contrôle de l'ouverture des droits des assurés et créer un contrôle bloquant dans MAT2A sur une attestation produite lors de ce contrôle

[239] Les contrôles sur l'identité du patient et l'ouverture des droits représentent entre un tiers et la moitié des causes de rejets de factures par les caisses d'assurance maladie obligatoire.

[240] La faculté, pour les caisses de sécurité sociale, de contrôler le rattachement des assurés ainsi que l'étendue de leurs droits est incontournable. Elle n'est pour l'instant pas réalisable.

[241] La vérification des droits incombe aux établissements de santé et s'est particulièrement renforcée avec la suppression du taux de conversion. L'établissement a comme solution technique à sa disposition, l'installation de bornes de mise à jour des cartes Sésame-Vitale (SV) et de lecteurs de cartes s'interfaçant avec ses postes de facturation, qu'il peut lire.

[242] En absence de carte SV, l'établissement peut avoir accès à la base de données des droits des assurés sur l'outil « feu vert » techniquement dépassé. Un nouvel outil de consultation des droits des assurés par connexion à distance sur une base de données est en cours de déploiement (outil CDR) et doit d'ici à fin 2008 équiper les hôpitaux pour les régimes Général, MSA et RSI. Celui-ci apporte un progrès certain, tout en restant une juxtaposition de bases de données des principaux différents régimes obligatoires⁷².

[243] Les établissements de santé aujourd'hui gardent copie des attestation papier d'ouverture des droits et/ou des copies d'écran des consultations minitel Feu vert afin de pouvoir garantir qu'elles ont vérifié l'existence des droits ouverts.

[244] La mission propose de renforcer le travail réalisé sur le contrôle des droits des assurés, et ce en amont de l'émission de la facture, par des mesures d'ordre contractuel et technique.

⁷² Séparation des fichiers imposée par la CNIL : il n'existe pas de répertoire national inter-régimes des assurés sociaux (RNIAM).

- [245] Sur un plan contractuel entre l'établissement et l'assurance maladie, une clarification pourrait être opérée en trois temps.
- [246] En premier lieu, les obligations de l'établissement en matière de vérification des droits de l'assuré pourraient être clarifiées et précisées sous forme de procédures : par exemple, le contrôle pourrait comprendre la consultation systématique de la carte vitale, la consultation de la base CDR, les pièces justificatives à conserver... Ces éléments pourraient faire l'objet d'un protocole entre l'établissement et l'assurance maladie, voire figurer dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens entre l'établissement et l'ARH, et d'en prévoir un contrôle d'application *ex post*. Le respect des diligences à effectuer par les services de l'établissement serait auditable et traçable par la caisse d'assurance maladie, en complément des contrôles des factures elles-mêmes qu'elle serait toujours en mesure de réaliser.
- [247] En second lieu, une traçabilité du respect de ces obligations de consultation des droits par l'établissement pourrait être automatisée⁷³, qui constituerait un élément probant pour le paiement de la facture par l'assurance maladie. Sur le plan technique, plusieurs solutions de complexité croissante, et donc de délais de mise en œuvre plus longs sont envisageables :
- La voie principale d'attestation de droits ouverts est aujourd'hui la carte à jour SV. Les établissements de santé disposent déjà d'une API (applications, programmes et interfaces), qui leur permet de « lire les droits » des assurés sur la carte SV. Une solution d'import dans la facture d'une attestation de cette lecture des droits devrait être étudiée. Les contrôles de l'ATIH sur MAT2A pourraient bloquer la génération de toute facture n'ayant pas satisfait cette procédure.
 - La voie secondaire en absence de carte SV pour attester des droits sera la consultation CDR ; un dispositif identique pourrait attester dans la facture que les droits ont bien été consultés et étaient ouverts lors de la date des soins, avec un contrôle bloquant installé par l'ATIH.
 - A moyen terme, la possibilité pour un établissement, de consulter à distance directement la base de données des droits des assurés et de rapatrier sur sa facture, la partie extraite de la base de données qui correspondrait à l'assuré concerné. La CNAMTS a indiqué travailler sur un projet à horizon de 3 à 5 ans sur ce sujet

3.2. Intégrer le plus possible les règles IRIS dans le contrôle interne réalisé avant la production de la facture et créer un contrôle bloquant dans MAT2A

- [248] Les applicatifs de groupage utilisés par les établissements de santé publics permettent déjà de certifier que les GHS ont bien été produits conformément aux règles de groupage en vigueur à la date des soins⁷⁴.
- [249] Les principales règles IRIS générant des rejets, autres que celles portant sur les droits des assurés, devraient être mises à disposition des établissements et internalisées dans leur logiciel de facturation. La plupart des règles IRIS peuvent rentrer dans ce schéma à l'exception des contrôles portant sur l'historique des séjours.
- [250] L'ATIH devrait également pouvoir contrôler, via MAT2A, avant la valorisation des prestations de soins, que ces principales règles de facturation ont bien été respectées. Ceci suppose un développement informatique tant du côté de l'ATIH que des éditeurs de logiciels.

⁷³ Prise de copie de documents ou mise mémoire de la consultation de la base CDR par exemple.

⁷⁴ Cette fonction contrôle est intégrée dans la fonction de groupage 10.10 B depuis le 15/02/2007. Cette garantie n'existe pas dans le cas des cliniques.

3.3. *Etendre les contrôles actuels au respect des autorisations accordée aux établissements par l'ARH*

- [251] La cohérence entre les autorisations d'activité accordées par l'ARH à l'établissement et les consultations et séjours effectués par les patients dans l'établissement est aujourd'hui insuffisamment testée.
- [252] La mission propose que des contrôles soient intégrés en amont de la facturation, au sein des logiciels de groupage et de facturation des établissements et puissent être bloqués en valorisation MAT2A.

3.4. *Renforcer la connaissance des parcours de soins des patients faisant le lien entre la ville et l'hôpital*

- [253] L'Assurance Maladie Obligatoire attache à juste titre une grande valeur au fait de pouvoir chaîner les consommations de soins en ville et dans les établissements hospitaliers, les hôpitaux ex DG constituant « une boîte noire à cet égard » pour la CNAMTS. Or un des enjeux à venir des futures Agences Régionales de Santé est bien de pouvoir suivre ces parcours de soins.
- [254] Un travail sur les caractéristiques des GHM/GHS (anonymisation, pas d'information sur la date de séjours) doit être réengagé à l'aune des évolutions de jurisprudence de la CNIL sur les questions de chaînage des données et d'anonymisation. La CNIL a eu l'occasion de réinterroger ces questions dans le cadre du SNIIRAM et du projet SOFIA, et la reconnaissance de la validité de ces programmes pourrait conduire à réexaminer certains points vus il y a déjà plusieurs années au titre du PMSI. Deux points sont importants pour l'assurance maladie obligatoire, la date de soins à la place du mois de soin, et la possibilité de désanonymiser certains éléments pour une alimentation d'un historique des soins.
- [255] La mission propose également que soit étudiée la réduction la plus forte possible du délai de transmission de ces données PMSI à la caisse d'assurance maladie. Par ailleurs des travaux conjoints ATIH-CNAMTS doivent être repris pour permettre l'exploitation des bases infra-annuelles pouvant présenter des défauts de complétude.
- [256] Cette solution aurait l'avantage d'apporter une sécurité supplémentaire aux ARH sur la qualité des factures agrégées transmises, et de faciliter ainsi leur fonction de contrôle.
- [257] Comme indiqué supra, quelle que soit la décision prise à l'issue de l'expérimentation, si elle doit être conduite, une amélioration du schéma de fonctionnement transitoire est dès à présent possible. Elle devrait contribuer à mieux sécuriser les questions de respect des droits ouverts et du respect plus général des règles de facturation, notamment celles générant des taux de rejets élevés.
- [258] Cette évolution passe par une internalisation des contrôles à la source du codage, c'est-à-dire dans les logiciels de facturation des établissements de santé ex DG et par l'intégration d'un premier rang de contrôle par l'ATIH du respect de ces règles.
- [259] Elle consacre la fonction d'aide à la facturation donnée à l'ATIH, qui n'est pas son cœur de métier. Le renforcement décrit ici, pourrait être opérationnel à l'échéance de mars 2010 sous réserve de doter l'ATIH de 2 à 3 ETP supplémentaires pour en suivre le développement.

CONCLUSION

- [260] La mission doit se prononcer sur l'opportunité d'une réforme de la facturation qui était une partie intégrante du projet de passage à la T2A. Progressivement les choses ont évolué, en ce sens que la T2A a été mise en œuvre à 100 % sur le champ MCO des établissements de santé anciennement sous dotation globale, même si la modalité de facturation ressortait d'un système transitoire nécessairement imparfait.
- [261] Les objectifs du projet qui subsistent portent essentiellement sur la capacité de l'assurance maladie obligatoire à pouvoir payer à bon droit ces factures, et donc à exercer sa mission légitime de contrôle et de gestion du risque. Cette évolution s'inscrit par ailleurs dans le mouvement de rapprochement des règles de gestion entre secteurs privé et public de l'hospitalisation.
- [262] Au regard des objectifs, le projet doit donc être analysé en tant que tel, s'agissant de la comparaison entre ses bénéfices, ses coûts, ses impacts, et éventuellement les risques qu'il peut comporter.
- [263] Les bénéfices du projet reposent principalement sur une amélioration de la capacité de contrôle *a priori* par l'assureur. De plus, le projet permet de faciliter la gestion de l'ensemble des parcours de soins au sein d'un même système de gestion des données, le SNIIRAM ; ce second bénéfice apparaît plus qu'utile dans la perspective de la création des agences régionales de santé. Accessoirement, le projet peut permettre d'améliorer la trésorerie des établissements de santé.
- [264] Mais à l'inverse le projet comporte des risques et des coûts mal appréciés, tant en phase de déploiement, qu'en régime de croisière. Le principal risque du passage à la facturation directe est lié aux taux de rejets ; s'ils étaient au niveau aujourd'hui observés pour les cliniques privées, soit 5 à 6%, les taux de rejets généreraient des besoins de retraitement incompatibles avec les impératifs de compression des charges salariales actuels de chacun des acteurs.
- [265] Au regard de la faisabilité opérationnelle du projet, aucun des réseaux d'acteurs n'est aujourd'hui techniquement prêt pour l'échéance du 1^{er} janvier 2009. Le projet recèle encore des préalables techniques importants et de tels éléments de complexité que la date réaliste de généralisation pourrait être 2012 au mieux.
- [266] Les acteurs impliqués dans ce projet vont avoir à relever d'autres défis importants ces prochaines années et l'opportunité de poursuivre ce chantier doit être réévaluée au regard de ces autres enjeux.
- [267] Si les pouvoirs publics réaffirment que la facturation directe constitue toujours une priorité forte, une expérimentation est nécessaire sur un nombre réduit de trios « établissements de santé – caisse de paiement unique – comptable public ». L'expérimentation aura deux objectifs principaux : tester la faisabilité technique du cahier des charges retenu et des éventuelles variantes d'une part, et mesurer les impacts organisationnels, les délais de mise en œuvre et les coûts pour chacune des institutions d'autre part.

- [268] La conduite de l'expérimentation repose sur la relance d'un comité de pilotage, et d'un chef de projet dont le choix et le positionnement institutionnel permettront de procéder aux arbitrages indispensables dans ce type de démarche. Une de ses premières tâches devra être de finaliser le système cible recherché et les éventuelles options à tester dans l'expérimentation. Ce système cible devra être décliné très rapidement en cahier des charges de règles de facturation, à soumettre aux éditeurs de logiciels des établissements de santé choisis. La durée du processus expérimental peut être aujourd'hui estimée à deux ans à partir de septembre 2009, date plausible de son démarrage.
- [269] Dans tous les cas, il paraît nécessaire de conforter la solution de facturation agrégée actuelle, afin de mieux répondre dès à présent aux besoins de contrôle des assureurs et de suivi des parcours de soins. Ces transformations sont également utiles pour accompagner l'évolution des organisations et des systèmes d'information hospitaliers.

Pierre ABALLEA
Inspecteur des affaires sociales

Valérie DELAHAYE-GUILLOCHEAU
Inspectrice générale des affaires sociales

Jérôme GATIER
Inspecteur des Finances

Lettre de mission

*Le Directeur de cabinet du Ministre
du Budget, des Comptes publics
et de la Fonction publique*

Inspection Générale des Affaires Sociales
11 AOUT 2008
N° 681

*Le Directeur de cabinet de la Ministre
de la Santé, de la Jeunesse, des Sports
et de la Vie associative*

Paris, le 08 AOUT 2008

à

Monsieur le chef du service de l'Inspection générale des Finances

Monsieur le chef du service de l'Inspection générale des affaires sociales

Objet : Mission conjointe IGAS/IGF d'évaluation du projet de facturation directe dans les établissements de santé anciennement financés par dotation globale.

La réforme du financement des établissements de santé visant à instaurer une tarification à l'activité (T2A) de 2003 était assortie, s'agissant des établissements antérieurement financés par dotation globale, d'une modification des règles de facturation. Elle prévoyait la mise en place à partir de 2006 d'une facturation directe des séjours à l'assurance maladie destinée à se substituer au mécanisme de versement de la dotation globale pour la part des recettes des établissements de santé liée à l'activité, par analogie avec le système en vigueur pour les cliniques privées. Dans l'attente de cette facturation directe, un dispositif transitoire de facturation a été mis en place en 2005, les établissements adressant à l'agence régionale de l'hospitalisation un relevé trimestriel des séjours, devenu mensuel en 2008, et l'agence calculant le montant dû par l'assurance maladie en application des barèmes de la T2A.

Le passage à la facturation directe a donné lieu à des reports successifs dans le cadre des dernières lois de financement de la sécurité sociale (LFSS). La dernière échéance définie par la LFSS de 2008 avait prévu une mise en œuvre de ce dispositif au 1^{er} janvier 2009.

De nombreux travaux ont été conduits par l'ensemble des directions et organismes impliqués par ce projet, et notamment la DHOS, la DSS, la CNAMTS et la DGFIP. Toutefois, l'ampleur et la complexité de ce chantier, se situant à l'interface des établissements de santé, des comptables du réseau du Trésor Public (pour les établissements de santé publics), et des caisses des régimes obligatoires d'assurance maladie, n'ont pas permis qu'un dispositif soit opérationnel à ce jour.

C'est pourquoi, nous demandons aux deux inspections de conduire une mission d'évaluation de l'ensemble de ce projet, qui comportera l'examen et l'explicitation des objectifs définis lors du lancement de la réforme de 2003, à l'aune des évolutions intervenues depuis.

Les travaux de la mission, s'appuyant sur des investigations menées auprès de l'ensemble des acteurs concernés, devront se centrer sur les questions suivantes :

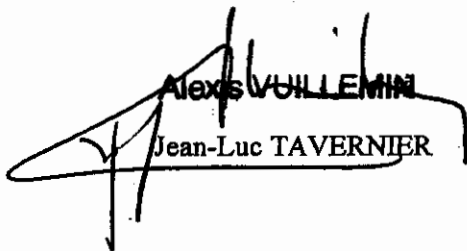
- identification précise des points de difficulté actuels sur le projet,
- appréciation des bénéfices et risques et des impacts du projet ;

- identification des pré-requis organisationnels et techniques et des grandes étapes à franchir pour la poursuite de ce projet dans toutes ses dimensions juridiques, financières, systèmes d'information... ainsi que de son calendrier.

Il est attendu de la mission des propositions permettant de concilier les contraintes et objectifs propres des différents acteurs en présence. Ceci concernera notamment les questions d'efficacité et de qualité du système de facturation, de politique de contrôle et d'accès aux informations, de trésorerie pour les établissements de santé et pour l'assurance maladie et enfin, de pérennité du suivi de l'ONDAM hospitalier.

La mission devra proposer, sur la base des conclusions auxquelles elle aura abouti, des modalités de mise en œuvre progressive (expérimentation, par type d'établissement ou zone géographique....), le cas échéant, à partir du 1^{er} janvier 2009 si elle est amenée à constater que cette échéance ne peut être respectée par l'ensemble des établissements de santé et des caisses d'assurance maladie.

Compte tenu de la perspective des débats parlementaires sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale à l'automne prochain, il est demandé que les travaux de la mission soient disponibles pour la fin du mois d'octobre 2008.


Alexis VUILLEMIN
Jean-Luc TAVERNIER


Georges-François LECLERC

Liste des personnes rencontrées

DIRECTIONS CENTRALES

DHOS	M Luc ALLAIRE, chef de service M Benoît BETINELLI, chargé de mission auprès du chef de service M Patrick OLIVIER, sous directeur des affaires financières F Mme Monique THOREL, chef du bureau F4 Mme Edith GALLOUX, chargée de mission F4 M Denis DUCASSE, chef du bureau E3 Mme Estelle OUSSAR, chargée de mission bureau E3 Mme Adeline TOWNSEND, rédactrice F3 Mme Sandrine BILLET, Bureau F3
DSS	M Laurent HABERT, chef de service adjoint au directeur M Jean Philippe VINQUANT, sous directeur SD1 Mme Camille BRINET, bureau 4A M Jérôme SEQUIER, chef du bureau 1A M Alain DUQUAY, bureau 4C
Secrétariat Général	M Jean Marie BERTRAND, Secrétaire Général des ministères sociaux
DGFiP	M Frédéric IANNUCCI, chef du service des collectivités locales M Jean-Luc BRENNER, Sous directeur Gestion comptable et financière des collectivités locales M François DOUIS, chef de secteur, bureau CLB comptabilités locales M Alain PIRVEZ, Chef de bureau des comptabilités locales (CL1B) M Jean-Georges LEFEBVRE, chef de secteur bureau CL1A expertise juridique Mme Zahava DROCOCZYNER, bureau CL2A Pilotage et animation M Alain FOUCRAY, Chef du projet HELIOS Mme GUERINON, chargée de mission projet HELIOS M Emmanuel LEDE, auditeur mission d'audit, évaluation et contrôle MAEC M Jean Philippe CHARDRON, bureau 3D M Louis PIEL, bureau 3D M Bruno SOULIER, sous directeur chargé de la performance et du contrôle de gestion
Direction du budget	M Igor BUSSCHAERT, bureau 6B

ORGANISMES D'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

CNAMTS	M Jean Marc AUBERT, directeur direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins DDGOS Mme Agathe DENECHERE, directrice de cabinet du Directeur général M Joel DESSAINT, directeur délégué direction des finances et de la comptabilité DFC M Franck ROBIN, responsable du programme Hôpital DDGOS M Denis RICHARD, chef de projet DDGOS M Pierre GABACH, département de l'hospitalisation, direction de l'offre de soins DDGOS Mme Annika DINIS, direction délégué aux systèmes d'information DDSI
--------	--

Responsable de la direction de la coordination inter-partenaires
 Mme Dominique POLTON, directrice de la stratégie et des études
 M Claude GISSOT, responsable département étude sur l'offre de soins.

MSA	M Pierre-Jean LANCERY, directeur Santé MSA M Pascal VERRECHIA, direction Santé Mme Véronique FOUCHE, direction Santé Mme Joële LEFEVRE, direction santé, SD AM/AT Mme Eliane ERNAULT, direction comptable et financière M Gaël COUTURIER, DMOI/DMOC/DDS M Philippe BUREAU, DMOI/DMOC/DDS
RSI	Mme Stéphanie DESCHAUMES, Directrice adjointe, direction de la politique de santé et de gestion du risque M Philippe MOQUET, Responsable du département Gestion du risque, direction de la politique de santé et de gestion du risque M Franck GEOFFROY, agent comptable secondaire de la direction d'Auray, membre de la mise en place du projet T2A au RSI M Maud LEMOINE, appui à la maîtrise d'ouvrage
MFP Services	M Yves MARTHOS, président général Mutualité Fonction Publique Services M François TOUJAS, directeur général MFP Services M Daniel MOREAU, directeur assurance maladie et maîtrise d'ouvrage M Jérôme SENNELIER, directeur des systèmes d'information M Jocelin WAROUX, service technique général M Lionel WOLINSKI, centre de prestation
CPAM 28	Mme Anne THIEBEAULD, directeur adjoint M Philippe LAGUITTON, agent comptable Mme Patricia DESVAUX, responsable de la gestion du risque Mme Catherine MALON, responsable de la cellule VITALE
CPAM 93	M Pierre ALBERTINI, directeur général CPAM M Patrick BOIS, directeur général adjoint Directeur de la régulation Mme Catherine PORTAL, agent comptable M David QUAIREL, fondé de pouvoir M Laurence DUFY, directeur des professions de santé M Dominique MICHEL, responsable du pôle service Etablissements de santé

FEDERATIONS HOSPITALIERES, AGENCES REGIONALES ET ETABLISSEMENTS DE SANTE

FHF	M Yves GAUBERT, adjoint du délégué général, responsable du Pôle Finances et banques de données M Jean Marc VIGUIER, directeur des affaires financières CHU de Bordeaux, Président de la conférence des directeurs financiers des CHU Mme Michèle DESCHAMPS, pôle finances FHF
FNLCC	M Dominique MAIGNE, délégué Général M Jean Yves LE QUELLEC, directeur général adjoint CLCC René HUGUENIN SAINT CLOUD Mme Sandrine BOUCHER, département Stratégie GH FNLCC Mme VJ BARDOU, département Stratégie GH FNLCC M Emmanuel REYRAT, responsable des systèmes d'informations

FEHAP	M Yves DUPUIS directeur Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne Mme Stéphanie ROUSVAL-AUVILLE, Directeur adjoint du secteur sanitaire FEHAP
AP-HP	M Didier LE STUM, chef du service du pilotage des recettes et des dépenses, Assistance Publique Hôpitaux de Paris M Frédéric GUIN, directeur des finances AP-HP
Générale de santé	M Emmanuel DE GEUSER, directeur administratif et financier M Frédéric SERENNES, directeur département SCP-GSS responsable plateforme de recouvrement et facturation M Philippe HERAULT, directeur adjoint plateforme de de recouvrement et facturation
ARH Ile-de-France	M Christophe LAPIERRE, chargé de mission système d'information Mme Gaëlle QUILY, contrôleur de gestion ARHIF.
CH d'ORSAY (91)	M Sylvain GROSEIL, directeur des services financiers
CH DELAFONTAINE (93)	Mme Aude GOLDSTEJN, direction des ressources humaines M Etienne LISSILOUR, directeur financier, M François SIMON, directeur du pôle Recettes et service social M Jacques DELPIERRE, chef de projet à la DSI, suivi et traitement des rejets.
ARH Région Centre	Mme Martine CRESCPO, chargée de mission allocation de ressources aux établissements de santé ex DG M Rodolphe LEPROVOST, chargé de mission contrôle de gestion
CH de CHARTRES	M Yvon LE TILLY, directeur adjoint CH Chartres Mme Isabelle JARAUD, chef de projet MeAH, pour le CH de CHARTRES sur le recouvrement des produits hospitaliers. Mme Marie José CLAVERE, responsable cellule projet administratif CPAGE M Dominique ROCHELLE, responsable des services informatiques M Yannick LEBLAY, attaché d'administration contrôle de gestion M Nicolas GOBLET, contrôle de gestion

COMPTABLES PUBLICS

Poste comptable Orsay	M HUON, chef de service comptable Mme SAINATH, contrôleur Mme GUILLOU, inspecteur
Poste Comptable Chartres	Jean Claude JUGE, chef de service comptable

EDITEURS DE LOGICIELS

CPAGE	M Hervé POINTREAU, directeur GIP C.P@GE M Pascal REIG, analyste sur Facturation, norme B2, télétransmission
Mc KESSON	M Olivier ZMIROU, directeur général adjoint M Patrick BES, expert réglementaire M Thierry MITOUARD, conseiller du président directeur général
MIPIH	Mme Isabelle RENAUDIN, MOA chef de projet veille réglementaire

Midi Pyrénées Informatique Hospitalière
Mme Anne Marie GAUTRAN, MOA MIPHI en charge de questions sur facturation directe

AGENCES ET MISSION TECHNIQUES

ATIH	Mme Maryse CHODORGE, directrice Agence technique de l'information hospitalière M Housseyni HOLLA, directeur adjoint M Max BENSADON, chef du service architecture et production informatique
MeAH	M Emmanuel DUCHAMP, chargé de projet Mission nationale d'expertise et d'audits hospitaliers
GmSIH	M Hugues DUFÉY, directeur Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier M Pascal MARTIN, responsable projet processus facturation

Réponse des directions d'administration centrale et de la CNAMTS aux observations de la mission

- ❖ Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
- ❖ Direction Générale des Finances Publiques
- ❖ Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)
- ❖ Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales
- ❖ Direction du Budget
- ❖ Direction de la sécurité sociale

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



MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

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

Sous-direction des affaires financières
Sous-direction de la qualité et du fonctionnement
des établissements de santé

La Directrice

0 0 9 6 5

Paris, le 3 DEC. 2008

La ministre de la santé, de la
jeunesse, des sports et de la vie
associative

A

Monsieur le chef du service de
l'Inspection générale des
affaires sociales

Monsieur le chef du service de
l'Inspection générale des
finances

OBJET : Rapport conjoint relatif à la mise en place de la facturation directe dans les
établissements de santé anciennement financés sous dotation globale

Dans le cadre de la procédure contradictoire, vous m'avez communiqué le rapport conjoint de
l'IGAS et de l'IGF sur le passage à la facturation directe dans les établissements de santé ex-
DG.

En liminaire, je tiens à souligner la qualité et la richesse de ce rapport qui retrace avec justesse
le déroulement de ce projet et les difficultés qui l'ont jalonné. De manière générale, la DHOS
partage l'analyse faite des risques et avantages de la facturation directe et porte un grand intérêt
aux propositions et scénarios proposés par la mission, qui ne pourront tous être mis en œuvre
mais constituent une base de réflexion particulièrement pertinente.

Ce rapport appelle également de ma part quelques précisions ainsi que des commentaires sur
les propositions d'évolution, et tout particulièrement sur les conséquences de l'orientation
proposées par la mission visant à internaliser au sein des SI des établissements la gestion de
certains contrôles mis en œuvre par l'assurance maladie. Mes observations sont les suivantes :

[33] Le dispositif transitoire a également bénéficié en 2007 de la suppression du taux de
conversion (ou taux moyen de prise en charge) au profit du taux réel de prise en charge de
chaque dossier valorisé. Par ailleurs, les fichiers « déclaratifs » ont progressivement disparu au
profit de fichiers où les données administratives du patient sont rapprochées des données
médico-économiques.

[76] Le dispositif de pilotage national mis en place en 2004 comporte :

- un comité de projet, qui regroupe la DHOS, la DSS, la CNAMTS, la DGFIP, l'ATIH, la
MT2A et le GMSIH, présidé par le chef de service de la DHOS

Ce comité rapportait le cas échéant à l'instance de coordination réunissant régulièrement les Directeurs des DAC (DSS, DHOS, DGC, DGAS) et le DG de la CNAMTS ;

Il s'est réuni à plusieurs reprises en 2007 pour traiter de l'ensemble des projets liés à la modernisation des SI induite par les réformes LAM/T2A. En 2008, il s'est recentré sur le thème de la facturation directe (4 réunions).

- un comité de pilotage opérationnel, qui associe, outre les membres du comité de projet, les fédérations, les représentants des conférences (CH, CHU)
- un comité national de coordination (CNC) qui associe les autres régimes.

[79] La DHOS n'a pas eu connaissance du cahier des charges de la CPU et des interfaces avec les caisses gestionnaires, et n'a donc pas été en mesure de le valider.

[84] Le principe d'une expérimentation (présérie pour la CNAMTS) fait l'objet de discussions avec l'assurance maladie depuis le printemps 2008 et a donné lieu à une communication officielle lors de la présentation de l'amendement présenté par le Gouvernement dans le PLFSS 2009 en discussion au Parlement. A ce jour, le cahier des charges de l'expérimentation n'est pas rédigé et le ministère n'a pas été informé des intentions de l'assurance maladie d'engager unilatéralement cette communication.

[95] Les partenaires ont perçu dès la mi-2007 la nécessité d'alléger les contraintes fixées par le protocole du 24/06/2006 et son mode opératoire. Une première série de simplifications a été communiquée aux différents acteurs concernés fin 2007, une autre au printemps 2008. Une circulaire du 24/07/2008 a officialisé ces simplifications, par une communication commune (DHOS/DSS/DGFIP) en accord avec l'assurance maladie.

Les données relatives à la montée en charge de l'infrastructure d'échanges sécurisée peuvent être actualisées par les résultats, à la fin septembre 2008, de l'enquête menée par la DHOS

	Nb d'ES	Tests débutés (nb)	Tests débutés (%)	Réel (nb)	Réel (%)
CHU	30	28	93%	23	76 %
Autres ES	569	472	83 %	192	34 %
total	599	500	83 %	215	36 %

Ces chiffres mettent en évidence une forte augmentation du nombre d'établissements passés en « réel », notamment au bénéfice des simplifications apportées (près d'un quart des établissements). Ils ne reflètent pas en revanche les difficultés, anticipées et constatées, liées à la qualité des informations véhiculées et à la coordination des acteurs pour assurer la fluidité et la qualité des données.

[96] note 31 : La norme B2 2005 b est nécessaire pour pouvoir appliquer le codage UCD des médicaments rétrocedés.

[99] La DHOS a demandé à ses opérateurs, MEAH et GMSIH, d'étudier l'état de préparation des ES ex DG au passage à la facturation directe et de proposer des actions d'appui. C'est en réponse à cette demande que la MeaH a mené sa démarche sur l'amélioration du recouvrement, avec 8 établissements pilotes puis 40 établissements.

De son côté, c'est également dans ce cadre que le GMSIH a actualisé en 2007 le guide réalisé en 2005 sur l'impact de la T2A sur les SI, puis mené en 2008 une étude sur l'architecture fonctionnelle de facturation.

[108] Il convient de rappeler que le taux de réponse de cette enquête s'élève à 12 %, et que ces résultats doivent donc être relativisés.

[116] Les différentes réformes qui ont impacté les systèmes d'information des établissements de santé se sont certes « empilées de manière peu articulée » comme le constate la mission, mais l'EPRD et la CCAM ne sont pas les seules à avoir été menées à bien. Outre, la réforme de la tarification en tant que telle, la généralisation de l'infrastructure d'échange sécurisé et la transmission des fichiers de récupération des participations forfaitaires de 1€ sont en voie d'achèvement, la mise en place du ticket modérateur forfaitaire de 18€ et du parcours de soins coordonné sont effectives, le calendrier de la T2A s'est accéléré passant d'un taux de 50% en 2007 à 100% en 2008, le taux de conversion a été supprimé en 2008. L'accumulation des réformes à fort impact informatique et l'absence de prise en compte des délais incompressibles d'adaptation n'ont pas toujours permis de respecter les échéances réglementaires, mais sur le moyen terme, de nombreuses réformes ont pu être intégrées.

[133] Les cahiers des charges élaborés par la CNAMTS et la MSA évoqués n'ont jamais fait l'objet de validation inter partenaires et n'ont pas même été présentés à la DHOS.

[136] La poursuite des travaux est en priorité suspendue à la validation par l'ensemble des partenaires d'un schéma de facturation et de fonctionnement en inter régimes avec des caisses de paiement uniques. En particulier, le décret définissant les relations entre caisses d'assurance maladie et le contenu du bordereau de facturation n'a jamais fait l'objet d'une validation de l'assurance maladie.

[155] Des travaux sont d'ores et déjà en cours pour introduire la date de séjour dans les GHS.

[163] Le blocage avant transmission des factures présentant des anomalies pose différents problèmes qu'il convient d'étudier avant de prendre position, notamment : le rejet d'une facture ne signifie pas automatiquement que l'établissement n'était pas fondé à l'émettre et sa non-transmission à l'assurance maladie le priverait de toute démarche contradictoire, dans un contexte où la nature précise des contrôles de l'assurance maladie n'est pas connue des établissements. Par ailleurs, sur le plan budgétaire, il est important que l'établissement puisse intégrer une juste valorisation de son activité sur la base des factures émises.

[215] [217] La DHOS partage l'avis de la mission sur la nécessaire spécialisation des postes comptables hospitaliers. La DGFIP a été sollicitée pour engager une réflexion dans ce sens et le projet de loi Hôpital, patient, santé et territoires devrait offrir l'occasion d'innover dans ce domaine à l'occasion de la mise en place de communauté hospitalière de territoire notamment. L'autre aspect de ces relations entre ordonnateurs et comptables concerne la frontière entre les attributions des uns et des autres, dont on voit bien sur ce dossier de la facturation directe qu'elle est devenue inadaptée aux enjeux financiers et à la technologie mise en œuvre pour ce projet. La DHOS est favorable à toute évolution modernisant ce mode de fonctionnement mais ne détient pas les compétences en ce domaine.

[221] Les travaux sur les règles de prise en charge par l'AMO sont en cours. Le report de la facturation directe, de la réforme des TJP et l'introduction du principe d'une expérimentation de la facturation directe ont fait l'objet d'un amendement gouvernemental au PLFSS 2009.

[232] La DHOS prend en compte les recommandations de la mission concernant le cadre de l'expérimentation.

[236 et 237 et suivants] La DHOS et l'ATIH réfléchissent aux possibilités d'enrichissement du dispositif transitoire de valorisation préconisées par la mission. Il est prématuré à ce stade de préciser les évolutions et leur calendrier de mise en œuvre.

[248 et 257] La mission propose d'intégrer le plus possible les principales règles IRIS générant les rejets, c'est-à-dire les « internaliser dans leur logiciel de facturation ».

Cette proposition nécessite une expertise approfondie mettant en regard les règles déjà implémentées – mais pas nécessairement de façon correcte et homogène - dans les logiciels, versus les règles IRIS spécifiques aux contrôles actuels de l'assurance maladie.

En effet, le risque d'accroître la complexité du système d'information de facturation doit être prévenu, d'autant plus que cette intégration ne concernerait qu'une partie des règles, puisque la mission précise que « la plupart des règles IRIS peuvent rentrer dans ce schéma, à l'exception des contrôles portant sur l'historique des séjours ». En effet, un scénario où les éditeurs de logiciels de facturation hospitaliers développeraient des algorithmes de contrôle définis par l'assurance maladie et les déploieraient dans les établissements selon des modalités plus ou moins normalisées ou certifiées pourrait augmenter les défauts du modèle d'architecture actuel et n'offrirait pas de gains durables en termes d'efficacité et d'agilité des systèmes d'information de facturation.

A ce titre, l'objectif visant à remonter certains contrôles Assurance Maladie en amont (avant émission des factures), plutôt qu'en aval (après émission des factures), pourrait également être atteint au moyen du développement de services de SI que les logiciels des ES pourraient appeler, ce qui supposerait de repenser fondamentalement l'architecture des SI de facturation, dans le sens de la mise en place de services à valeur ajoutée aux établissements

Pour le Ministre et par délégation
La Directrice de l'Informatisation
et de l'Organisation des Soins



Annie PODEUR

Réponse de la Direction Générale des Finances Publiques

**DIRECTION GÉNÉRALE DES FINANCES
PUBLIQUES**

SERVICE DES COLLECTIVITÉS LOCALES
139 rue de Bercy – Teledoc 686
75572 PARIS CEDEX 12

Affaire suivie par Jean-Luc BRENNER
soudirection.cl1@dgfip.finances.gouv.fr

☎ 01 53 18 33 06 📠 01 53 18 36 68

1.1.1.1.

1.1.1.2. **Référence : 2008/10/15229**

Paris, le

Le Directeur général des finances publiques

à

Monsieur le Chef du service de l'IGF
A l'attention de M. Jérôme GATIER (télédoc 335)

Et

Monsieur le Chef du service de l'IGAS
Section des rapports
39-43 Quai André Citroën
75739 PARIS cedex 15

Objet : Rapport provisoire de l'IGAS-IGF sur le passage à la facturation directe des établissements publics de santé anciennement sous dotation globale.

Référence Votre note IGF-2008-10-14143 et IGAS-574 du 29/10/2008.

Les constats généraux de la mission IGAS-IGF, ayant récemment audité le chantier en cours de passage à la facturation directe et détaillée, sont partagés par la DGFIP. Vous trouverez ci-joint une liste d'observations sur certains aspects techniques abordés par ce rapport.

L'évaluation à 400 ETP du besoin supplémentaire de ressources humaines au sein du réseau du Trésor public lié au dispositif cible (§182, page 37), qui reste à expertiser davantage et qui n'est pas, en l'état, soutenable, justifie pleinement le recours à des expérimentations préalables et concrètes, sur un nombre limité d'établissements publics de santé, comme le recommande ce rapport.

Un autre point crucial concerne la gouvernance de ce chantier. La DGFIP partage là aussi les conclusions de ce rapport (création d'un comité stratégique pour arbitrer collectivement les décisions) mais trouverait particulièrement pertinent que ce pilotage rénové ne soit pas limité à la facturation à l'assurance-maladie obligatoire mais également étendu à l'assurance-maladie complémentaire (mutuelles,...) en raison des synergies potentielles en ce domaine et pour prévenir tout nouveau cloisonnement des informations à échanger.

Le Directeur, adjoint au Directeur général,
chargé de la gestion publique

Vincent MAZAURIC

Observations sur le rapport conjoint IGAS-IGF d'octobre 2008 (RM2008-119P/2008-M-053-02)			
Page	Para- gra- phe	Points abordés : constats d'audit ou recommandations	Observations de la DGFIP
4	11	« Un dispositif permettant de mieux contrôler a priori et avant liquidation les sommes dues aux établissements de santé » [...]	Le passage d'une facturation globale à une facturation détaillée ne semble pas pouvoir s'accompagner d'un abandon complet des contrôles après paiement des factures au profit des seuls contrôles avant paiement. La proportion entre ces deux catégories de contrôle ne dépend pas que du contenu des factures mais aussi des capacités des systèmes d'information des caisses d'assurance-maladie. Par ailleurs, des contrôles avant paiement de ces dernières restent envisageables sur la base d'une mise à disposition de ces dernières des mêmes renseignements mais en dehors du processus de facturation. Ces précisions sont apportées pour apprécier le bilan avantages/inconvénients du système de facturation directe et détaillée.
13	44	« Le passage des établissements anciennement sous DG à la facturation directe répond à une forte demande de la part de l'assurance-maladie obligatoire en termes de gestion du risque et du contrôle du bon usage de ses fonds ».	
6	21	« Le réseau des comptables publics est mobilisé par d'autres priorités propres à son réseau, à travers le déploiement de l'application Hélios dans toutes les trésoreries d'ici fin 2009 au mieux ; de plus, les interfaces entre ordonnateurs hospitaliers et comptables publics semblent insuffisamment adaptées aux spécificités de la gestion hospitalière ».	Ces constats ne permettent pas de déduire que la DGFIP n'est pas prête pour la facturation directe et détaillée. Son système d'information (tant Hélios qu'HTR) traite déjà les flux Noémie conformément au protocole conclu en 2006 avec ses partenaires. Ainsi, le rythme de déploiement d'Hélios n'est pas un obstacle pour la télétransmission dont la généralisation reste plutôt conditionnée par l'adaptation en cours des outils des établissements publics de santé (cf. §97 et suivants, page 24 du rapport). Les interfaces en ce domaine doivent tenir compte des contraintes techniques de ces derniers. La DGFIP reste mobilisée sur ce chantier d'automatisation des encaissements qu'elle continue d'estimer prioritaire pour une bonne gestion hospitalière (cf. §67, page 17) tout en n'occultant pas les contraintes du chantier (§86, page 21 du rapport).
6	25	« Un chef de projet devra être recruté, en plein accord avec les acteurs principaux (DHOS, DGFIP et CNAMTS). Il devra s'appuyer sur une équipe étoffée, issue des organismes partie prenante au projet et disposer de moyens suffisants notamment pour l'accompagnement de l'expérimentation ».	Le souci d'économie d'échelle devrait conduire à ce que cette équipe-projet aborde non seulement la facturation adressée aux organismes d'assurance-maladie obligatoire, mais aussi celle adressée aux organismes d'assurance-maladie complémentaire (mutuelles,...). En effet, la finalisation du dispositif de facturation devrait logiquement appréhender globalement ces deux catégories de débiteurs institutionnels pour dégager des économies de développement informatique autant que faire se peut (cf. §212, page 42 du rapport). Au-delà du choix collectif d'un chef de projet et de la constitution, autour de lui,
19	76	[...] « L'absence manifeste d'une instance de pilotage stratégique et décisionnelle regroupant les directions d'administration	

		<i>centrale concernées et la CNAMTS,... ».</i>	d'une équipe composée d'experts issus des rangs des trois partenaires, ces derniers devront mieux articuler un nouveau comité stratégique de haut niveau fixant les orientations générales avec les comités plus techniques déjà existants (§224, p.44).
6	27	<i>« Ces transformations reposent sur une philosophie d'internalisation des contrôles et de prévention à la source des erreurs, limitant de ce fait les taux de rejets. Elles seront de plus utiles, dans la perspective de la mise en place de la facturation directe, en contribuant à la maturation des organisations et des systèmes d'information hospitaliers ».</i>	Au-delà de l'internalisation, dans les applications informatiques de facturation des établissements publics de santé, des contrôles des droits sociaux des patients, devra aussi être menée à son terme l'internalisation des contrôles de conformité des flux de factures et des flux budgétaires (contrôle du numéro à 15 caractères d'identification des titres de recettes). Un contrôle bloquant sur ce point est de nature à prévenir des taux importants de rejet en bout de chaîne et conditionne donc le bon fonctionnement du dispositif (cf. §68, page 18 + note de bas de page n°35 en page 23 du rapport).
18	69	<i>« ... le circuit fait intervenir le réseau de la DGFIP, ce qui constitue un élément de complexité supplémentaire ... »</i>	Le réseau du Trésor a été adapté pour tirer les conséquences des dispositions du protocole de juin 2006 en termes de : - <i>Structures</i> : des organes nationaux ou locaux ont été créés et réorganisés pour traiter les flux de télétransmissions : Site national Noémie ; départements informatiques du trésor, (...). Un rôle accru de pilotage et d'animation, conjointement avec les réseaux des partenaires, a été confié à des représentants régionaux de la DGFIP, les coordonnateurs régionaux, dont l'activité est suivie par l'administration centrale. - <i>Outils mis à disposition du réseau de la DGFIP</i> : les comptables des établissements publics de santé disposent d'un outil informatique de traitement des flux Noémie, performant et conforme aux spécifications définies par le protocole de juin 2006 et ses annexes. Il a été régulièrement actualisé, dans des conditions indéniables de réactivité, pour tenir compte des contraintes soulevées par les partenaires.
20	79	<i>« Ainsi, on relève que le cahier des charges de la CPU et des interfaces avec les caisses gestionnaires est considéré comme validé pour la CNAMTS et la MSA (validation en juin à leur niveau) alors que ce cahier des charges implique les autres partenaires (établissements de santé et comptables publics) ».</i>	Ce document n'a pas été soumis à l'avis et à la validation officielle de la DGFIP.
20	81	<i>« Il existe un outil de pilotage coordonné du suivi de la télétransmission tenu par la CNAMTS pour le compte des membres du CNC. Toutefois, des suivis spécifiques sont faits en</i>	Ce tableau de bord répond avant tout aux besoins de pilotage de la CNAMTS sachant qu'il mélange à la fois les établissements privés et les établissements publics de santé. La DGFIP a souligné à plusieurs reprises, notamment en CNC, sa fiabilité

		<i>parallèle, notamment par la DHOS, ce qui conduit à des divergences et des difficultés à recouper les données, les périmètres de suivi des établissements n'étant pas tout à fait identiques. Il manque en tout état de cause un échange partenarial régulier sur ce tableau de bord ».</i>	relative et l'insuffisante régularité de sa communication, ne permettant pas d'en faire un réel outil de pilotage et de suivi national et local. Il est également regrettable que les travaux engagés au début 2008 visant à revoir et compléter les données constitutives de ce tableau de bord, travaux qui ont fortement sollicité les partenaires, aient été abandonnés.
21	85	<i>« Ce mode de communication à voix multiples ou émanant de quelques unes des parties ne peut qu'affaiblir la gestion du projet ».</i>	La DGFIP partage ce constat d'actions de communication unilatérales, prématurées (souvent avant même que les décisions des partenaires ne soient définitivement arrêtées) et parfois non consensuelles. Il a été proposé à plusieurs reprises, en vain, que les vecteurs de diffusion des mesures nouvelles ou de gestion courante soient établis conjointement sur le fond et en terme de calendrier (réactivation des flash d'information initiés par la Mainh et du comité de pilotage opérationnel notamment, participation de la DGFIP aux réunions éditeurs).
23	96	<i>« Par ailleurs, les modalités d'allègement des tests, désormais davantage centrés sur la vérification des liens entre systèmes d'information (les tuyaux), font craindre à certains des difficultés ultérieures quant à la qualité même du contenu des flux : ils intègrent plus ou moins bien les contraintes du réseau de la DGFIP, qui interviennent en phase 4, étape finale du processus de test ».</i>	Soucieuse de favoriser le déploiement des télétransmissions, la DGFIP a accompagné et contribué aux mesures de simplification et d'allègement du protocole de juin 2006 souhaitées par ses partenaires. Elle partage les craintes évoquées par le rapport en termes de qualité des flux avec ses impacts potentiels sur la chaîne de traitement des produits des établissements de santé dans son ensemble (comme en attestent les taux de rejet actuellement constatés). Ces craintes sont renforcées au regard de la réduction prévisible des délais de facturation (cf. §188, page 38 du rapport).
27	112	<i>« La Meah a accompagné un projet d'appui à la facturation et au recouvrement, construit en deux temps ».</i>	La participation active de la DGFIP à ce chantier de la MeaH est à rappeler. Il est toutefois notable que le périmètre actuel de son déploiement (40 établissements) reste à élargir.
27	115	<i>« Ces réunions (éditeurs) sont conjointes avec la CNAMTS ».</i>	La DGFIP sollicite très régulièrement la possibilité de participer et d'intervenir dans ces réunions d'éditeurs de logiciels lorsque la DHOS les décide. Un double objectif est poursuivi : recueil des difficultés rencontrées par les éditeurs dans la gestion des flux informatiques et sensibilisation de ces derniers aux orientations nationales sur la phase retour (référence à 15 caractères et gestion des rejets).
28	123	<i>« Il apparaît toutefois que les comptables publics évoluent dans un contexte qui n'est pas favorable à une bonne préparation au lancement du projet. Leurs outils de travail, conçus dans une logique universelle pour les collectivités dont le réseau DGFIP</i>	La DGFIP ne partage pas ce constat général dans la mesure où les outils actuels des comptables hospitaliers (HTR et Hélios) gèrent déjà la réception des flux Noémie. Ils sont donc adaptés à l'univers de la facturation directe défini avec la DHOS et la

		<i>assure les fonctions comptables, sont imparfaitement adaptés à l'univers de la facturation directe ».</i>	CNAMTS. En outre, le caractère <i>universel</i> d'Hélios est sans incidence du fait que ses fonctionnalités permettent bien de traiter les flux Noémie et aucune maintenance supplémentaire n'est nécessaire en 2009 (cf. §131, page 30 du rapport).
28	124	<i>« Le contexte dans lequel évoluent les comptables publics est celui d'une profonde mutation de leur direction générale de rattachement ».</i>	Cette observation doit être nuancée pour deux raisons. D'une part, la création de la DGFIP n'a pas d'incidence majeure et directe sur les attributions des structures de l'ancienne DGCP chargées de missions au titre de la gestion des établissements publics de santé. D'autre part, tous les hôpitaux importants sont confiés à des trésoreries spécialisés comme le rapport l'indique. D'autre part, la création de la DGFIP, intervenue en 2008, ne peut pas être considérée comme un élément « <i>ne facilitant pas le projet</i> » lancé il y a plusieurs années.
29	125	<i>« ... maîtrise de dépenses de personnel, le réseau des comptables publics est soumis à une pression constante de recherche de productivité, ce qui passe par une diminution progressive de ses effectifs ».</i>	L'objectif de la facturation directe et détaillée n'est pas d'accroître les dépenses publiques mais bien de les diminuer. Si elle impose un accroissement des charges de personnel, il conviendra de prendre en compte ce coût financier supplémentaire en compte dans le bilan des expérimentations à lancer.
30	131	<i>« - s'agissant du nouvel outil informatique HELIOS et des serveurs informatiques de la DGFIP, leur capacité à absorber la volumétrie liée au projet de facturation directe demande à être vérifiée ; le programme d'évolution logicielle d'HELIOS pour 2009 ne prend en compte aucun sujet lié à la facturation directe ».</i>	Il est rappelé aux auditeurs que les problématiques de volumétrie sous Hélios faisaient l'objet de tests trimestriels et qu'il n'y a pas à ce stade de problème identifié ; pour autant, la multiplication annoncée nécessitera d'autres campagnes de tests. Le directeur du Programme Hélios a insisté auprès des membres de la mission sur la situation actuelle des flux retours d'encaissement NOEMIE (développement très partiel avec les organismes d'assurance-maladie obligatoire, nonobstant le taux de rejet et les problèmes de qualité des flux), et NOE (dans sa version initiale) peu utilisée avec les organismes d'assurance-maladie complémentaire : comme préalable à la généralisation de la facturation directe, la dématérialisation complète de la chaîne apparaît indispensable, tant en amont (dématérialisation des titres de recettes) qu'en aval (avec une norme unique de type NOEMIE, tant pour les parts obligatoire que complémentaire)
31	140	<i>« ... l'accrochage des caisses des autres régimes au dispositif des CPU se déploie dans une certaine inégalité et certaines difficultés ».</i>	La DGFIP est à la disposition de tout régime candidat à la validation comme nouveau régime d'assurance maladie télétransmetteur. Après la MSA en mars 2008, la caisse nationale militaire de sécurité sociale a été validée en octobre 2008.
42	212	<i>« La facturation à l'égard de l'assurance-maladie complémentaire...[...]. Il semble que cette question (télétransmissions avec l'AMC) n'ait pas constitué une priorité ».</i>	La DGFIP réclame, depuis de nombreuses années, l'instauration de télétransmissions avec les organismes d'assurance maladie complémentaire (OC). Elle a participé activement aux travaux nationaux (ré ouverts en septembre 2007 et

		<i>des acteurs ».</i>	suspendus depuis le début 2008) visant à définir des normes d'échanges normalisées entre les OC et les partenaires, dont le réseau du Trésor public. La DGFIP est la première à regretter que cette concertation n'ait pas été poursuivie à son terme, bloquant de manière inopportune la volonté de nombreuses mutuelles d'investir dans le développement de tels échanges. Aux yeux de la DGFIP, il s'agit bien d'un chantier prioritaire.
43	217 218	<i>« L'avenir de la gestion de la facturation et du recouvrement se situe dans une plus grande intégration des services concernés par cette fonction devenue stratégique [...] Dans le prolongement de ces constats se situe la reconnaissance du besoin d'outils de gestion plus intégrés entre l'ordonnateur et le comptable ».</i>	Ce constat mérite d'être davantage précisé car de nombreuses actions ont été entreprises par la DGFIP pour améliorer la qualité du service rendu aux gestionnaires hospitaliers par les comptables : - consultation aisée des données de l'application HTR ; - exploitation des interfaces retour (dans le cadre du retraitement des paiements et rejets de flux) ; - prestations de service du Site National Noémie ; - restitution d'informations sur les indicateurs de rejets ; - pilotage au moyen des outils OREGHON et CCI-RAR, ... La DGFIP est à l'écoute de la DHOS pour toute observation et proposition d'amélioration (fonctionnelle ; ergonomie ; mise à disposition) de ces outils qui constituent incontestablement des facteurs d'optimisation de la gestion de la chaîne de la recette. Elle a proposé des simplification des modalités de traitement de la recette hospitalière en attente de réponse de la DHOS. Par exemple, il a été suggéré de distinguer parmi les rejets de facturation ceux ayant un impact budgétaire (donnant lieu à annulation de titre et réémission) des autres (sans impact sur les titres de recette). En effet, à ce jour, toutes les factures rejetées doivent donner lieu à annulation et réémission de titre (protocole de juin 2006).
79	356	<i>« Il existe trois autres niveaux de rejets liés à l'obligation d'utiliser les services du comptable public pour les établissements de santé publics ex DG ».</i>	La DGFIP estime que l'existence de ces niveaux de contrôles et des rejets susceptibles d'être dégagés n'est pas liée à « l'obligation d'utiliser les services du comptable public ». Les contrôles institués ont tous été rendus nécessaires par la nature et les modalités des échanges en mode télétransmission. Autrement dit, les contrôles exercés sur la chaîne comptable ne peuvent, sauf élément complémentaire, être considérés comme superflus ou abusifs. Quel que soit le statut juridique (public ou privé) d'une structure considérée, de tels contrôles (et par voie de conséquence leur sanction) doivent nécessairement être

			opérés pour garantir une correcte identification des informations de paiements et de rejets reçues. Le rapprochement et le suivi des créances et dettes entre deux organismes reposent nécessairement sur l'accomplissement de tels contrôles. De même, toute structure se doit de veiller au règlement des créances dont elle est titulaire et à leur comptabilisation dans le respect des principes comptables (sincérité des comptes, ...). Les taux de rejets actuellement constatés par les comptables publics hospitaliers constitueraient des difficultés de même nature et d'égale ampleur pour des établissements de santé qui n'en seraient pas dotés.
79	357	« Les paramètres de contrôle introduits dans la chaîne de paiement du comptable public, peuvent conduire à rejeter le paiement de la facture, notamment lorsque le comptable n'arrive pas à apparier le paiement reçu de la caisse gestionnaire, du titre de recette émis par l'établissement de santé ».	Les rejets issus des chaînes de contrôle du réseau de la DGFIP n'ont pas pour effet de rejeter « le paiement de la facture » mais l'information relative à ce paiement. Le rejet constate l'impossibilité à laquelle est exposée le comptable de traiter ladite information. Le paiement est par conséquent traité par le poste comptable (imputation en compte d'attente), non son imputation sur le titre de recette considéré.
82	372	« La réduction du risque de non appariement des titre de recettes hospitaliers et des paiements des caisses gestionnaires passe par une internalisation des critères et règles de contrôle du comptable public ».	Il est rappelé que la DGFIP préconise depuis mai 2007 l'instauration, dans les systèmes d'information des établissements publics de santé, d'un contrôle automatique bloquant portant sur la présence et la correcte utilisation de la référence à 15 caractères. Si la DHOS a donné son accord de principe à cette proposition, les actions de communication en direction des établissements et de leurs éditeurs doivent, à ce jour, être considérées comme insuffisantes. Les résultats de l'enquête pilotée par la DHOS à la rentrée 2008 sur le niveau de déploiement de ce contrôle ne sont pas encore connus. Afin de conférer une valeur réglementaire à ces orientations et laisser aux éditeurs de logiciels le temps d'instruction et de développement nécessaire, la DGFIP a soumis à la DHOS une proposition de circulaire interministérielle le 28 juillet 2008 qui reste à valider par ses soins.

Réponse de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

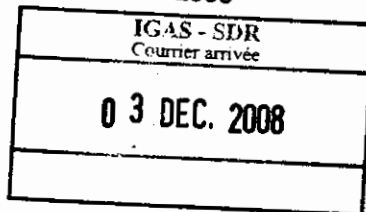


l'Assurance Maladie

Caisse Nationale

Le Directeur Général

Date : - 1 DEC. 2008



Monsieur André NUTTE

Chef de l'Inspection Générale des Affaires Sociales

Monsieur Jean BASSERES

Chef de l'IGF

Section des rapports

39-43, quai André Citroën

75739 PARIS CEDEX 15

Vos Réf : IGAS n° RM2008-IGF n° 2008-M-053-02

Nos Réf : DIR/CABDIR-D-2008- 12688

Messieurs,

Vous avez bien voulu m'adresser le rapport sur le passage à la facturation directe des établissements de santé anciennement sous dotation globale réalisé par vos services.

Vous voudrez bien trouver ci-joint les observations de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés concernant ce rapport.

Je vous en souhaite bonne réception et vous prie de croire, Messieurs, à l'assurance de ma considération distinguée.

Frédéric van ROEKEGHEM

OBSERVATIONS DE LA CNAMTS SUR LE RAPPORT PROVISOIRE IGAS IGF RELATIF AU PASSAGE A LA FACTURATION DIRECTE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE ANCIENNEMENT SOUS DOTATION GLOBALE
--

L'assurance maladie est en accord avec les préconisations des inspections générales sur la nécessité d'une mise en œuvre progressive du programme de l'assurance maladie. Néanmoins, le calendrier proposé qui conduit à une généralisation entre 2011 et décembre 2012 ne paraît pas répondre à l'importance des enjeux de la facturation directe. Ces enjeux ont été soulignés par la mission mais essentiellement sous la forme d'enjeux d'analyse et de système d'information. Pour l'assurance maladie, comme elle l'a exprimé à la mission, les enjeux portent de façon majeure sur les actions de régulation.

Le premier enjeu est le contrôle de la facturation. Le contrôle de la facturation des hôpitaux publics reste extrêmement faible par rapport à celui des établissements privés. Or l'exemple de la facturation des participations de 1 € montre la qualité de la facturation est problématique (cf. annexe 1) : 40 % de ces factures ne sont pas conformes. Les principales difficultés sont l'identification et le niveau des droits des assurés, les doubles facturations et des incohérences de nomenclature. Ces éléments conduisent à penser que le niveau de la facturation n'est pas conforme aux réglementations en vigueur et que la qualité des données envoyées par les hôpitaux peut être fortement améliorée.

A titre d'illustration sur l'importance de cet enjeu, des contrôles de cohérence automatisés réalisés sur les factures des établissements antérieurement sous OQN permettent de refuser le paiement des séjours si les actes pratiqués ne justifient une hospitalisation. Les gains réalisés sur ce seul contrôle sont de 18 millions d'euros.

Le deuxième enjeu est l'utilisation des données hospitalières dans les actions de gestion du risque. Nous disposons actuellement sur l'ensemble des soins, sauf sur ceux réalisés dans les établissements du secteur public, d'une base d'information assez complète codée avec l'identification des patients et des professionnels.

Cela permet non seulement de fournir aux professionnels des profils sur leur activité et leurs prescriptions ainsi que de réaliser des contrôles, mais aussi de mener des actions ciblées en direction des assurés. Ainsi, par exemple, l'envoi de courriers sur le médicament générique à des assurés n'utilisant que du princeps a permis des modifications de comportement significatives.

Plusieurs actions majeures en cours ou à venir nécessiteraient de disposer des données couvrant aussi bien l'hôpital que la ville. Quelques exemples peuvent être donnés :

- le service « sophia » d'accompagnement des patients diabétiques utilise un ciblage permanent des assurés. Ce ciblage s'appuie sur l'utilisation en temps réel d'informations du parcours de soins du patient. A ce titre, un épisode de soins hospitalier est un élément significatif dont il faut tenir compte dans les plus brefs délais afin d'agir auprès du patient. La France est le seul pays ayant mis en place ce type de programme où les données hospitalières utilisées sont aussi anciennes (retard de plusieurs mois et livraison irrégulière) ;

- L'absence de facturation individuelle pénalise l'analyse de l'activité des hôpitaux mais elle interdit également toute comparaison avec le secteur privé faute d'indicateurs. A titre d'exemple le suivi des prescriptions avant et après hospitalisation ne peut être réalisée dans le secteur public alors que des actions de maîtrise médicalisée sont réalisées à ce titre pour le secteur ex OQN.
- Le contrôle des protocoles de kinésithérapie, limitant le nombre de séances, nécessiterait une information immédiate sur les opérations chirurgicales ou les autres traitements hospitaliers conduisant à la prescription.
- Des actions sur les actes inutiles ou redondants tels que les échographies surnuméraires nécessitent une connaissance identique des actes hospitaliers et libéraux.

Le troisième enjeu est un enjeu interne à l'hôpital. La contrainte de la réorganisation du processus de facturation peut être utilisée comme un levier majeur pour développer un contrôle de gestion performant et moderne dans les établissements. Il faut souligner à cet égard que ce thème a été identifié comme tel par la MEAH qui a développé des outils d'accompagnement pour l'amélioration du processus de facturation.

Par ailleurs, le calendrier proposé par les inspections risque de conduire à une certaine démobilisation des acteurs, notamment les hôpitaux et les organismes de l'assurance maladie. A cet égard, il faut noter que la progression rapide ces dernières semaines du déploiement de l'infrastructure d'échange et des outils de consultation des droits n'a pu être menée qu'en s'appuyant sur l'affichage de la contrainte d'une généralisation rapprochée.

Dans ces conditions, l'assurance maladie considère, contrairement à la mission, que les enjeux de la facturation individuelle dépassent largement les risques identifiés par la mission, dont aucun ne paraît dirimant. Un calendrier plus ambitieux doit donc être adopté : expérimentation en 2009 et lancement de la généralisation dès le deuxième trimestre 2010.

L'assurance maladie précise par ailleurs, à la différence de l'appréciation suggérée dans le rapport, que son réseau est d'ores et déjà mobilisé. La mise en œuvre opérationnelle de la facturation directe a été anticipée ; le sujet a ainsi fait l'objet de points d'avancement réguliers au cours des séminaires rassemblant les directeurs du réseau et une lettre réseau a été diffusée ; de même le surcroît de charge induit par la mise en place de la facturation directe et le contrôle de la facturation restera raisonnable au regard des capacités d'absorption du réseau (cf. annexes 2 et 3).

En outre, l'assurance maladie estime qu'il est nécessaire d'être prudent sur le développement du contrôle du système actuel de valorisation "agrégé" existant. Celui-ci est loin de répondre aux objectifs de la facturation individuelle sur la gestion du risque et la gestion du changement dans les établissements. Par ailleurs, sauf à mettre en œuvre des développements très importants, il sera difficile d'atteindre une qualité semblable à celle qui existe pour la facturation des cliniques privées, à moins de mettre en place une facturation individuelle virtuelle.

Par ailleurs, les moyens à mobiliser pour sa mise en œuvre sont autant de moyens qui ne seront pas disponibles pour poursuivre la préparation de la facturation directe. La

proposition de la mission de développer les contrôles du système actuel risque donc d'accroître fortement les délais de développement de la facturation individuelle et de démobiliser les acteurs.

Enfin, quelques remarques assez factuelles concernant le suivi de l'ONDAM et les questions de trésorerie des hôpitaux, qui ne remettent pas en cause le contenu et le qualité du rapport, vous sont transmises (annexes 4 et 5).

Annexe 1 : analyse des participations forfaitaires de 1€.

La récupération des participations forfaitaires issues des consultations externes a conduit les hôpitaux à transmettre aux caisses d'Assurance Maladie les flux à partir desquels les soins externes sont financés. Le traitement des premiers 15 millions de factures dans les chaînes de l'assurance maladie a permis d'objectiver la qualité du codage des actes - environ 40% des factures ayant été rejetées.

Le taux d'anomalies constatées pose la question du calcul du montant versé aux hôpitaux. Dans le système actuel il n'est pas possible de contrôler avec précision les sommes dues, l'assurance maladie étant en quelque sorte un payeur aveugle.

L'assurance maladie a effectué une analyse sur les causes de rejets de 7 millions de factures traitées. Sur ces 7 millions de factures, le taux de rejet est de 40 %

Enjeu pour l'Assurance Maladie des anomalies de facturation des hôpitaux (en millions d'€)		
Motifs de rejets	Montant des factures concernées	Montant financier extrapolé
Taux de remb mis à tort à 100%	1 391	278
Facturation à tort d'un acte ou majoration	3 882	760 (1)
Surfacturation (Coefficient>coefficient réel)	582	116 (1)
Double facturation	3 041	3 041
Bénéficiaire inconnu	1 521	1 521
Total	10 417	5 716

(1) hypothèse de 20% de surfacturation

Si on appliquait à l'ensemble de la T2A du secteur public pour l'année 2007 le taux de rejet constatés pour les participations forfaitaires, les factures susceptibles d'anomalies représenteraient ainsi près de 6 milliards d'euros.

Le montant des économies pour l'assurance maladie n'atteindrait certes pas ce montant car une partie des factures seraient recyclées mais il serait néanmoins conséquent. En outre, ce recyclage permettrait d'atteindre une meilleure qualité des données et serait un facteur d'équité entre les offreurs de soins publics et privés.

On peut ajouter, parmi les bénéfices potentiels, une meilleure fiabilité au regard de la certification des comptes. A cet égard, le système actuel est peu satisfaisant : puisqu'il y a facturation et non plus dotation globale, le fait générateur est bien constitué par des soins; or il est impossible de justifier le montant des factures globales actuelles par rapport à ces soins.

Annexe 2 : Avancement du dispositif d'accompagnement des caisses

L'accompagnement du réseau par la CNAMTS a été anticipé. Trois phases peuvent être distinguées :

1. Identification et lancement des actions que doivent engager les directions des CPAM actuellement caisses centralisatrices des paiements (CCDP) et futures caisses de paiement unique (CPU) pour conforter les partenariats avec les établissements relevant de leur compétence (lettre Réseau N° 177/2008).
2. Définition et mise en œuvre des modalités d'organisation interne recommandées pour le déploiement comme pour la mise en œuvre en routine de ces tâches et la prise en charge de cette nouvelle charge de travail (nouvelle lettre réseau à paraître dans les prochains jours présentant sous forme de fiches le type d'organisation interne recommandé).
3. Formation début 2009 des techniciens en charge de la liquidation et des comptables, à partir d'un module de formation élaboré à cet effet.

Les modules de formations sont en cours d'élaboration en lien avec les caisses de Besançon et de Bayonne pour livraison début 2009.

Une première formation de formateurs régionaux permettra d'accélérer le processus pour un achèvement des formations régionales fin mars 2009.

Ainsi, le dispositif d'accompagnement sera pleinement opérationnel pour un démarrage au 1^{er} avril 2009.

Annexe 3 : évaluation de la charge de travail et des besoins en effectifs
(paragraphes 174/182 p36 et 37 et annexe 5)

L'extrapolation faite par la mission à partir de la charge de travail liée au traitement des factures des établissements privés est certes à prendre en compte.

La différence de traitement entre les flux émanant des hôpitaux du secteur public et ceux émanant des établissements anciennement sous OQN doit être prise en compte à cet égard. En effet, pour les cliniques, les pièces justificatives sont obligatoirement jointes ; elles représentent un travail important de rapprochement avec la facturation. Ce ne sera pas le cas pour les établissements publics et les PSPH.

Par ailleurs, les ressources devront être et seront optimisées, dans la ligne de la politique d'efficience et d'amélioration de la productivité mise en œuvre par le régime général de l'assurance maladie.

L'évaluation de 150 ETP réalisée en première intention doit ainsi être mise en regard du volume d'emplois du réseau de l'assurance maladie et des efforts de productivité déjà réalisés ; à titre de comparaison, le nombre de bénéficiaires par ETP a augmenté de 3,5% par an sur la période de la COG en même temps que l'offre de service était développée (plateformes téléphoniques et amélioration de la réponse téléphonique, à titre d'exemple), ce qui illustre la capacité du réseau de l'assurance maladie à développer son efficience et à redéployer son action vers des missions à plus forte plus-value.

Le déploiement progressif de la facturation directe permettra enfin une réallocation progressive des moyens dans les organismes du réseau en tenant compte des nécessités d'accompagnement des hôpitaux et de renforcement de la fonction comptable.

C'est donc une approche prudente qui a été retenue, que l'expérimentation préalable permettra de mener à bien.

Annexe 4 : le suivi de l'ONDAM

Le suivi de l'ONDAM ne sera pas pénalisé par la facturation directe.

En effet, le circuit actuel de valorisation agrégé sera maintenu en parallèle à partir d'une synthèse des flux.

Par ailleurs, le rythme de la montée en charge des établissements permettra d'opérer des redressements statistiques pour les établissements connaissant d'éventuels dysfonctionnements techniques.

Annexe 5 : les délais de versement et la trésorerie

Les bénéfices attendus du système cible pour les établissements de santé ex DG (paragraphes 168 et 170)

Les conclusions du rapport reposent sur des hypothèses qui méritent d'être amendées. :

- Les évaluations relatives aux délais de facturation des hôpitaux peuvent être contestées. En effet, il est loin d'être évident que les hôpitaux parviennent à facturer plus vite que les cliniques. Or celles-ci ont un délai de facturation moyen de 22 jours et non pas de 8 jours comme indiqué paragraphe 506. Le délai de 8 jours cité par la mission se rapproche plutôt du délai de paiement une fois la facture reçue. Le délai de 15 jours retenu par le rapport est donc optimiste. Un délai de 25 jours apparaît plus vraisemblable.
- Dans ces conditions, le changement potentiel maximum qu'introduira la facturation directe, en admettant que le délai de facturation des hôpitaux s'aligne sur celui des cliniques, serait inférieur à celui présenté par le rapport.

Toutefois, une réduction du délai, favorable à la trésorerie des établissements, est à attendre.

L'impact de la question des modalités de trésorerie sur l'évolution des travaux (paragraphe 419)

La divergence sur les modalités de trésorerie est bien réelle, mais n'a pas eu de caractère de blocage. Il a simplement été convenu que les deux solutions seraient expérimentées avec les premiers hôpitaux entrant dans la facturation directe.

Réponse du Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales



Copie -> V. DELAHAYE
M. DUFREUR

Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité
Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative

*Le Secrétaire général
des ministères chargés des affaires sociales*

Paris, le 25 novembre 2008

Monsieur André NUTTE
Chef de l'inspection générale des
affaires sociales

Monsieur Jean BASSERRES
Chef de l'inspection générale des
finances

Objet : rapport IGAS/IGF sur « Le passage à la facturation directe des établissements de santé anciennement sous dotation globale ».

Copies : Mme A. PODEUR (DHOS), M. D. LIBAULT (DSS) ; M. F. VAN ROEKEGHEM (CNAMTS),
M. P. PARINI (DGFIP), M. P. JOSSE (Directeur du budget).

Vous m'avez adressé, pour observation, le rapport conjoint IGAS/IGF sur « le passage à la facturation directe des établissements de santé anciennement sous dotation globale ».

1 - Le rapport considère que le report d'année en année du passage à la facturation directe et individuelle des séjours dans les établissements ex-DG, décidée en 2003 pour une entrée en vigueur en 2006, s'explique par les modalités de pilotage du projet, en particulier l'absence de leadership reconnu, le cloisonnement institutionnel des acteurs et leur degré inégal de préparation et d'implication.

Or, si la relance de ce projet suppose certainement la mise en place d'un pilotage renouvelé, elle ne peut faire l'économie d'une définition des objectifs poursuivis et des résultats attendus.

2 - Le rapport me paraît traiter de manière trop rapide cette question des objectifs poursuivis et des résultats attendus.

A cet égard, les éléments historiques rappelés aux § 40 à 46 auraient mérité d'être précisés, notamment pour faire mieux apparaître quels sont précisément les objectifs et les résultats de la mise en place de la facturation directe et individuelle.

La mission indique que « la facturation directe est le prolongement naturel de la réforme de la T2A » sans expliquer en quoi. Il aurait fallu expliquer qu'avec la T2A le mode d'allocation de ressources aux établissements ex-DG devient identique au dispositif en place pour la très grande majorité des offreurs de soins.

./..

Le second élément de contexte (« recherche de plus grande transparence sur l'hôpital ») me semble trop large et devrait être recentré sur la capacité des organismes garants du bon emploi de ressources publiques dédiées aux politiques de santé (au nombre desquels il faudra compter les agences régionales de santé dès 2010) à mettre en place une activité de contrôle et de gestion du risque sur les factures des établissements ex-DG dans des conditions analogues à l'activité de contrôle et de gestion du risque déployée pour les offreurs de soins dans leur ensemble. Le rapport cite les cliniques, mais cela concerne d'autres catégories d'offreurs de soins : les professions de santé exerçant une activité libérale, les pharmacies d'officines, les établissements et services médico-sociaux fonctionnant en prix de journée et certaines prestations délivrées en établissements ex-DG.

3 - Par voie de conséquence, l'apport de la facturation directe en matière d'activités de contrôle et de gestion du risque se trouve fortement sous-estimé dans le rapport.

En particulier, il aurait été utile de détailler et d'explicitier les actions qui pourraient être menées par les organismes d'assurance maladie si le passage à la facturation directe était effectif.

La possibilité donnée aux caisses de suivre les parcours des patients est présentée comme un objectif souhaitable, mais vue uniquement sous l'angle d'une intégration dans le SNIIRAM, alors que ce suivi au plan local à travers les données nominatives gérées dans chaque caisse présente un grand intérêt dès lors qu'on examine les pratiques des prestataires de soins d'une région donnée, tant au regard de leur régularité que de leur pertinence médicale.

Il s'agit là d'un enjeu de très grande importance dans le contexte de création des agences régionales de santé qui auront des compétences larges pour mener, avec le concours des organismes d'assurance maladie, des actions en matière de gestion du risque assurantiel en santé.

4 - Le principe de la transmission de factures nominatives comportant une information détaillée (notamment sur les actes pratiqués, les dates des soins, voire les codes des diagnostics, en sus de l'information sur le GHS et les suppléments) n'est évoquée que comme un sujet à discuter ultérieurement avec la CNIL, alors que la loi (art. L.161-29 du code de la sécurité sociale) a prévu de longue date que ces éléments figurent dans les factures transmises à l'assurance maladie.

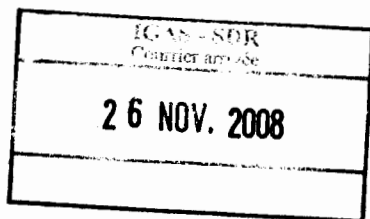
5 - Au total, il me paraît donc indispensable de fonder toute réflexion sur la poursuite de ce projet sur une définition préalable des objectifs poursuivis et des résultats que l'on attend de cette réforme, en tenant compte de l'apport que représente la facturation directe pour les activités de contrôle et de gestion du risque.

En l'état, le rapport met prioritairement en avant les risques à court terme du projet, sans suffisamment raisonner par rapport à ses objectifs stratégiques.

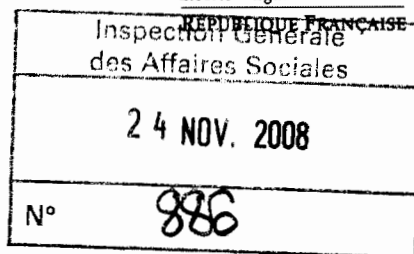


Jean-Marie BERTRAND

Réponse de la Direction du Budget



Liberté • Égalité • Fraternité



Copie -> P. ABALLA
V. DELAMAYE

DIRECTION DU BUDGET

TÉLÉDOC 275
139, RUE DE BERCY
75572 PARIS CEDEX 12

Affaire suivie par Igor BUSSCHAERT
Bureau 6BCS
Téléphone : 01 53 18 65 44
Télécopie : 01 53 44 69 35
N° 6BCS-08-2519

Paris, le 21 NOV. 2008

LE DIRECTEUR DU BUDGET

à Monsieur le Chef du service
de l'Inspection Générale des Affaires Sociales
39-43, quai André Citroën
75739 Paris cedex 15

et à Monsieur le Chef du service
de l'Inspection Générale des Finances
Télédoc 335

Objet : Mission d'évaluation de l'IGAS et de l'IGF sur le passage à la facturation directe des établissements anciennement sous dotation globale – Rapport provisoire.

Réf : Lettre IGF 2008-10-14143 / IGAS n° 575 du 29 octobre 2008.

Vous m'avez transmis pour observations, la version provisoire du rapport de la mission d'évaluation que la ministre chargée de la santé, de la jeunesse et des sport et de la vie associative et le ministre chargé du budget, des comptes publics et de la fonction publique vous ont demandé de conduire, par courrier en date du 8 août 2008 sur le passage à une facturation directe des établissements de santé anciennement financés par dotation globale.

Ce rapport rappelle le lien étroit existant entre ce projet et la réforme de 2003 du financement des établissements de santé instaurant une tarification à l'acte et à l'activité (T2A). Le passage à une facturation directe, initialement prévu à partir de 2006, constituait le prolongement logique de la mise en œuvre de la T2A.

Ce passage a cependant été repoussé à plusieurs reprises et le dispositif transitoire de facturation agrégée, mis en place en 2005, demeure.

Votre rapport souligne que les raisons de ce report reposent à la fois sur le défaut de pilotage, sur l'insuffisance de moyens dédiés et sur des divergences entre les acteurs qui ont conduit à un fonctionnement très cloisonné.

Je note qu'à ce jour un certain nombre d'obstacles interdisent, selon le projet de rapport, d'envisager une mise en œuvre de cette réforme à court terme :

- absence de définition du système cible ne permettant pas le bouclage de cahiers des charges de règles de facturation ;

- déploiement encore incomplet de la télétransmission sécurisée dans les établissements ;
- organisations internes encore souvent inadaptées ;
- contraintes fortes pour les éditeurs de logiciels qui devront, dès lors que les éléments de cahier des charges seront connus, disposer de temps pour réaliser les développements et les implantations nécessaires ;
- contrainte enfin pour le réseau comptable public, aujourd'hui mobilisé par d'autres priorités propres à son réseau, notamment en raison du déploiement de l'application HELIOS dans toutes les trésoreries d'ici fin 2009.

Vous concluez qu'il serait illusoire d'envisager une généralisation avant 2012.

Vous soulignez en outre que le bénéfice pour les établissements comme pour l'Assurance maladie est difficilement évaluable, que l'enjeu de l'efficacité pour les établissements ne repose que partiellement sur la facturation directe et que les incidences du projet sur les organisations doivent être clairement mesurées.

Je retiens que vos propositions incitent les ministères concernés :

- 1) à peser l'opportunité de relancer le projet de facturation directe en le situant dans l'ensemble des réformes importantes qui vont concerner le champ hospitalier dans les années à venir ;
- 2) à s'appuyer sur une gouvernance forte si la facturation directe devait être réaffirmée comme une priorité ;
- 3) à déployer une expérimentation préalable à toute décision de généralisation ;
- 4) à conforter à court et moyen terme, la solution actuelle de facturation agrégée afin de mieux répondre au besoin de contrôle et de suivi des parcours de soins de l'Assurance maladie.

En réponse à votre projet, la direction du Budget entend, tout d'abord, confirmer que la facturation directe constitue bien un objectif prioritaire et que le projet ne doit pas être abandonné.

Six points importants me semblent devoir être rappelés :

↳ la facturation directe constitue l'une des briques du dispositif de financement à l'activité et doit notamment permettre un alignement des modes de facturation de l'ensemble des établissements publics et privés.

La volonté des pouvoirs publics demeure claire de réaliser une convergence inter sectorielle des tarifs. Au demeurant, les évolutions attendues dès 2009 sur les tarifs concernant notamment la prise en compte par le biais de coefficients spécifiques de la précarité des patients et de la sévérité de leur pathologie doivent permettre d'accroître la comparabilité des tarifs et de rapprocher les modes de financement. Dans un tel contexte, maintenir un mode de facturation différent entre les établissements en fonction de leur statut juridique ne semblerait pas cohérent.

↳ la dimension incitative de la facturation directe ne doit pas être négligée ; elle constitue même pour la direction du Budget un enjeu majeur de cette réforme.

La mise en œuvre de la tarification à l'activité constitue en effet une évolution majeure notamment parce qu'elle a conduit depuis 2004 les établissements publics de santé anciennement financés par dotation globale à ne plus raisonner en termes de dépenses mais à raisonner à partir de leur activité et des recettes générées pour adapter les dépenses et l'organisation en conséquence. Ce « renversement » du mode de raisonnement est l'un des apports essentiels de la T2A.

En ce sens, la facturation directe doit permettre de renforcer la prise de conscience du lien existant entre l'activité et la recette générée et inciter plus fortement les établissements à adapter en conséquence leurs organisations.

↳ La mission enfin souligne que les objectifs de la réforme sont très fortement centrés sur des priorités des organismes d'assurance maladie obligatoire.

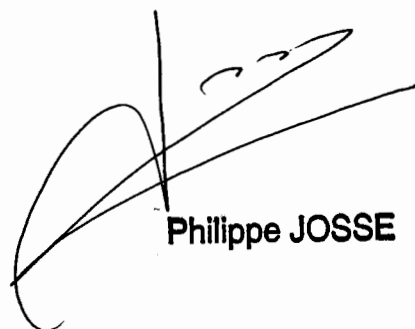
La direction du Budget estime que la facturation directe constituera, en effet, un moyen pour l'assurance maladie de développer son approche en termes de gestion du risque. Ce type d'information toutefois peut également favoriser une évolution des relations entre les caisses (et les ARS à l'avenir) et les établissements. Réduites aujourd'hui, pour l'essentiel, à un rôle de payeur aveugle, les caisses disposeront de données sur l'activité des établissements et pourront sur cette base engager avec les établissements un échange qui dépasse la simple logique de contrôle et s'oriente par exemple sur l'analyse des flux géographiques des patients, sur l'analyse du case mix et de son évolution, sur les caractéristiques des populations prises en charge, sur l'articulation avec la ville comme avec l'aval de l'hospitalisation.

↳ Le pilotage et la conduite du projet doivent être réalisés de façon nettement plus efficace et plus décloisonnée que jusqu'à présent. La Mission formule à juste titre des recommandations en ce sens. La direction du Budget ne peut que souhaiter un partenariat étroit entre la DHOS, la CNAMTS et la DGFIP sur tous les aspects en veillant à y intégrer à l'avenir les ARS, car les agences ont vocation à devenir des utilisateurs directs, en tant que régulateurs régionaux des dépenses de l'assurance maladie.

↳ Il convient enfin de rappeler, comme le souligne justement la mission, que la réforme de la facturation ne doit pas estomper d'autres sujets à fort enjeu concernant la facturation et notamment :

- l'approfondissement des relations entre les ordonnateurs et les comptables ;
- l'amélioration de la facturation aux organismes d'AMC ;
- la réforme des tarifs journaliers de prestation, qui se pose en termes de cohérence.

↳ Compte tenu de la complexité du sujet, des incidences potentielles importantes dans de très nombreux domaines, la démarche d'expérimentation paraît adaptée.



Philippe JOSSE

Réponse de la Direction de la sécurité sociale



**Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité
Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports
Ministère du budget, des comptes publics et de la fonction publique**

Inspection Générale des Affaires Sociales
15 DEC. 2008
N° 942

Paris, le 11 DEC. 2008

Le directeur de la sécurité sociale

à

Monsieur le chef de l'inspection générale des
finances

Monsieur le chef de l'inspection générale des
affaires sociales

Objet : Rapport sur le passage à la facturation directe des établissements de santé anciennement sous dotation globale.

Vous avez bien voulu me solliciter dans le cadre de la procédure contradictoire sur le contenu du rapport initial sur le projet de passage à la facturation directe des établissements dits ex-DG.

S'agissant du constat, je retiens essentiellement :

- l'importance et l'exigence de ce projet en termes de mobilisation de ressources, ce projet conduisant à passer de l'ordre de 10 000 factures par an aujourd'hui à près de 60 millions de factures par an pour un enjeu financier avoisinant 35 milliards d'euros ;
- les reports de ce projet se justifiant la fois par la concurrence d'autres priorités pour le secteur hospitalier et par l'exigence intrinsèque du projet lui-même (interaction forte entre trois grands acteurs, établissements hospitaliers, organismes d'assurance maladie obligatoire, et comptables publics ainsi qu'entre leurs systèmes d'information et leurs circuits financiers) ;
- la relative déconnection - progressive - de ce projet avec celui du passage et de la montée en charge de la T2A, ce qui a pour conséquence de fonder le projet de facturation directe sur d'autres objectifs dont la légitimité n'est pas contestée (convergence du schéma de financement public / privé, contrôle a priori facilité, gestion du risque renouvelée...) ;
- l'insuffisance des dernières avancées du modèle actuel (suppression du taux de conversion, mensualisation du rythme de facturation agrégée) pour répondre à l'attente légitime des organismes d'assurance maladie obligatoire de pouvoir, comme pour les cliniques, contrôler avant liquidation des droits dans le cadre d'une bonne gestion du risque;

- le handicap initial de l'absence de leadership reconnu dans la conduite du projet, notamment dans ses aspects de pilotage stratégique, et l'absence initiale d'approche bénéfice / risque du projet ;
- l'état inégal et insuffisant de préparation des acteurs concernés pour envisager le déploiement de la facturation directe au 1^{er} janvier 2009 ; un délai de mobilisation et d'atteinte par les établissements de santé du niveau requis pour la facturation directe compris entre un et trois ans ; la nécessité d'un processus expérimental préalable ;
- la nécessité lors de la phase de transition de préserver un suivi fiable de l'ODMCO et de l'ONDAM.

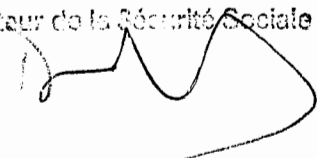
Nonobstant les développements portant sur la nécessité de resituer le projet par rapport aux autres priorités et réforme du secteur pour en apprécier l'opportunité, plusieurs recommandations me semblent particulièrement intéressantes et pertinentes :

- un pilotage du projet refondé (recrutement d'un chef de projet légitime pour les trois acteurs dominants, DHOS, DGFIP et CNAMTS, constitution d'une équipe projet composée de référents des trois réseaux susmentionnés, instance stratégique, communication cohérente à destination des établissements de santé) ;
- la réalisation d'une expérimentation préalable dont les objectifs, contours et modalités de suivi doivent être parfaitement explicités ;
- à court terme, poursuite de l'amélioration du système de paiement agrégé (internalisation du contrôle de l'ouverture des droits, création d'un contrôle bloquant dans MAT2A).

D'une manière générale, ce rapport aborde avec précision toutes les questions qu'il convient de trancher pour concrétiser ce projet. Je tiens néanmoins à nuancer l'argument avancé dans le rapport selon lequel les objectifs de la facturation directe sont très fortement centrés sur des priorités des organismes d'assurance maladie obligatoire et qu'une large partie des leviers d'amélioration de la gestion des hôpitaux sont déjà activés. En effet, il me semble qu'on ne peut pas minimiser l'effet propre d'un passage à la facturation directe sur les pratiques et la culture de gestion des établissements. Par ailleurs, je vois un lien fort entre ce chantier et la perspective prochaine de certification des comptes des établissements publics de santé.

Plus fondamentalement, il me paraît difficilement tenable d'assumer une position qui remettrait en cause le passage à la facturation directe (ce que ne fait d'ailleurs pas le rapport). A cet égard, je pense que le rapport définitif devrait trancher plus nettement sur le point de savoir si le passage à la facturation directe est pertinent ou non. Si une réponse positive est apportée à cette question, le rapport doit permettre de faciliter et éclairer cette réforme. C'est la raison pour laquelle, à mon sens, tous nos efforts immédiats doivent être désormais tournés sur la définition des modalités du passage au 1^{er} juillet 2011 et sur l'estimation des gains qu'établissements de santé et assurance maladie peuvent attendre de cette réforme.

Le Directeur de la Sécurité Sociale



Dominique LEBAL

Réponse de la mission aux différentes remarques sur le rapport provisoire

Les réponses au rapport provisoire émanant de la DHOS, de la Direction générale des Finances publiques, de la CNAMTS, de la Direction du Budget, du Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales et de la DSS, sont annexées au présent rapport.

1. REPONSE AUX REMARQUES FORMULEES PAR LA DHOS

La mission relève que la DHOS partage son analyse des risques et des avantages du passage à la facturation directe pour les établissements de santé anciennement sous dotation globale et porte intérêt aux propositions avancées.

La DHOS émet des réserves sur le bien fondé d'internaliser les contrôles générateurs de rejets de l'AMO, dans le système de facturation des établissements de santé. Elle considère d'une part que ce dispositif de blocage automatique avant facturation pourrait priver les établissements de santé de toute démarche contradictoire vis-à-vis de l'assurance maladie, et d'autre part qu'il risque d'accroître la complexité voire le manque d'homogénéité du système d'information de ces établissements de santé sans offrir de gains durables. La mission estime pourtant que la plupart de ces questions nécessite d'être étudiée de manière approfondie. Elles peuvent être réglées dans le cadre d'un cahier des charges précis et avec des procédures correctement définies.

La DHOS privilégie à l'inverse une solution « externe » reposant sur une plateforme nationale de facturation. La mission a pris connaissance avec intérêt des premiers travaux conduits en 2006 à la demande de la DHOS, sur le développement d'une telle solution qui serait mise à la disposition de l'ensemble des établissements de santé ; cette solution apparaît une voie intéressante mais nécessite d'aller au-delà des travaux techniques préliminaires conduits en 2006⁷⁵, afin de s'assurer de sa faisabilité. Sur l'intérêt de plus long terme, ce point est développé plus bas (cf 1.5).

2. REPONSE AUX REMARQUES FORMULEES PAR LA DGFIP

La DGFIP indique qu'elle partage les constats généraux de la mission. Elle insiste dans sa réponse sur plusieurs points. Tout d'abord, la réalisation d'une expérimentation lui apparaît indispensable pour expertiser le caractère soutenable de la réforme en termes de ressources humaines supplémentaires nécessaires. La DGFIP mentionne le caractère impératif de la mise en place d'un pilotage stratégique du projet.

De plus, la DGFIP indique que la recherche de l'intégralité des bénéfices de la réforme nécessiterait l'inclusion de la facturation aux organismes d'assurance maladie complémentaire. La mission souscrit pleinement à cette suggestion, qu'elle n'a pu que mentionner dans le rapport, sans avoir pu l'investiguer. On relèvera néanmoins que cet élargissement doit être apprécié à l'aune du calendrier désormais défini par la LFSS 2009.

DGFIP formule un certain nombre d'observations techniques qui appellent quelques commentaires complémentaires.

Le fait que la mission ait évoqué la complexité supplémentaire d'une architecture à trois réseaux d'acteurs, dont le réseau de la DGFIP, ne constitue pas une critique sur l'organisation de la

⁷⁵ Il s'agissait d'une étude conduite en 2006 par un prestataire à la demande du GMSIH.

DGFIP, mais un élément d'analyse purement factuel comparativement au schéma fonctionnel des processus de facturation dans le secteur des cliniques.

La mission reconnaît que l'organisation du Site National NOEMIE, l'outil de traitement des flux d'information de facturation, constitue un point fort dans la perspective du passage à la facturation directe.

La mission confirme son analyse qui est que la recherche de la meilleure efficacité de la chaîne de facturation dans les hôpitaux devrait passer par un réexamen et une modernisation de la relation entre les ordonnateurs et les comptables hospitaliers, ce qui devrait dans l'avenir se traduire par la mise en place d'outils beaucoup plus intégrés.

Elle note que la DGFIP estime que tant les fonctionnalités que le calendrier de déploiement du projet HELIOS ne constitueront pas un obstacle majeur au chantier de la facturation directe. L'expérimentation permettra là aussi de confirmer cette appréciation.

3. REPONSE AUX REMARQUES FORMULEES PAR LA CNAMTS

La CNAMTS valide globalement les constats, mais par contre estime que les risques du projet ont été surestimés au regard des avantages qu'il devrait générer.

Au regard des gains potentiels de ce projet, la CNAMTS fournit un certain nombre d'exemples ou d'estimations chiffrées, qui avaient en partie été communiqués oralement à la mission au cours de ses travaux. Si celle-ci ne les a pas repris dans son rapport initial, c'est surtout parce qu'elle ne les a pas jugés suffisamment appropriés.

S'agissant de la comparaison avec la mise en place de la participation forfaitaire de 1€, celle-ci présente les limites suivantes. Le système de télétransmission mis en place a été long à organiser⁷⁶. Il en résulte que les transmissions effectuées par vagues au début de l'année 2008 se rapportant à des exercices clos (2005 à 2007) sont effectivement impactées par le retard avec lequel elles ont été émises puis traitées. Selon la mission, il apparaît particulièrement hasardeux de s'appuyer sur le seul dispositif de la participation forfaitaire 1€ pour extrapoler les indus facturés par les hôpitaux à l'assurance maladie. Le montant des chiffres avancés par la CNAMTS est tellement élevé qu'il mériterait une justification solidement étayée.

Cela étant, le taux de rejet de 40% calculé sur ces flux de participation forfaitaire 1€ montre à lui seul la difficulté de la mise en œuvre de transmissions électroniques de qualité entre les établissements de santé et les caisses ; les hypothèses retenues par la mission, qui comportent des taux moins de 10%, calés sur ceux constatés dans les cliniques, sont optimistes, et neutralisent la période de transition. Celle-ci risque d'être marquée par des difficultés de grande ampleur avec notamment des répercussions sur la charge de travail de l'ensemble des organismes concernés.

En outre s'agissant du chiffrage d'un gain de 18 M € sur les cliniques grâce à la facturation directe, il n'est pas précisé comment ce chiffre est obtenu, et en quoi il se distingue des montants d'indus identifiés dans le cadre du contrôle T2A ex post (et notamment des actes frontières avant 2007), ou s'il s'agit des contrôles liés à la mise en place de l'entente préalable. Cette approche insuffisamment étayée et méthodologiquement contestable ne peut être retenue comme argument décisif sur les gains attendus du projet.

La mission rappelle à cet égard que ce n'est pas faute d'avoir demandé à la CNAMTS des éléments précis d'évaluation des contrôles mis en place notamment dans le cadre des procédures IRIS ; les travaux d'évaluation sur l'impact de ces contrôles n'ont été communiqués à la mission

⁷⁶ Ces difficultés n'ont pas été uniquement rencontrées par les établissements, mais aussi par les organismes d'assurance maladie.

que le 17 octobre, une semaine avant la remise du rapport provisoire, sans pour autant comporter de chiffrages de ces impacts. L'audit interne en question porte sur les politiques de paramétrage des signalements⁷⁷ par les CPAM, et non sur les rejets. La mission en a déduit qu'il n'existe pas d'étude similaire sur le résultat des rejets et notamment de leurs impacts financiers.

Enfin la CNAMTS présente la réalisation ou le lancement d'actions de gestion (programme SOPHIA, contrôle des actes de kinésithérapie, d'échographie, etc..) comme des éléments de justification de l'intérêt du passage à la facturation directe. Sans méconnaître l'intérêt évident de ces actions, la mission constate le caractère qualitatif ou évasif, à ce jour, de la mesure réelle de leurs impacts.

Tous les autres éléments indiqués en faveur de la facturation directe ne sont pas contestés par la mission, mais laissent à penser que la CNAMTS ne dispose aujourd'hui d'aucune des données qui seraient rendues disponibles par la facturation directe, ce qui n'est pas exact. Il convient de rappeler que grâce aux bases PMSI transmises à la CNAMTS, les chaînages sont possibles et permettent de tracer des parcours de soins. La seule difficulté, reconnue par la mission, porte sur la temporalité de la disponibilité de ces données. Il est exact qu'aujourd'hui les données issues des bases PMSI sont des données ex post avec un décalage par rapport à la date des soins, et non une analyse en temps réel. Les projets en devenir énoncés par la CNAMTS supposent une analyse plus systématique en temps réel, ce qui constitue une évolution par rapport à la situation actuelle. A ce jour, même dans le cas des contrôles exercés sur la facturation des cliniques, il s'agit, dans la plupart des cas, d'une gestion ex post, dans le mois suivant la liquidation.

S'agissant de la question du suivi des dépenses hospitalières de l'ONDAM et de la qualité d'alimentation du SNIIRAM, la CNAMTS indique dans sa réponse que « le suivi de l'ONDAM ne sera pas pénalisé par la facturation directe ». La mission en accepte l'augure en rappelant simplement les difficultés rencontrées en 2006 pour le champ ex OQN, ainsi que les éléments d'amélioration attendus dans le cadre des travaux de l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée.

Sur les données de facturation des cliniques, à savoir la période séparant la sortie du malade et l'envoi à la caisse centralisatrice des paiements (CCDP), la mission maintient les chiffres qui figurent dans son annexe ces chiffres ayant été corroborés avec des données de cliniques. La mission, à partir de cette référence, prend une hypothèse prudente pour les établissements de santé ex DG du double de celui des cliniques. On ne peut dans le même temps soutenir que la facturation directe est un puissant catalyseur du changement dans les organisations hospitalières et ne pas en tirer les conséquences à terme (en rythme de croisière) sur les délais de facturation qui seront nécessairement raccourcis avec une vraie gestion au fil de l'eau.

4. REPONSE AUX REMARQUES FORMULEES PAR LE SECRETARIAT GENERAL DES MINISTRES CHARGES DES AFFAIRES SOCIALES

Le Secrétaire général des ministères sociaux, considère que la mission n'a pas suffisamment approfondi les objectifs et résultats de la mise en place de la facturation directe. La mission rappelle qu'elle a cherché vainement dans les travaux et documents liés à ce projet des études d'impact qui auraient dû être conduites avant la décision de lancement de ce projet par les différentes entités responsables, au premier chef, par celles qui en attendent les plus grands bénéfices. C'est avec difficulté, et dans un temps très contraint, qu'elle a reconstitué ou établi ces éléments. La mission estime avoir pour autant explicité les tenants et aboutissants de ce dispositif.

⁷⁷ Les signalements dans IRIS constituent des éléments d'analyse ex-post des liquidations effectuées par les OAM, même si ces interventions se situent dans un temps proche par rapport à la liquidation. Ils se distinguent des rejets qui interviennent au moment de la liquidation, et conduisent à la bloquer.

Par ailleurs, au regard de la remarque relative aux données détaillées des GHS, la mission visait non pas les dispositions de l'article L 161-29 du CSS, mais le détail de certains éléments des bases de données PMSI. Celles-ci en l'état ne sont pas transmises avec la mention du jour de sortie, mais le mois du séjour, et pourraient donner lieu à cet enrichissement. Cela permettrait à court terme, et dans l'attente de la généralisation de la facturation directe, d'améliorer le contenu de ces bases. Il faut rappeler que ce point avait été exclu par la CNIL en son temps.

En revanche, la mission aurait apprécié que le Secrétariat général se positionne sur les principes de gouvernance du projet qui sont proposés, et sur le calendrier indiqué par la mission qui vient d'être réduit après la discussion parlementaire. Tous ces sujets sont en effet importants pour la suite du projet que le Secrétariat général devra accompagner.

5. REPONSE AUX REMARQUES FORMULEES PAR LA DIRECTION DU BUDGET

La direction du budget réaffirme que le passage à la facturation directe est bien un objectif prioritaire qui ne doit pas être abandonné. Elle soutient la proposition d'une expérimentation préalable au vu de la complexité du sujet et des incidences possibles dans de très nombreux domaines.

6. REMARQUES FORMULEES PAR LA DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE

La direction de la sécurité sociale réaffirme que le passage à la facturation directe est bien un objectif prioritaire. Elle valide plusieurs des constats et propositions du rapport, notamment en ce qui concerne le pilotage du projet et le processus expérimental à engager. S'agissant de la question de la pertinence du projet de facturation directe, la mission répond sur ce point en partie 1.5.

7. REMARQUES GENERALES SUR LES ENJEUX DE LA FACTURATION DIRECTE EN MATIERE DE GESTION DU RISQUE

En réponse aux points évoqués de manière plus transversale par l'ensemble des réponses sur les enjeux de ce projet tant pour les établissements de santé que pour les organismes d'assurance maladie obligatoire (OAMO), la mission souhaite préciser la position qu'elle a adoptée dans le rapport. Elle souhaite également resituer ce sujet dans un environnement plus large.

La mission confirme l'intérêt, notamment pour les OAMO et demain les futures ARS de disposer d'un système qui garantisse le paiement à bon droit des prestations. Tout dispositif de nature à permettre ce contrôle le plus en amont possible va dans le bon sens et la facturation directe participe pleinement de cette logique. On peut aussi supposer que pour faciliter le travail du payeur, l'AMO, tout système permettant de prévenir à la source les erreurs de facturation (portant soit sur la nature de la prestation, soit sur les droits de l'assuré concerné) ne peut également aller que dans le bon sens. De ce point de vue, la mission n'a pu dans le délai imparti prolonger sa réflexion sur un schéma fonctionnel de nature à internaliser le maximum d'éléments au stade de l'initialisation (y compris par une mise à disposition la plus fiable possible par les OAM des données relatives aux droits des assurés) ; de même elle n'a pas pu étudier la piste totalement innovante d'un schéma de plateforme nationale de facturation gérée par les OAM eux-mêmes, et sur laquelle les établissements de santé se connecteraient, à l'instar de l'infrastructure offerte par le GIE Sesame Vitale pour les flux s'y rapportant. Il est toutefois clair que ces pistes lui apparaissent mériter qu'on y attache de l'intérêt.

Dans le prolongement de cette analyse, l'analogie suggérée avec le secteur ambulatoire doit être prise avec prudence. En effet, dans la majorité des cas, la rémunération du professionnel de santé ne dépend pas des flux SESAME-VITALE sauf pour les officines, les biologistes et les

praticiens pour la part d'activité qui est en tiers payant. Les éventuels rejets ont des conséquences uniquement sur l'assuré. Le professionnel n'a pas à vérifier la pertinence des informations de la carte Vitale. Les établissements de santé, via les flux B2, sont donc dans une situation différente : ils ont une responsabilité dans la qualité initiale d'informations recueillies à leur niveau, sans en avoir la maîtrise (données sur les assurés), et leur rémunération dépend clairement de ce flux-aller et de sa qualité intrinsèque.

S'agissant de la qualité du codage pour les séjours comme les actes externes, celui-ci dépend bien évidemment des établissements de santé, mais aussi des logiciels de groupage. Tout système de gestion reposant notamment sur un dossier patient est évidemment de nature à améliorer grandement la qualité de ce codage, voire en amont la suppression d'actes inutiles ou redondants entre services. C'est aussi pour ces raisons que la mission proposait de mettre l'accent sur le développement en priorité du « dossier patient ».

De manière plus large, la mission est évidemment favorable à la recherche de l'efficacité des établissements de santé, et toutes les réformes qui y participent sont utiles. Le passage à la facturation directe a indiscutablement un effet de parachèvement de la réforme en cours sur la T2A. Il faut toutefois reconnaître que le passage à 100% T2A en 2008 a eu un effet d'entraînement puissant sur les systèmes de gestion et de pilotage des établissements de santé, avec le déploiement d'outils de contrôle de gestion dans le cadre du suivi de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD). Cet effet n'est certes pas encore pleinement mesurable à ce jour. La mission maintient que l'apport spécifique de la facturation directe en tant que levier de transformation de la gestion des hôpitaux, ne pourra être que modeste.

Annexe 1 : Le contrôle a priori et les rejets de factures des établissements de santé en mode facturation directe

- [270] La vérification du paiement à bon droit des prestations de soins qu'elle finance constitue une des obligations des organismes d'assurance maladie obligatoire⁷⁸.
- [271] Le paiement à bons droits est étroitement dépendant de la qualité de la chaîne de facturation. Cette qualité repose pour partie sur le contrôle interne assuré par les établissements de santé et sur son contrôle externe réalisé par les organismes d'assurance maladie.

1. LE CONTROLE EXTERNE ET L'ARTICULATION ENTRE CONTROLE EXTERNE A PRIORI ET A POSTERIORI

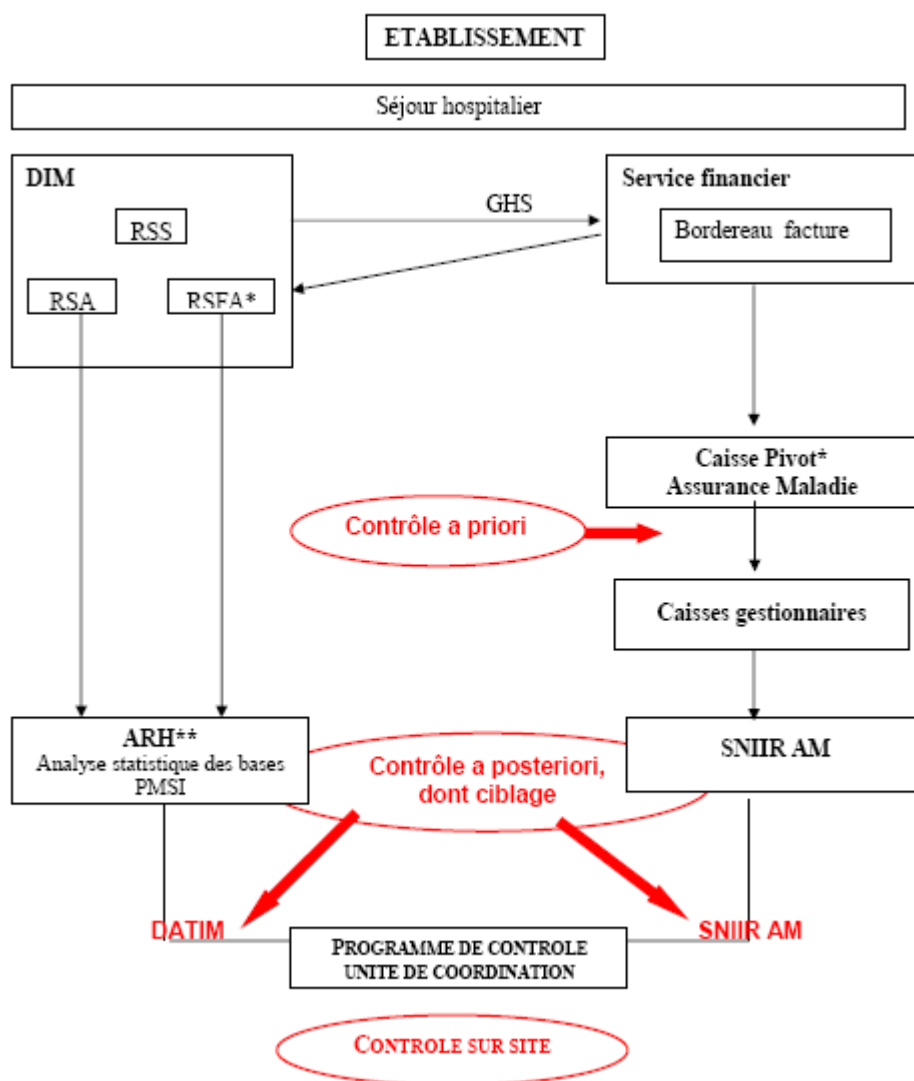
- [272] Dans la seconde moitié des années 1990, la mise en place du programme médicalisé du système d'information (PMSI), a conduit au développement parallèle d'un contrôle externe par les organismes payeurs, du codage des actes et des diagnostics déclarés par les établissements de santé. Toutefois les liens entre la qualité du codage, sa valorisation en point d'indice synthétique d'activité (ISA) et son impact financier sont restés limités pour les établissements de santé ex DG et nuls pour les établissements de santé ex OQN. De ce fait, beaucoup d'ARH n'ont accordé qu'une faible priorité à la réalisation de ces contrôles externes. Le passage à la tarification à l'activité en 2004 a conduit à mettre en place en France, comme dans tous les pays ayant opté pour ce mode de financement présomptif, des procédures de contrôle externe renforcées.
- [273] Le contrôle externe repose sur des vérifications administratives et médicales réalisées *a priori* ou *a posteriori*, soit en amont ou en aval de la liquidation par la caisse gestionnaire. En amont du paiement, les anomalies constatées peuvent conduire au rejet du paiement de la facture et en aval, au constat d'indu ou à une sanction financière.
- [274] Les procédures de contrôle externe *a posteriori* sont détaillées dans un guide du contrôle externe publié depuis 2004 par la DHOS⁷⁹. Ses grands principes et ses premiers résultats seront simplement rappelés ici.
- [275] L'objet principal de la présente note est de détailler les dispositifs de contrôle *a priori* et de décrire l'apport de son automatisation sur les principaux points contrôlés. Il s'agit aussi de mesurer en quoi le passage à la facturation directe aux organismes d'assurance maladie obligatoire permet de renforcer leur capacité de contrôle dont celle du contrôle médical, et ce faisant en quoi cela permet d'alléger les charges de contrôle *a posteriori*.

⁷⁸ Article L314-1 du Code de la sécurité sociale

⁷⁹ La dernière version en application est le détaillée dans le guide du contrôle externe régional dans le cadre de la T2A en MCO version V1.3 du 01/08/2007

[276] Le schéma suivant illustre l'articulation des deux temps du contrôle. On observe que le contrôle de facturation *a priori* concerne aujourd'hui principalement les établissements de santé ex OQN. C'est celui qui sera développé dans cette note car il préfigure ce qui pourrait être le schéma de contrôle appliqué aux établissements de santé ex DG. Toutefois, le contrôle *a priori* des flux déjà télétransmis par les établissements ex DG et ses premiers enseignements seront présentés car ils témoignent de la maturité actuelle de la chaîne de facturation dans ce secteur. Enfin, afin d'être complet, une description des mécanismes de contrôle et de rejet réalisés par l'ATIH avant la valorisation des fichiers transmis par les établissements de santé ex DG seront également exposés.

Schéma 1 : Schéma des contrôles externe *a priori* et *a posteriori* des actes et séjours hospitaliers après passage à la tarification à l'activité



Source : Guide du contrôle externe régional dans le cadre de la T2A en MCO v1.3 du 01/08/2007

[277] Le contrôle externe *a posteriori* mis en place dans le cadre de la T2A est un contrôle de facturation. Il vise à s'assurer que l'assurance maladie n'effectue pas de paiements injustifiés. Il répond ainsi aux missions classiques du contrôle médical de l'assurance maladie qui peut conduire, en cas de facturation inappropriée d'une prestation médicale ou d'un séjour hospitalier, à la mise en recouvrement d'un indu.

[278] Le contrôle externe *a posteriori* répond également aux dispositions nouvelles de l'article L162-22-18 du code de la sécurité sociale, qui pose le principe de sanctions financières des établissements de santé en cas de manquement aux règles de facturation, d'erreurs de codage ou d'absence de réalisation de prestations facturées. Ces sanctions ne peuvent être prises qu'à la suite d'un contrôle "sur pièces et sur place"⁸⁰.

[279] Le contrôle *a posteriori* repose principalement sur l'identification d'activités à risque de dérive et à leur repérage dans les bases PMSI (à partir des résumés de sortie anonymisés RSA) ou SNIIRAM (à partir des bordereaux de facturation 3404 des établissements de santé ex OQN). Ces analyses identifient les établissements de santé pour lesquels des contrôles sur site sont nécessaires, notamment parce qu'ils permettent de remonter au dossier médical, source première du codage. Un plan de contrôle régional sous la responsabilité de chaque ARH est établi chaque année par son unité de contrôle régional (UCR), sur la base de recommandations de ciblage nationales.

[280] En 2006, un tiers des établissements de santé sous T2A ont été ainsi ciblés puis contrôlés^[81, 82] et 40,9 millions d'euros d'indus ont été notifiés. L'analyse qualitative produite pour le conseil national de l'hospitalisation⁸³ confirme le bien fondé des anomalies suspectées concernant :

- des facturations d'hospitalisation pour des prises en charge relevant de soins externes ;
- des facturations de suppléments ou de GHS majorés par des établissements de santé ne possédant pas les reconnaissances ou autorisations nécessaires ;
- la mauvaise application du guide méthodologique de production des RSS concernant notamment le codage du diagnostic principal.

[281] En 2007, 28% des établissements de santé ont été contrôlés, 15,5 millions d'euros d'indus ont été notifiés lors du bilan provisoire du 24/09/2008^[84,85] ; lors de cette campagne, avec la mise en place du décret « sanctions », 72 activités contrôlées étaient susceptibles de faire l'objet de sanctions financières. Une proposition de sanction a été demandée pour 41 établissements (22 ex DG et 19 ex OQN) pour des montants proposés de 3,935 M€ et des montants notifiés de 2,139 M€⁸⁶.

⁸⁰ Le décret du n°2006-307 du 16 mars 2006 pris en application de l'article L162-2218 du CSS permet à la commission exécutive de l'ARH de prononcer une sanction financière pouvant aller jusqu'à 5% des recettes annuelles d'un établissement de santé, en cas de manquements constatés sur sa facturation.

⁸¹ La campagne de contrôle 2006 a ciblé les activités suivantes :

- Les actes et consultations externes facturés en hospitalisation à temps partiel.
- Facturation abusive du nombre d'ATU dans les établissements ex OQN (exemple : facturation d'un deuxième ATU pour consultation de suivi d'une urgence).
- Facturation de suppléments pour des activités non autorisées (SRA) ou non reconnues par l'ARH (soins palliatifs).
- Contrôle de certains séjours (GHM) en hospitalisation à temps complet, repérés en anomalie dans DATIM. (exemple : interventions sur grosses articulations).

⁸² En 2006 540 établissements ont été ciblés sur 1 418 (France et DOM) soumis à la T2A : 249/688 ex DG et 291/730 ex OQN ; 482 établissements ont été contrôlés sur site dont 233 établissements ex-DG et 249 établissements ex-OQN.

⁸³ Séance du conseil de l'hospitalisation du 29 janvier 2008

⁸⁴ La campagne de contrôle 2007 a ciblé les activités suivantes

- facturation d'un GHS (Groupe Homogène de Séjours) pour des activités relevant des soins externes,
- séjours avec CMA (Complication ou Morbidité Associée) ou CMAS (Complication ou Morbidité Associée Sévère),
- facturations répétées d'ATU (Accueil et Traitement Urgence) dans les établissements ex- OQN,
- facturation d'activités non autorisées ou non reconnues (soins palliatifs, SRA, SSC),
- dépassement des capacités de facturations autorisées (SRA, SSC).

⁸⁵ En 2007, 492 établissements de santé ont été contrôlés 219 ex DG et 273 ex OQN

⁸⁶ Ces données sont incomplètes au 24/09/2008 car ne concernent que 12 régions/25

- [282] Par construction, ces procédures de contrôle *a posteriori* sont coûteuses en temps de contrôleur médical, différées au regard de la date de facturation (le ciblage s'exerce au mieux sur les six derniers mois) ; enfin elles sont longues à conduire à leur terme compte tenu des délais de recouvrement des indus voire des sanctions et des procédures qui en découlent^{87 88}.
- [283] Le passage à la facturation directe, télétransmise par l'établissement de santé à l'organisme d'assurance maladie obligatoire, permet d'automatiser les procédures de contrôle a priori. Cette automatisation peut faciliter le renforcement des procédures de contrôle et leur adaptation rapide aux évolutions réglementaires. Elle permet de rejeter directement la facture en anomalie avant tout paiement, ce qui limite d'autant le recours aux procédures de notification et recouvrement d'indus.

2. LES PROCEDURES DE CONTROLE A PRIORI SUR LES ETABLISSEMENTS DE SANTE EX OQN

2.1. Rappel sur les éléments de volumétrie des établissements de santé ex OQN

- [284] Les agents liquidateurs et les systèmes automatisés de la CNAMTS ont traité en 2007, 1 131 839 33 demandes de remboursement⁸⁹. Ces flux proviennent à 79,3% de flux externes, sous format SESAM VITALE ou B2 et à 20,7% de flux traités par les agents liquidateurs dont près de 10% sont scannés et 10% font l'objet d'un retraitement manuel. La part des flux externes ou internes nécessitant un recyclage manuel, après les opérations de contrôle était de 1,5% des demandes de remboursement. La mission n'a pu disposer d'éléments isolant la part des recyclages issus des seuls établissements de santé ex OQN.
- [285] La CNAMTS, a traité en 2007 au titre du seul régime général, 38 millions de mandatements, soit environ 4% des flux de production externe. Les flux des établissements de santé ex OQN transitent principalement sous le format de flux en norme B2 ; la part des transmissions en mode SESAM VITALE, prépondérante pour l'ensemble des autres professionnels de santé, est négligeable pour les cliniques.

Tableau 4 : Part des flux mandatés traités pour les établissements de santé ex OQN parmi les flux de production externe du Régime Général en 2007

Nombre de flux mandatés	Ex OQN	Autres	Total	part des flux ex OQN
Hors SESAM	38 062 798	121 670 307	159 733 105	24%
SESAM	21 794	738 063 458	738 085 252	0,0%
total	38 084 592	859 733 765	897 818 357	4%

Source : CNAMTS/DDO/DGCR ; Décomptes des flux mandatés Statistiques de Gestion Administrative en 2007. Retraitement IGAS-IGF

- [286] Cette mesure recouvre l'ensemble des établissements de santé ex OQN, tous secteurs d'activité confondus. Pour les seuls établissements MCO soumis à la T2A, l'ATIH estime le nombre de séjours à 7 millions en 2007.

⁸⁷ Les procédures de recouvrement d'indus engagées sur les contrôles T2A de la campagne 2006 n'étaient pas achevées à la fin de l'année 2007.

⁸⁸ il se passe au minimum 4 à 6 mois pour bâtir et réaliser le plan de contrôle sur place + 4 à 6 mois entre la proposition de sanction portée devant l'ARH et l'envoi de la mise en demeure par la CPAM. Ces délais peuvent être prolongés en cas de contestation devant le TA (recours sanction) ou le TASS (recours recouvrement sanction)

⁸⁹ L'ordre de grandeur, tous régimes confondus est de 1,3 MM

2.2. Le contrôle sur les bases de liquidation répond principalement à une logique de conformité aux règles de facturation

- [287] Le support du contrôle étant la facture adressée par l'établissement à l'assurance maladie, il s'applique depuis 2004 aux établissements privés dit ex OQN, mais n'est pas mis en œuvre pour les établissements de santé ex DG, à l'exception de flux limités de facturation B2⁹⁰. Depuis 2005, l'assurance maladie obligatoire dispose pour les cliniques de manière nominative sur chaque facture des codes du groupe homogène de séjour (GHS) et des actes (CCAM) facturés.
- [288] Le contrôle est mené par l'assurance maladie, avant paiement. Il s'agit d'un contrôle systématique, sur les données de facturation : une batterie de tests est intégrée dans les programmes de liquidation, qui peuvent conduire globalement soit à un simple signalement d'anomalie, soit à un rejet. Toutes les anomalies ne conduisent donc pas à un rejet.
- [289] Par construction, chaque caisse gestionnaire assure sa propre liquidation. La caisse de paiement ne se substitue pas à la caisse gestionnaire pour la réalisation des contrôles prévus à l'article L.314-1. Ceci implique que le contrôle et ses applicatifs sont développés sous la responsabilité de chaque régime au regard de ses règles spécifiques de liquidation. Toutefois, seuls la MSA et la SNCF⁹¹, le RSI et les Section locales mutualistes (SLM) ont développés des applicatifs. Les autres régimes utilisent l'applicatif IRIS développé par la CNAMTS. Nous présenterons ici deux de ces applicatifs : celui du régime général CNAMTS et celui du RSI.
- [290] Le dispositif automatisé de contrôle de la CNAMTS repose sur l'applicatif IRIS et ses applicatifs dérivés⁹². Les contrôles portent notamment sur la régularité de la facture :
- [291] Les contrôles de base : contrôles génériques (établissement facturier, ouverture des droits...), des actes, des bases et taux de remboursement enfin, contrôle du montant de la part obligatoire/complémentaire.
- [292] Les contrôles particuliers liés à la réforme de la T2A : agrément des établissements de santé pour certaines activités, non cumul de GHS entre eux, avec forfaits ou prestation des produits sanguins labiles, majoration ou minoration en cas de dépassement de la borne haute ou au contraire de séjours sous la borne basse du GHS, respect du contrat de bon usage (CBU) pour les médicaments et produits facturables en sus du GHS, enfin cohérence des GHS et des actes CCAM associés⁹³.

⁹⁰ cf. annexe n°2 sur le schéma cible

⁹¹ via leur système AGORA

⁹² HOSPICUMU est une application intégrée à IRIS qui permet d'une part d'archiver les prestations hospitalières issues des entrées IRIS et d'autre part de régulariser le remboursement des prestations hospitalières concernées par un changement de tarif ou de coefficient

⁹³ S'agissant d'établissements de santé privés, les honoraires des praticiens sont toujours payés en sus de ceux versés à l'établissement. Ceci constitue une des différences importantes d'avec les tarifs des établissements de santé publics qui intègrent par construction ces honoraires. Des tests de vraisemblance entre la nature des actes facturés dans la partie basse du bordereau 3404 concernant les honoraires et sa partie haute concernant le GHS facturé, sont donc possibles.

[293] L'essentiel des rejets générés par IRIS est issu d'une base nationale des rejets qui n'est pas paramétrable localement. Par contre, les CPAM ont la possibilité de paramétrer les signalements ; elles peuvent les désactiver, les rendre visibles en phase de contrôle ou d'ordonnancement et, parfois, pour une petite part les paramétrer pour générer un rejet⁹⁴. Cette liberté de paramétrage a conduit à une grande hétérogénéité de traitement des signalements dans le réseau des CPAM, relevé par les éditeurs de logiciels qui ne comprennent pas pourquoi « ce qui passe avec l'une est rejeté par l'autre ». Cette hétérogénéité, témoignant d'une absence de stratégie commune de paramétrage a été également relevée par l'Audit général de la CNAMTS en 2007⁹⁵ ; il en souligne « les impacts non négligeables sur les charges de travail sans que le retour sur investissement soit objectivé ». L'audit général proposait de réduire cette liberté en constituant un socle de 52 signalements non paramétrables à traiter obligatoirement à l'ordonnancement et propose la création d'un comité national de suivi des signalements. Une lettre réseau publiée le 7 août 2008 officialise ce socle national de signalement et propose un guide des bonnes pratiques, qui devraient permettre d'harmoniser les traitements.

[294] Les principaux contrôles développés par l'applicatif TITAM du régime RSI⁹⁶, s'agissant des seules prestations en nature sont les suivantes :

- Contrôles généraux de la ligne de prestation : vérification de la présence et du contenu des données obligatoires sur la ligne de prestation
- Contrôles relatifs au bénéficiaire de prestation : vérification de l'appartenance du bénéficiaire au RSI, de ses caractéristiques (date de naissance, rang gémellaire, etc) de ses droits aux prestations y compris la CMU-C
- Contrôles relatifs à la prestation : vérification de la cohérence des données véhiculées, application franchises / participation financière 1€,
- Contrôles relatifs au prescripteur : la prestation nécessite t'elle une prescription et le cas échéant vérification que le n° d'identification du prescripteur est valide et autorisé à la date de la prescription
- Contrôles relatifs à la détermination de la base de remboursement
- Contrôles relatifs aux taux de prise en charge appliqués

[295] Le RSI précise que dans le cadre de la mise en oeuvre de la T2A, les principaux contrôles portent sur :

- les contrôles relatifs aux tarifs des GHS/GHT, suppléments et autres prestations relevant de la T2A
- les contrôles des coefficients MCO
- les contrôles de la valorisation du reste à charge assuré (ticket modérateur versus forfait journalier)

[296] La première série de contrôle, teste essentiellement la vraisemblance de la facture (ex : conformité du numéro d'assuré social, conformité du tarif facturé avec la prestation annoncée...). La seconde série intègre des vérifications liées aux autorisations d'activité et de tarification spécifique aux règles de facturation T2A.

⁹⁴ La version 17.00 du dictionnaire des anomalies comporte 930 rejets, soit 82,5% des anomalies et 198 signalements, soit 17,5% des anomalies in CNAMTS Audit Général Evaluation de l'utilisation d'IRIS dans le cadre du traitement des signalements et des anomalies. Rapport définitif Mars 2007

⁹⁵ Il cite que « parmi les 24 caisses du CTI sud, sur les 2428 paramètres locaux recensés pour un mois de traitement, un organisme a mis en place un seul paramètre de contrôle et un autre 148, ce qui induit des politiques locales à géométrie très variables sans aucune coordination »

⁹⁶ A noter que LE RSI ne liquide pas directement ses prestations car il est lui-même constitué d'un réseau historique d'organismes conventionnés (les OC) qui se sont fédérés et continuent à gérer les opérations de liquidation. Le nombre des OC (environ 120) diminue en raison d'un mouvement de concentration ; ils s'appuient aujourd'hui sur 5 plateformes informatiques (1 plateforme assureur et 4 mutualistes).

2.3. *La mise sous entente préalable de certains séjours introduit une logique de contrôle de l'efficacité dès la chaîne de liquidation*

- [297] L'article 37 de la LFSS 2008 crée un nouvel article L.162-1-17 dans le code de la sécurité Sociale qui prévoit la possibilité de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical des régimes obligatoires d'assurance maladie, le financement de certaines prestations d'hospitalisation avec hébergement. L'article L.162-1-17 du code de la sécurité sociale précise qu'aucune facturation n'est acceptée pour les actes et séjours : lorsque l'établissement ne respecte pas l'avis défavorable du service du contrôle médical ou lorsque l'établissement accueille un patient en hospitalisation complète pour un acte marqueur sans en avoir fait la demande. Cinq gestes marqueurs ont été ciblés dans un premier temps : la cataracte, l'extraction dentaire, l'arthroscopie du genou hors ligamentoplastie, la chirurgie des varices et l'adénoïdectomie - amygdalectomie. La mise sous accord préalable est demandée pour une période de six mois maximum.
- [298] Les établissements de santé doivent déclarer dans leur facturation pour ces pathologies qu'ils ont demandé une entente préalable. Le praticien doit obtenir par téléphone auprès du service du médecin conseil, une entente préalable à la réalisation de l'acte⁹⁷. Seule la MSA est aujourd'hui en capacité de contrôler en liquidation, que l'accord a bien été donné. La CNAMTS estime qu'elle aura adapté les interfaces entre le système d'information administratif et des médecins conseils mi 2009 et sera à son tour en capacité à les contrôler en liquidation.
- [299] Le périmètre des actes et des établissements est ciblé. Chaque ARH arrête la liste des établissements et des actes qui seront mis sous entente préalable. Le programme a débuté en mai-juin 2008 dans le Val de marne, puis s'est étendu à 31 départements, 50 établissements de santé publics et privés et 102 actes. La CNAMTS constate, dans un premier bilan de début septembre 2008, réalisé à partir de visite dans les établissements, des changements d'organisation en raison d'un plus grand recours à la chirurgie ambulatoire pour les actes sous entente préalable. La mission regrette de n'avoir pu disposer de données chiffrées qui permettent d'étayer ces constats.
- [300] Ces premiers résultats jugés positifs, concernent les établissements de santé publics et privés. Or il n'existe pas de facturation directe dans les premiers. Dans les seconds, hormis à la MSA, il n'est pas possible de contrôler en liquidation l'existence d'un accord du médecin conseil. Les effets observés ne peuvent donc être rapportés à ce stade au contrôle en liquidation, mais plutôt à l'évolution des comportements des praticiens confrontés à la nouvelle obligation. Il est toutefois probable que cet effet s'épuise et que le contrôle en liquidation soit nécessaire pour relayer l'incitation du départ d'une part, et pour faciliter le suivi de cette politique d'autre part.
- [301] Les pouvoirs publics ont incité les établissements de santé, depuis plus de 15 ans, à développer les alternatives à l'hospitalisation complète, considérées comme moins coûteuses pour l'assureur et plus intéressantes pour le patient en limitant sa durée de séjour. Une politique de conversion des lits d'hospitalisation complète associée à des mesures tarifaires ont permis le développement de ces prises en charge⁹⁸, principalement dans les établissements de santé privés qui se sont montrés les plus réactifs pour les mettre en œuvre.

⁹⁷ La procédure téléphone devrait être relayée à terme par une demande via internet. Dans cette attente, il y a un accord donné par l'agent administratif du service médical si les données déclarées, concordent avec les critères médicaux. Si la demande ne concorde pas avec les critères visés par l'agent, le médecin conseil est sollicité directement. Les demandes et la décision sont saisies mais pas interfacées avec le système d'information de gestion.

⁹⁸ Des mesures de modulations tarifaires ont été prises pour 2007 et 2008 afin d'encourager le développement de la chirurgie ambulatoire en rendant ses prestations plus attractives par comparaison avec celles de l'hospitalisation complète. Dans ce but, il a été opéré un rapprochement des tarifs au sein de 15 couples de GHM composés chacun d'un

- [302] Le contrôle de l'existence d'une entente préalable dès la phase de facturation vient parachever ces différentes mesures. Ce faisant il n'obéit plus à une logique de contrôle de conformité de la facture ; il s'inscrit plus largement, dans le dispositif d'évolution des pratiques professionnelles et d'amélioration de l'efficacité du système de prise en charge, comme l'un des leviers du programme de maîtrise médicalisée à l'hôpital.
- [303] L'article 42 du PLFSS 2009 veut en effet développer la procédure d'entente préalable au-delà de la chirurgie ambulatoire. Il est proposé d'étendre la procédure à des prestations d'hospitalisation caractérisées par une ⁹⁹évolution atypique dans les établissements ciblés. L'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale, serait complétée par : « d'une proportion élevée de prestations d'hospitalisations facturées non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé ou d'un nombre de prestations d'hospitalisation facturées significativement supérieur aux moyennes régionales ou nationales établies à partir des données mentionnées à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique pour une activité comparable. »
- [304] La mise sous entente préalable, dont le suivi devrait être facilité par le passage à la facturation directe, complète les politiques de gestion du risque déjà à l'oeuvre en permettant directement le contrôle de l'assurance maladie obligatoire sur la réalisation de chaque acte avant toute liquidation. Il restera à évaluer le bénéfice attribuable à ce dispositif de contrôle, dans l'évolution du recours à la chirurgie ambulatoire, par rapport aux dispositifs incitatifs antérieurs. Cette évaluation devrait s'accompagner d'une étude de l'impact sur les charges des médecins conseils, notamment si elles doivent croître encore avec les mesures proposées dans la prochaine LFSS.

2.4. Le contrôle du groupage du séjour devrait être davantage sécurisé

- [305] Les logiciels utilisés par les établissements de santé pour leur facturation électronique nécessitent de disposer d'un agrément du centre national de dépôt et d'agrément¹⁰⁰ (CNDA) qui certifie la conformité du logiciel avec les règles assurance maladie obligatoire en vigueur. La transmission des factures sans passage par logiciel certifié par le CNDA ou dont la date de validité est dépassée, figurent dans la liste des premiers contrôles de structure des fichiers et peuvent être source de rejets de facturation¹⁰¹. Cette exigence ne porte toutefois pas sur la fonction groupage des séjours en GHS, alors même qu'il s'agit du principal moteur de construction du tarif du séjour autour duquel s'agrègent les autres règles de tarification.
- [306] La fonction groupage des séjours hospitaliers est un programme informatique réalisé par l'ATIH. Cette fonction permet de rassembler les séjours individuels, résumés dans un résumé standardisé de sortie (RSS), dans un groupe homogène de malade (GHM) auquel correspond le tarif appelé groupe homogène de séjour (GHS). Cette fonction groupage est vendue sous forme de sources aux éditeurs de logiciels qui la compilent et l'intègrent dans les progiciels de gestion vendus aux établissements de santé publics et privés.
- [307] L'assurance maladie obligatoire dispose depuis 2005 sur les bordereaux 3404 de facturation du GHS et des actes qui lui sont associés. Elle ne dispose par contre pas directement des diagnostics qui permettent de construire et grouper le RSS et qui ne sont transmis, de manière anonymisée, qu'à l'ATIH.

GHM correspondant à une hospitalisation de courte durée et d'un ou plusieurs GHM correspondant à des hospitalisations de plus de deux jours, l'écart entre les tarifs au sein de ces couples étant réduit de 50 %.

⁹⁹ NOR : PLFSS 2009 BCFX0823210L/Rose-1

¹⁰⁰ Cet organisme dépend de la CNAMTS

¹⁰¹ Il s'agit des rejets sur les accusés de réception logique (ARL) 930 négatif

[308] Or le contrôle de la qualité du groupage qui permet de passer du RSS au GHS n'est pas réalisé dans le contrôle de liquidation actuel pour les établissements de santé ex OQN. Ceci pose problème car les modifications fréquentes de la réglementation ne serait-ce que pour mise à jour des tables de référence¹⁰² peuvent modifier le résultat du groupage d'un séjour et donc sa facturation. L'assurance maladie obligatoire reste donc dans une posture de « payeur aveugle » sur le cœur même de ce qui constitue la facturation au stade de la liquidation. Elle revendique de pouvoir disposer directement des RSS, pour pouvoir vérifier le résultat du groupage fait par l'établissement de santé et intégrer directement des règles de contrôle sur le RSS sans avoir à faire appel au contrôle *a posteriori*.

[309] La transmission du résumé de sortie standardisé qui est une copie du dossier médical, avec la facture soulève une question évidente de confidentialité et semble difficilement réalisable sans ré-ouvrir des débats difficiles. La nécessité d'un contrôle du groupage est néanmoins une préoccupation légitime. Deux pistes sont avancées par l'ATIH pour avancer :

- D'une part intégrer directement à la source, c'est à dire dans la fonction groupage mise en œuvre par les établissements de santé, les contrôles médicalisés souhaités par l'assurance maladie obligatoire qui conduiraient à produire des GHS non valorisables. Ce faisant les établissements de santé seraient amenés à corriger leurs RSS et à réduire le taux de rejet de l'ensemble de la chaîne de facturation.
- D'autre part exploiter pour les établissements de santé ex OQN, comme cela est fait pour le contrôle des GHS des établissements de santé ex DG par l'ATIH¹⁰³, une procédure de contrôle permettant de s'assurer que le GHS effectivement groupé et donc valorisé, a bien été produit avec une fonction respectant les règles de groupage en vigueur.

2.5. Le contrôle des autorisations données par les ARH devrait être réalisé en liquidation

[310] Le contrôle des autorisations données par les ARH n'existe pas dans les programmes de contrôle de l'ATIH. Un établissement peut donc déclarer des séjours de néo-natalogie quand bien même il ne dispose pas d'autorisation d'activité correspondante. Cette vérification est laissée à la diligence du contrôle de l'ARH à partir des tableaux de synthèse MAT2A qu'il exploite. Il semblerait plus simple d'automatiser le blocage de ces séjours et de les rendre non valorisables dans le fichier transmis par les établissements de santé à l'ATIH. La pièce jointe n°5.3, produite par les services de la CNAMTS décrit les activités et prestations qui pourraient être mises sous contrôle.

2.6. Les signalements et rejets issus des contrôles a priori sont compris entre 5 et 6 % en 2008

[311] Les contrôles *a priori* permettent de détecter des anomalies et peuvent provoquer signalements ou rejets :

- les signalements (anomalies non bloquantes pour la mise en paiement), Exemple : Signalement 0600-052 Double paiement sur une période
- les rejets (anomalies bloquantes pour la mise en paiement). Exemple : Rejet 0250-003 Matricule de l'assuré incorrect.

¹⁰² n° de classification des GHS ; tables des GHS incluant leurs bornes hautes et basses ; table de la classification internationale des maladies CIM 10, table de la classification commune des actes médicaux CCAM

¹⁰³ Ce dispositif a été intégré dans la fonction groupage 10.10 B diffusée depuis le 15/02/2007

- [312] Lorsqu'une anomalie susceptible d'entraîner un rejet est constatée, elle peut être simplement corrigée à l'écran par le technicien de l'assurance maladie et recyclée. La mission a relevé par exemple que la CPAM 28 recycle les dossiers qui sont en discordance avec ses fichiers, uniquement si le montant de la facture qu'elle recalcule est identique ; dans ce cas elle ne demande pas à l'établissement de santé de réémettre une nouvelle facture.
- [313] Les CPAM ne produisent pas de mesure agrégée des taux d'anomalies, ni de la proportion de dossier recyclés pour les seules cliniques¹⁰⁴. Or ceci conditionne directement leur charge de travail. La charge de travail se déporte sinon vers les établissements en cas de rejet, car ils doivent annuler et réémettre la facture après correction¹⁰⁵.
- [314] Il n'existait pas non plus, hormis dans des études ponctuelles, de mesures consolidées des signalements et rejets du réseau des CPAM. Dans son rapport de 2006 portant sur la certification des comptes du Régime Général, la Cour des Comptes a recommandé la mise en place d'un reporting national des signalements et rejets constatés au regard de la maîtrise des risques. Cet outil est en cours de développement depuis 2007¹⁰⁶.
- [315] Les objectifs du programme socle des CPAM¹⁰⁷ pour les taux de rejet IRIS sont fixés à moins de 2,5% en 2008. Global, l'objectif concerne tous les flux de télétransmission tant en Feuilles de soins électronique (FSE) sous SESAM VITALE, que les flux B2 des cliniques. Le taux de rejet en 2007 est aujourd'hui compris entre 5 et 6% de l'ensemble des factures émises par les cliniques en inter-régime. La mission n'a pu disposer de données détaillées par régime hormis celui du RSI qui était de 5,85% en 2007.
- [316] Le taux de rejet varie selon les établissements de santé privés : les établissements performants ont des taux situés dans la fourchette des 5-6%, les moins performants peuvent dépasser les 15 à 20%. D'après les acteurs locaux rencontrés, il est vraisemblable qu'il sera difficile de passer sous la barre des 5%.
- [317] Les dossiers rejetés peuvent être repris électroniquement ou manuellement. Lorsque les dossiers rejetés sont retournés électroniquement et avec le format papier, le facturier de la clinique qui les a émis peut les reprendre (50 à 60% des cas). Lorsque les caisses ne renvoient pas les dossiers papiers rejetés, il lui faut les redemander ou les reconstituer ce qui allonge d'autant les délais de ré-émission¹⁰⁸. Le processus d'*ordonnancement global explicite* (CNAMTS 2005) prévoit de conserver les factures papier dans l'établissement de santé ; les dossiers papier ne sont adressés à la caisse que lorsqu'ils sont liquidés et donc validés. L'établissement de santé peut directement reprendre le dossier qu'il a conservé par devers lui en cas de rejet. Mais ce dispositif ne fonctionne en 2008 que sur quelques caisses (92, 78 ; 21, ...).
- [318] Les principales familles de rejet semblent superposables dans les différents régimes rencontrés et ce quel que soit le statut de l'établissement de santé ; ils appartiennent à quatre grandes familles :

¹⁰⁴ La moitié des dossiers en anomalie seraient recyclés à la CPAM 28, d'après l'agent en charge de cette fonction.

¹⁰⁵ Cf. Annexe n°5

¹⁰⁶ Lettre réseau CNAMTS :

* LR/DDO/161/2007 sur la Qualité des données dans les établissements publics et privés anciennement sous dotation globale.

* LR/DDO/162/2008 sur la Gestion des flux PN dans IRIS : traitement des signalements et des rejets.

¹⁰⁷ Plan de maîtrise socle (PMS) des flux B2. Version Mars 2007. Ces objectifs déclinent les objectifs de la convention d'objectif et de gestion de la CNAMTS

¹⁰⁸ Il y a nécessité pour les établissements de santé privés de télédéclarer chaque facture et d'adresser un dossier papier de facturation à sa CDDP. Cette contrainte n'existe pas pour les établissements de santé publics, qui peuvent se contenter de la seule télédéclaration.

- les droits et exonération de la facture ne correspondent pas à ceux existants dans la base de données opérationnelle (BDO) : assuré absent de la base de donnée assurés, bénéficiaire inconnu dans la BDO, exonération ou modulation du ticket modérateur ne correspondant pas avec celle de la base,
- la valorisation des données : le matricule d'identification de l'assuré est incorrect, le complément de facture est incorrect, la spécialité de l'exécutant ne correspond pas à la liste restreinte de la CNAMTS, la prestation facturée est inconnue de la BDO ou son taux de prise en charge transmis ne correspond pas à celui calculé par IRIS,
- la compatibilité des données : la valorisation ou la nature du séjour ne correspondent pas au régime de prise en charge (migrant ou AME), la prestation réalisée n'a pas de prescripteur ou est incompatible avec la qualification du prescripteur, les majorations demandées sont incompatibles avec la nature de la prescription,
- les actes CCAM : les associations d'actes CCAM ne sont pas permises au cours d'une même séance...

[319] Le motif des rejets figure sous forme de code pour chaque facture rejetée. Les établissements de santé et les éditeurs de logiciel ne disposent pas du/des dictionnaires complets des anomalies et rejets qui ne sont pas publics¹⁰⁹. L'usage de ce dictionnaire n'apparaît par ailleurs pas aisé pour les contrôleurs des CPAM eux-mêmes : l'Audit Général de la CNAMTS, précédemment cité notait ainsi en 2007 « *Il n'existe aucun document de référence actualisé indiquant aux Caisses les modalités de traitement des signalements (ni des rejets). Le dictionnaire des anomalies IRIS est en effet un document recensant et décrivant de façon technique les contrôles IRIS* ».

[320] Au regard de cette complexité, il convient de relever l'initiative bienvenue de la CNAMTS et de la MSA, qui ont construit avec l'aide de la MeAH un thésaurus des principaux motifs de rejet et des conduites à tenir concernant les règles de facturation et l'explicitation des principaux motifs de rejet¹¹⁰. Ce guide destiné aux établissements, est aujourd'hui en ligne sur le site de la MeAH.

[321] Les caisses gestionnaires communiquent aux établissements de santé l'évolution de leur taux de rejets et les incitent à mettre en place des actions de correction systémiques. Cette démarche d'accompagnement semble inégalement portée selon les caisses gestionnaires.

[322] Si les grands motifs de rejets se recoupent entre les différents régimes d'assurance maladie obligatoire, les thésaurus n'en sont pas pour autant complètement superposables¹¹¹. Les établissements de santé privés ont dû investir fortement dans la formation de leur personnel pour comprendre les intitulés des motifs. La liste des rejets nationale est complétée localement par chaque caisse CPAM : il n'y a pas de base unique de rejet. Les autres régimes MSA et RSI ont également d'autres critères. Il y aurait vraiment nécessité d'après les établissements, d'avoir un thésaurus commun, dans l'esprit de l'interlocuteur unique qu'est la CCDP.

[323] Le dispositif de caisse liquidatrice le plus abouti et fonctionnel semble être aujourd'hui celui du Régime général ; des problèmes persistent avec la liquidation et le contrôle des autres régimes gestionnaires.

¹⁰⁹ Toutefois, la mission a pu constater que des versions papier circulent

¹¹⁰ MeAH Organisation du processus de facturation hospitalière des établissements de santé Guide de lecture des indicateurs de rejet de facturation CNAMTS et MSA

¹¹¹ Le guide de lecture de la MeAH propose ainsi une table de correspondance entre certains codes de rejet de la CNAMTS et ceux de la MSA.

- [324] Dans leur fonction de CCDP, des établissements privés ont signalé qu'il peut y avoir des modes opératoires divergents des différentes CCDP : par exemple, certaines acceptent de relayer les rejets avec les caisses gestionnaires, d'autres renvoient directement vers elles. En pratique, la coordination inter-régime de la définition et du traitement des rejets semble insuffisante.
- [325] Mis à part les cas de fraude ou de divergence d'interprétation entre les établissements de santé et l'assurance maladie obligatoire – comme cela a été observé sur la question des actes frontières - l'intérêt bien compris des acteurs de la chaîne de facturation est de limiter au maximum les risques de rejets par l'assurance maladie obligatoire, qui alourdissent la chaîne de traitement en nécessitant dans un nombre élevé de cas, le re-traitement manuel des factures rejetées.
- [326] La mission relève qu'une bonne partie des rejets pourrait probablement être évitée si la qualité initiale de préparation de la facturation, intégrait davantage les points de contrôle réalisés par les caisses gestionnaires, notamment sur tous les contrôles relatifs à l'ouverture des droits.

2.7. La complexité des règles de contrôle a priori et l'inégale maîtrise de différents régimes sur leur liquidation pèsent sur les délais de paiement final

- [327] Dans le modèle de caisse centralisatrice des paiements en vigueur depuis 2005 pour les établissements de santé ex OQN, la CCDP avance 85% de la facture dès sa réception et le solde des 15% est réglé après l'accord de liquidation émis par la caisse gestionnaire du régime dont dépend le bénéficiaire des soins.
- [328] Le délai moyen est de 11,58 jours. Il s'agit du délai moyen (en jours calendaires) séparant la réception de la facture par la CCDP de son paiement. Il comprend le délai de paiement de l'acompte et le délai de liquidation et de paiement de la facture. Le premier est de 4 jours quel que soit le régime. Le deuxième se définit comme le délai séparant la réception de la facture et le paiement du solde. Il est variable selon le régime : le tableau ci-joint indique le délai moyen de liquidation et le poids de chaque régime.
- [329] Le délai de paiement du solde est étroitement dépendant de la capacité de traitement de la caisse gestionnaire. Toute complexification du processus de contrôle *a priori* est susceptible de peser sur ce délai, ce motif n'étant pas toutefois pas la seule raison des différences des délais de paiement observés qui vont de 10 jours pour le régime général à 24 jours pour le régime des Mines. Il convient toutefois de rappeler que la variation principale de ce délai ne porte que sur les 15% des montants intervenant après liquidation. Le délai moyen de paiement pondéré s'établit donc à 5,14 jours¹¹². Le tableau suivant détaille la dispersion des délais de paiement entre les différents régimes en 2008.

¹¹² délai moyen de paiement pondéré s'établit donc à $(0,85*4)+(0,15*11,58) = 5,14$ jours

Tableau 5 : Délais de paiement des principaux régimes d'assurance maladie obligatoire au second semestre de 2007 concernant les établissements de santé ex DG

	1	2	CCDP
REGIMES	DELAI MOYEN	Versements 2007	Structure
	2nd Semestre	CCDP	Versements
REGIME GENERAL	10,05	7 240 025 069,81	75,35%
MGEN	12,54	349 476 064,75	3,64%
MG	21,61	133 528 065,82	1,39%
MGP	9,29	38 102 530,51	0,40%
MFP	9,69	229 174 425,20	2,39%
MNH	14,91	34 944 307,93	0,36%
MNAM	11,18	15 065 729,81	0,16%
MSA	17,28	676 756 532,35	7,04%
R.S.I	18,53	524 261 991,34	5,46%
SNCF	19,91	108 501 754,20	1,13%
RATP	24,63	16 900 539,98	0,18%
ENIM	16,08	26 026 495,08	0,27%
MINES	23,08	63 374 066,91	0,66%
CNMSS	14,07	112 003 499,10	1,17%
BANQUE DE France	12,31	8 692 328,49	0,09%
CRPCEN	13,83	16 184 785,95	0,17%
CCIP	14,4	1 395 237,19	0,01%
ASSEMBLEE NATIONALE	15,96	1 455 890,37	0,02%
SENAT	14,55	834 088,30	0,01%
Port Autonome de Bordeaux	11,82	84 300,54	0,00%
CAVIMAC	13,45	11 847 041,97	0,12%
	11,58	9 608 634 745,60	100,00%

Nombre de jours calculé après pondération/versements (structure CCDP)

Source : CNAMTS

[330] Toute complexification des règles de contrôle est susceptible de peser sur les délais, qui vont se traduire en gestion par une augmentation du besoin en fond de roulement des établissements.

3. LES PROCEDURES DE CONTROLE SUR LES ETABLISSEMENTS DE SANTE EX DG

3.1. Rappel sur volumétrie des établissements de santé ex DG

- [331] L'ATIH estime à environ 14,5 millions, le nombre de séjours dans les établissements de santé ex DG soumis à la T2A et à 50 millions le nombre d'actes et consultations externes (consultations d'urgences incluses) réalisés en 2007.

Tableau 6 : Estimation des volumes de séjours et d'ACE dans les établissements de santé ex DG en 2007

Séjours	ACE redressés*	TOTAL
14 567 000	50 146 800	64 713 800

Source : ATIH, extrapolation annuelle sur Données novembre 2007, FICHIERS : séjours publics RSA, séjours privés RSFA-A, séjour, Actes et consultations externes publics : RAFAEL A.. * Un redressement de 10% est réalisé pour tenir compte de la sous-déclaration

3.2. La double chaîne de valorisation (PMSI) et facturation (flux B2) mobilise quatre acteurs potentiels : l'ATIH, l'ARH, la caisse gestionnaire et le comptable public

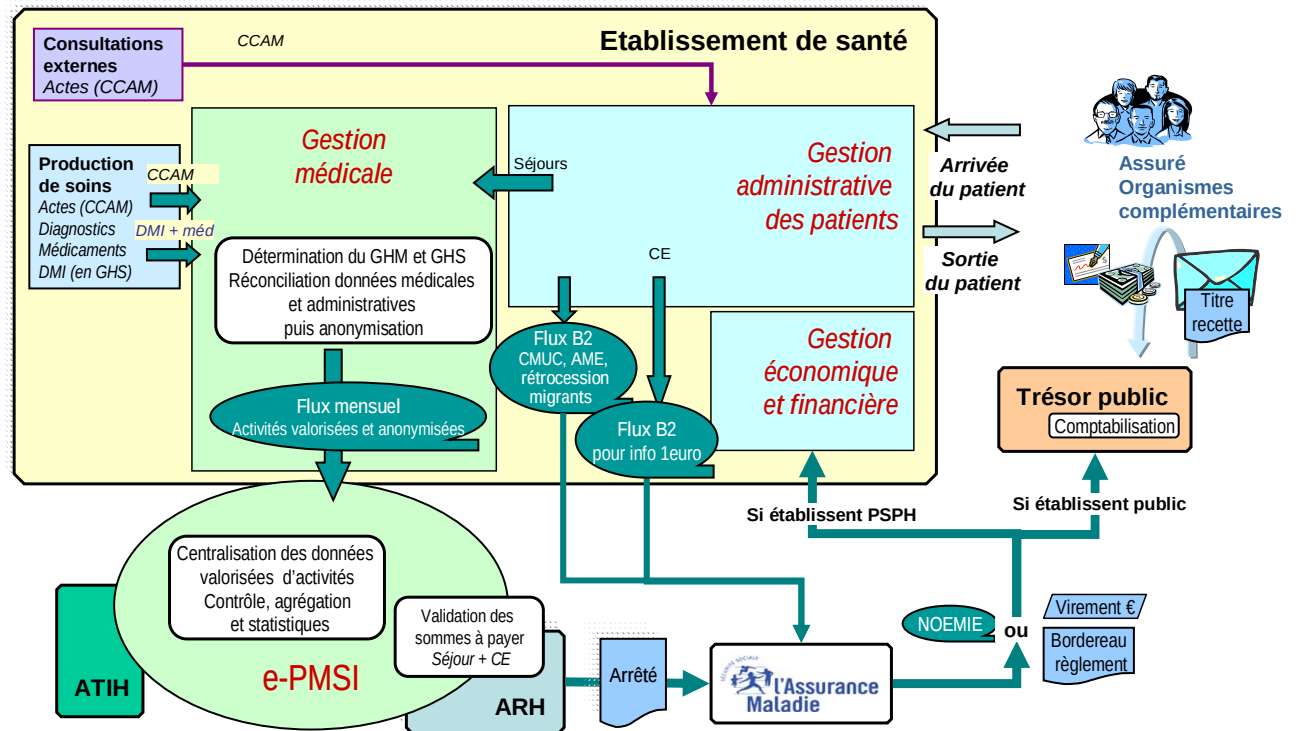
- [332] Aujourd'hui les établissements de santé ne facturent pas leurs séjours à l'ATIH. Ils ne font que transmettre les données d'activité que l'ATIH contrôle. L'ATIH valorise cette activité, via l'applicatif MAT2A, qu'elle soumet mensuellement pour validation à l'ARH. Après contrôle, l'ARH fixe l'arrêté mensuel qu'elle transmet à la caisse pivot de l'assurance maladie obligatoire, dont dépend l'établissement¹¹³. Tous ces flux sont télétransmis à l'ATIH depuis 2003, via une plateforme dédiée : E.pmsi. Cette chaîne de facturation agrège donc les déclarations individuelles en sommant leur montant dans un arrêté mensuel unique par établissement.
- [333] Il n'y a toujours qu'une seule chaîne de facturation individuelle « au fil de l'eau » à destination de l'assurance maladie obligatoire, dans les établissements de santé ex DG : celle, historique basée sur le prix de journée qui concernant les AME et CMUc principalement¹¹⁴. La mission estime que ces flux représentent environ 10% du flux potentiel de facturation, soit 6,5 millions de factures. Ces flux sont aujourd'hui en phase de basculement d'une transmission papier à une télétransmission sous la norme B2/NOEMIE sécurisée¹¹⁵.
- [334] Pour mémoire, les établissements de santé facturent également à deux autres acteurs : les organismes d'assurance maladie complémentaire et les particuliers. Une partie des flux destinés aux premiers sont télétransmis, dans un format NOEMIE spécifique.
- [335] Le schéma suivant détaille les deux voies actuelles de construction des recettes prises en charge par l'AMO, des établissements de santé ex DG : la filière mensualisée « ATIH-ARH » et la filière en facturation directe B2/NOEMIE.

¹¹³ Ce sont des recettes de titre 1.

¹¹⁴ Ce sont des recettes de titre 2.

¹¹⁵ cf. Annexes 1 et 4

Schéma 2 : Vision macroscopique des flux T2A selon un axe fonctionnel



Source : ATIH-MAINH Guide de lecture des tableaux de bord MAT2A-STC V2

[336] Ces deux filières ont développé deux filières de contrôle externes distinctes qui surviennent toutes deux avant la valorisation (ATIH et ARH) ou la liquidation (B2/NOEMIE). Le contrôle de ce dernier mode se rapproche qualitativement beaucoup de celui des cliniques et préfigure pour partie le contrôle de facturation directe qui pourrait prévaloir sur l'ensemble du périmètre à terme.

3.3. La chaîne de contrôle de la filière ATIH-ARH

3.3.1. Le contrôle *a priori* de l'ATIH qui répond initialement à une logique de conformité aux règles de construction du PMSI, s'est enrichi au-delà des séjours, de contrôles sur les règles T2A

[337] La tarification à l'activité est basée sur le paiement de forfaits GHS et de suppléments et sur la valorisation de l'activité d'actes et de consultations externes.

[338] Dans la chaîne de facturation, le contrôle des données administratives qui sont chaînées avec les données médicales, repose sur un applicatif fourni par l'ATIH : le module d'anonymisation des informations de chaînage (MAGIC). La suppression du taux de conversion a conduit les établissements de santé à transmettre des éléments utilisables pour une « vraie » liquidation, comme l'existence de droits ouverts. **Mais aucun contrôle de cohérence entre ces éléments et les bases de l'assurance maladie obligatoire n'est réalisé par l'ATIH.**

- [339] Les GHS sont construits par un programme informatique – GENRSA- diffusé par l'ATIH, qui regroupe les séjours dans des groupes homogènes de malades (GHM) qui seront valorisés ensuite en GHS. Au fichier des GHS est adjoint un fichier complémentaire (FICHCOMP) relatif à la consommation des médicaments et des dispositifs médicaux implantables (DMI) remboursés en sus des GHS. Les établissements de santé ex DG ont intégré directement le moteur de groupage fourni par l'ATIH. Il n'existe en principe pas de divergence possible sur la qualité de production du GHS dans ce secteur, contrairement aux doutes pesant sur le secteur privé exposés plus haut.
- [340] La valorisation des actes et consultations externes (ACE) suit un contrôle de cohérence et validation similaire à celui des GHS via un autre applicatif de l'ATIH : PREFACE. Enfin le module FICHSUP contrôle et valide des activités non intégrées : les activités d'urgences, les forfaits de petit matériel et les IVG.
- [341] L'ensemble de ces fichiers sont transmis à l'ATIH via la plateforme e.pmsi. Plusieurs envois successifs sont possibles (en cas de difficultés), et permettent d'effectuer une première série de corrections sur les données envoyées, via notamment l'analyse des journaux d'erreurs générés par l'application MAT2A. Les retours MAT2A sont en effet immédiats et pilotés par l'établissement de santé au moment de son envoi, ce qui lui permet d'identifier rapidement une partie des erreurs de transmission. Chaque envoi mensuel peut également permettre de compléter ou de corriger les données des mois précédents avec l'accord de l'ARH, car les données cumulées envoyées remplacent les précédents envois.
- [342] Ainsi, la « liquidation mensuelle » par les ARH s'appuie depuis le 1^{er} juillet 2008 sur tous les éléments fondamentaux nécessaires à une facturation individuelle tant pour le GHS, les forfaits (SE, ATU) que les actes et examens externes. Quelles que soient les solutions logicielles des établissements de santé, tout converge vers le fichier VIDHOSP, développé pour nourrir l'application MAT2A. A ce stade, l'établissement doit valider les tableaux mis à disposition par MAT2A, avant que ceux-ci ne soient transmis à l'ARH. Après validation par l'établissement, l'ARH accède aux données au travers des tableaux E-PMSI, et dispose également de 15 jours pour les valider et prendre l'arrêté de versement. Ce dernier déclenche le paiement par la caisse pivot des sommes dues à l'établissement.
- 3.3.1.1. Les signalements et rejets issus des contrôles a priori de l'ATIH sont limités
- [343] La facturation est donc construite sur une série d'applicatifs intégrant directement les process de contrôle du contrôleur externe ; pour ces raisons, le taux de rejet après contrôle des bases reçues par l'ATIH est inférieur à 4% des RSA. Les principaux motifs de rejet et leur fréquence sont rassemblés dans le tableau suivant.

Tableau 7 : Rejets des séjours par ATIH en 2007

RSA Rejetés par l'ATIH		
RSA en CMD 09	5 614	0,04%
RSA prestation inter-établissement	12 481	0,08%
RSA en GHS 9999 (IVG, chirurgie esthétique, dialyse péritonéale)	190 792	1,23%
RSA transmis avec problème de chaînage	14 719	0,09%
RSA avec problème de codage des variables bloquantes*	30 916	0,20%
RSA en attente de décision sur les droits du patient	35 059	0,23%
RSA non facturables à l'assurance maladie obligatoire (AME, CMUC..)	307 932	1,98%
Total RSA non facturés		3,84%
Nombre de RSA transmis	15 553 632	100,00%
RSA Facturés	14 956 119	96,16%

Source : ATIH, Base 2007 ; * (*) code justification d'exonération du ticket modérateur, code de prise en charge du forfait journalier, nature d'assurance, séjour facturable

3.3.2. Le second niveau de contrôle des ARH semble plutôt conduire à des redressements pour exhaustivité insuffisante.

[344] Le contrôle des ARH semble aujourd'hui plutôt conduire à des augmentations que des réductions des ressources des établissements de santé.

[345] La tarification des arrêtés mensuels repose sur les ARH. Un second niveau de contrôle est prévu actuellement par la réglementation. Ce rôle est confié aux DRASS ou aux CRAM. Les contrôles sont construits sur l'analyse des tableaux MAT2A produits par l'ATIH. Il n'existe pas d'instruction nationale pour ce contrôle et les pratiques apparaissent ici aussi hétérogènes d'une DRASS à l'autre, les CRAM semblant disposer de procédures plus homogènes. L'enquête récente de la mission d'appui, d'évaluation et de contrôle (MAEC) sur les processus de facturation et de recouvrement des hôpitaux¹¹⁶, relève qu'il n'existe pas de bilan consolidé de l'impact de ces contrôles sur les ressources des établissements de santé. Une sous-déclaration d'activité, tendance principale observée sur quelques établissements de santé, conduit à des redressements pour cause de sous-facturation. Cette logique est bien évidemment inverse de celle qui prévaut dans le champ des établissements de santé privés où les caisses gestionnaires ne cherchent et ne corrigent que les sur-facturations.

[346] Pas plus que pour les établissements de santé ex OQN, il n'existe dans les programmes de contrôle de l'ATIH, une fonction de contrôle des autorisations données par les ARH. Un établissement peut donc déclarer (et être réglé) pour des séjours de néo-natalogie quand bien même il ne dispose pas d'autorisation d'activité correspondante. Cette vérification est laissée à la diligence du contrôle de l'ARH à partir des tableaux de synthèse MAT2A qu'il exploite. Il semblerait plus simple d'automatiser dès aujourd'hui le blocage de ces séjours et de les rendre non valorisables dans le fichier transmis par les établissements de santé à l'ATIH.

¹¹⁶ Rapport d'audit 2007-29 sur la facturation et le recouvrement des produits hospitaliers DGFIP/ MAEC 28/01/2008

3.3.3. Un troisième niveau de contrôle des factures appartient pour les établissements de santé publics ex DG, au comptable public

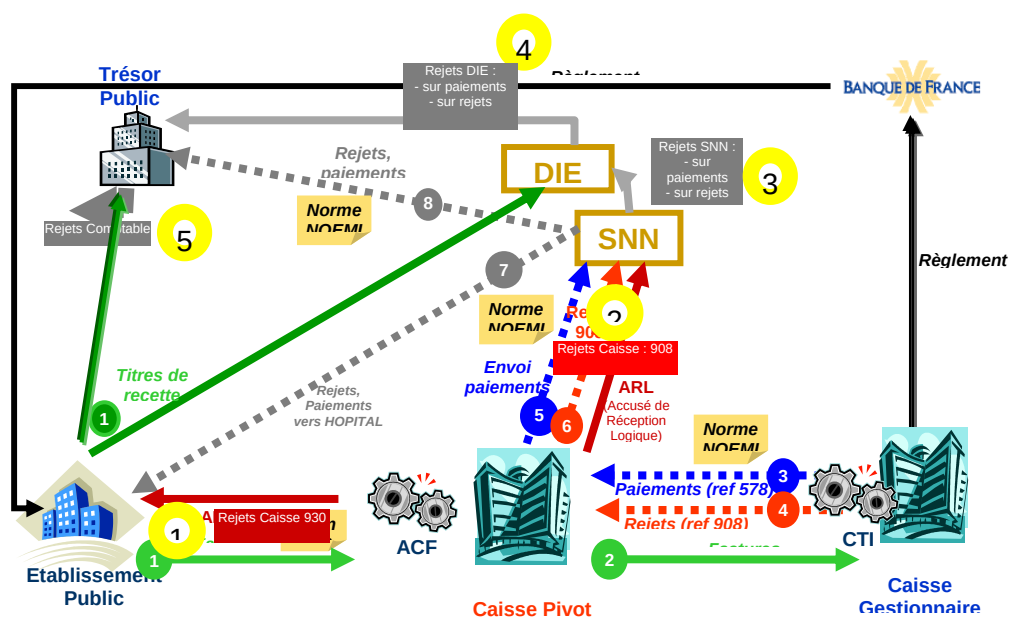
[347] Ce contrôle apparaît très formel et limité, s'agissant ici du contrôle de régularité des arrêtés mensuels des ARH. En tout état de cause, ces contrôles ne portent que sur la facture mensuelle agrégée.

3.4. La filière de facturation B2/NOEMIE comporte une chaîne de contrôle identique à celle décrite pour les cliniques à laquelle s'ajoute pour les établissements de santé publics, les contrôles du comptable public

[348] Environ 10% des flux, sont d'ores et déjà transmis sous forme de facture individuelle à l'assurance maladie obligatoire. Une part est aujourd'hui télétransmise et le reste transite encore sous format papier. Mais la rapide montée en charge de la télétransmission en norme B2 sécurisée observée en 2008, devrait changer cette situation. Bien qu'intervenant sur un périmètre encore limité, il a paru nécessaire de s'appuyer sur un bilan de ce dispositif, à partir des premiers exemples en capacité à le faire fonctionner.

[349] Le schéma suivant décrit la chaîne de traitement et contrôle actuel des factures dans cette filière B2/NOEMIE, fait apparaître les nouvelles sources de rejets liées à l'intervention du comptable public.

Schéma 3 : Principaux points de rejets sur la chaîne de facturation recouvrement des factures



Source : ARHIF/ATOS consulting Groupe de travail sur les Rejets mars 2008

[350] Ces sources de rejets s'ajoutent. Par ailleurs la chaîne de traitement est gérée en série : une facture rejetée par le contrôle de l'assurance maladie recyclée ou ré-émise par l'établissement de santé après correction, peut très bien venir buter sur un rejet du comptable public. Il convient donc de sommer les taux de rejets. A titre d'exemple les taux de rejets actuels du CHU de Bordeaux par les organismes d'assurance maladie obligatoire, sur la norme B2 2003 sont autour de :

- 13% en rejet primaire CHU¹¹⁷ (exonération TM absente de BDD, erreur DDN, pas d'affiliation à AMO, incertitudes d'état civil¹¹⁸...) sur 50 000 factures/an déjà télétransmises ;
- Et 5% en sus pour rejet de paiement chez le comptable (à cause de changements de régime en cours, et pour cause de liquidation à 0€ c'est-à-dire lorsque la caisse gestionnaire ne paye rien et liquide à 0 €).

3.4.1. La logique des contrôles des flux télétransmis directement aux caisses gestionnaires est superposable à celle existant pour les établissements de santé privés ; les taux de rejets sont deux à trois fois supérieurs.

[351] Les objectifs du programme socle des CPAM¹¹⁹ pour les taux de rejet IRIS sont fixés à moins de 2,5 sur la totalité des flux télétransmis ou pas en 2008. Le taux de rejet est, pour les établissements de santé publics les plus performants, qui télétransmettent déjà en flux B2 sécurisé, de l'ordre de 7 à 10% après recyclage par les facturiers des caisses¹²⁰, mais peut s'élever à 15-20% certains mois, voire beaucoup plus en phase de démarrage (des taux supérieurs à 50% ont été observés¹²¹)

[352] Les motifs de rejets sont superposables à ceux décrits pour les établissements de santé privés. La part des rejets liés à l'absence d'assuré ou de bénéficiaire de la base de données opérationnelle de la CPAM (BDO) peut représenter entre 25 et 50% des motifs de rejets.

¹¹⁷ Soit 12000 rejets par mois qui consomment 6 ETP soit 1 ETP/2000 rejets

¹¹⁸ 1 carte vitale sur 20 présente des différences d'état civil avec les données connues du CHU

¹¹⁹ Plan de maîtrise socle (PMS) des flux B2. Version Mars 2007. Ces objectifs déclinent les objectifs de la convention d'objectifs et de gestion de la CNAMTS

¹²⁰ Ce recyclage peut concerner de 30 à 40% des flux. Il ne pèse pas sur les établissements de santé mais sur les facturiers des caisses. Il est amené à baisser après la phase de démarrage.

¹²¹ Concernant les seuls flux participation forfaitaire 1€, le premier bilan de la CNAMTS fait état d'un taux de rejet d'environ 40% pour codage initial defectueux. A la date du 19 février : 18 537 613 factures avaient été reçues pour les trois années de stocks (2005-2007) et quelques factures 2008 ; 5 083 036 factures avaient été traitées dans les chaînes.

Tableau 8 : Principaux motifs de rejets dans requête CNAMTS sur 4 établissements de santé d'Ile de France participant au groupe de travail ARHIF

SYNTHESE des Résultats de la requête bimestrielle de la CNAMTS, lancée pour les quatre établissements ciblés - Mandatement du 01/01/2007 au 30/11/200					
		Etablissement N° 92000057 7	Etablissement N° 92000065 0	Etablissement N° 92010003 9	Etablissement N° 92010004 7
Nombre de factures		18297	5999	5712	12272
Nombre de rejets		1832	516	678	1348
% de rejets		9,1%	7,9%	10,6%	9,9%
170050	ASSURE NON GERE PAR LA CAISSE	4,8%	2,8%	12,0%	14,3%
250001	MATRICULE DE L'ASSURE ABSENT		4,5%		
250003	MATRICULE DE L'ASSURE INCORRECT		4,5%		
250004	CLE DU MATRICULE ABSENTE		4,5%		
250050	ASSURE ABSENT DE LA BDO	7,7%	4,5%	9,7%	11,3%
270051	BENEFICIAIRE INCONNU DANS LA BDO	17,2%	18,6%	44,8%	33,4%
270052	BENEF INCONNU (EXISTE JOUR = 01)			1,0%	
317051	INCOMPATIBILITE ASU-NAT / REGIME	5,7%	4,3%	2,6%	5,4%
317053	REGIME MIG OU AME OBLIGATOIRE				1,0%
450054	ETM NON TROUVEE EN BDO		1,9%	2,0%	6,3%
450056	ETM CONNUE BDO NON TRANSMISE	1,2%	7,8%	1,3%	1,4%
450082	ETM MAT EN BDO MAIS NON TRANSMISE	6,3%			
450082	ETM MAT EN BDO MAIS NON TRANSMISE		3,4%	9,3%	10,5%
480052	ABSENCE ORG.COMPL.BDO ASSURE	1,2%	1,9%		
540004	INCOMP. NATURE PREST./NAT. ASSU.	1,9%	4,5%		
540030	NATURE DE PRESTATION ERRONEE	1,6%			
540060	INCOMP. NAT. PREST./PRESCRIPTEUR	12,9%			
540064	INCOMP. NAT. PREST. SPE.EXECUTANT	32,1%	14,5%		
560059	PRESENCE OBLIGATOIRE CODAGE LPP			5,7%	1,5%
565002	CODE FORFAIT ERRENE		1,8%		
566054	PAS DE CMU-C NI AME-C POUR ASSURE	0,6%		0,4%	
592050	DISCIPLINE/MDT INCONNUS DANS BDO			0,9%	
600050	DATE DEB.PREST. ANTER. A 2A + 3M	0,6%			2,5%
600051	DATE PRESTATION > DATE DECES				0,5%
650050	CHEVAUCHEMENT CHANGEMENT TARIF			0,7%	
700060	ECART TAUX DEMANDE / TAUX CALCULE	0,6%			
740050	INCOMP. SPECIALITE EXEC. / BDO				2,0%
1210051	INCOMP. FORFAITS TRANSMIS/CALCULE				0,5%
1545053	VERIF CRITERE SELECTIF MODE REJET	0,6%		1,7%	3,7%
2200200	TRAITEMENT EN COURS SUR PREST.			0,6%	
3000510	NOMBRE MAXI CODE DETAIL MEME EXEC			4,0%	1,9%
9064032	TOT. REMB. CAISSE SEJOUR ERRENE		1,8%		
	AUTRES	5%	18,6%	3,2%	3,9%

Les rejets liés à l'absence d'assuré ou de bénéficiaire BDO représentent entre 25 % et 45 %.

Source : ARHIF/ATOS consulting Groupe de travail sur les Rejets mars 2008

[353] Les établissements les plus avancés et certains éditeurs ont mis en place des dispositifs spécifiques de traitement des rejets. La mission a notamment observé l'outil développé par le centre hospitalier DELAFONTAINE à Saint-Denis (93). Cet établissement qui télétransmet depuis 2003, a obtenu dès 2004 d'avoir accès aux retours sur ses « rejets NOEMIE ». Il a développé un outil de suivi des factures/titres et de la qualité des flux sous ACCES¹²².

[354] L'établissement signale que de nombreuses difficultés nécessitent encore d'être réglées :

- les statistiques envoyées sur les rejets sont contestées ;
- la nature des rejets reste parfois obscure malgré l'existence du volumineux dictionnaire des anomalies ;

¹²² Cet outil permet le Suivi des lots, des factures B2 : Réponse CPAM (paiement/rejet) et Réponse comptable public (recouvrement - HREREC), fait le lien avec le logiciel de facturation de l'établissement (aide au traitement des rejets et suivi des titres), établit la liste des rejets (578)/paiements(908) inexploitable et suit les Titres (HTITRE). L'établissement souhaite se rapprocher d'un éditeur de logiciel pour le développer sous un système professionnel (il utilise actuellement le logiciel bureautique ACCES) afin d'en faciliter la diffusion et la maintenance.

- un manque d'exhaustivité sur les retours NOEMIE il existe des factures classées en « non rejet » et « non accord »

[355] Plusieurs explications concourent à la fixation de prévision de taux de rejet dans les établissements de santé ex DG au moins double de celle des cliniques :

1. L'absence de culture de la facturation aux organismes d'assurance maladie obligatoire jusqu'à une date récente et la dissociation médicale et administrative des systèmes d'information hospitaliers. Si le changement de culture en cours au niveau médical est bien engagé, le personnel des admissions ne maîtrise qu'imparfaitement le niveau d'expertise requis aujourd'hui alors même que sa compétence conditionne les recettes de l'établissement ;
2. La facturation hospitalière est dépendante des outils informatiques mis à sa disposition ;
3. La dispersion des séjours, plus de deux fois plus importante dans le public que dans le privé, accroît le risque de rejet en raison d'une complexité accrue du codage. A l'inverse la concentration est source de simplification du codage : la mission a relevé le cas d'un établissement privé dont l'activité était très spécialisée et donc homogène (en cardiologie) : son taux de rejet était de 1,68%. Les séjours des établissements de santé publics sont dispersés sur davantage de GHM que ceux du privé. Le nombre total de groupes homogènes de malades (GHM) nécessaires pour décrire l'ensemble des séjours est plus faible : pour 75% des cliniques, de moins de 400 GHM, suffisent à décrire l'activité alors que 576 GHM sont nécessaires pour les établissements du secteur ex DG ; mais le principal de l'activité (80% des séjours) de ces établissements ex OQN est concentré sur 52 GHM contre 124 pour les ex DG.

3.4.2. Mais l'adjonction d'un quatrième niveau de contrôle dans la chaîne comptable publique ajoute à la complexité et à la probabilité de rejets supplémentaires

[356] Les anomalies affectant la chaîne de facturation ne se traduisent pas seulement par des rejets par les caisses. Il existe en effet trois autres niveaux de rejets liés à l'obligation d'utiliser les services du comptable public pour les établissements de santé publics ex DG¹²³ : le Serveur National NOEMIE (SNN), le département informatique d'exploitation (DIE) et le comptable lui-même. La pièce jointe n°5.4 détaille cette chaîne de traitement¹²⁴.

[357] Les paramètres de contrôle introduits dans la chaîne de paiement du comptable public, peuvent conduire à rejeter le paiement de la facture, notamment lorsque le comptable n'arrive pas à appairer le paiement reçu de la caisse gestionnaire, du titre de recette émis par l'établissement de santé. Ce n'est que très récemment que les acteurs ont cherché à construire des guides sur le traitement des principales causes de rejet générés par les applicatifs du réseau comptable. L'ARH Ile-de-France a recensé ainsi une dizaine d'anomalies principales, dont sept sont bloquantes.

¹²³ Les établissements de santé privés ex DG (dits participants au service public) n'ont pas cette obligation et ne sont donc pas concernés par ce développement

¹²⁴ Elle est issue du remarquable travail réalisé par l'ARH d'Ile-de-France : ARHIF La télétransmission en pratique. Fiches pratiques pour mieux comprendre les flux B2/ NOEMIE et pour organiser le suivi des factures (paiements et rejets). Pour les établissements publics et les établissements privés participant au service public hospitalier. EN partenariat avec ATOS Consulting. 2008.

- [358] Il existe dans le Système national NOEMIE (SNN) développé par la DGFIP, un suivi des motifs de rejets comptables (principalement sur des problèmes d'appariement des titres comptables). Dans l'applicatif HELIOS en cours de déploiement pour remplacer les applicatifs HTR et CLARA¹²⁵, les flux retour NOEMIE permettent l'enregistrement informatique de tous les encaissements (émargement automatique des retours); les rejets sont pris en compte automatiquement.
- [359] Les taux de rejets actuels générés dans la chaîne de traitement comptable sont supérieurs à 10% en 2007 et 2008. Ils peuvent dépasser les 20% certains mois.
- [360] Pour tout rejet le service du comptable public doit contrôler les codes suspensifs apposés automatiquement par HTR sur les titres affectés par les rejets ou les porter lui-même manuellement en l'absence de flux B2, suivre les annulations attendues et prendre en charge les titres d'annulation avant d'enregistrer le nouveau titre émis par l'établissement. Cette charge est potentiellement lourde. Le CHU de Bordeaux témoigne de l'inquiétude de ces comptables quant aux taux aujourd'hui observés : 5% d'échec sur 1 millions de titres attendus sur le CHU de Bordeaux (séjours et actes externes). « *La réorganisation des services des comptables publics s'accompagne d'une réduction de leurs effectifs et ils craignent de ne pas pouvoir traiter, si les taux de rejets à terme sont supérieurs à 1% de rejets* ».
- [361] La DGFIP n'a quant à elle, pas validé quel taux de rejet minimum elle serait capable de gérer à terme.

4. SYNTHESE

- [362] Le dispositif de contrôle ne peut pleinement jouer son rôle qu'à partir de transmissions électroniques des factures par les établissements de santé. La télétransmission est un préalable non atteint à ce jour.
- [363] Il existe deux filières de contrôle distinctes, en regard des deux filières de facturation principales et d'une filière aujourd'hui encore « accessoire » :
- la facturation agrégée mensuelle des établissements de santé ex DG repose sur un noyau historique médical : le programme médicalisé du système d'information (PMSI) ; ce système d'information médicalisé a dû s'enrichir, avec la T2A, de données médico-économiques (relatives aux GHS et à la valorisation des actes CCAM) et se rapprocher des systèmes d'information liés à la facturation. Ce faisant, poussé par le passage au financement 100% T2A et par la suppression du taux de conversion, il s'est progressivement rapproché d'un modèle de « quasi facturation individuelle ». Le contrôle de ce modèle agrégé repose sur l'ATIH, l'ARH et pour les établissements publics, le comptable. Ce dernier n'est pas potentiellement bloquant dans ce cas de figure. Les taux de rejets sont inférieurs à 4%.
 - La facturation individuelle directe « au fil de l'eau » repose sur un noyau historique de liquidation administrative géré par les caisses d'assurance maladie obligatoire ; ce modèle a dû s'enrichir avec la T2A d'informations médico-économiques apportées par les GHS et les actes CCAM. Il concerne principalement les établissements de santé ex OQN qui l'utilisent depuis mars 2005. Son contrôle repose sur les caisses gestionnaires. Les taux de rejets sont compris entre 5 et 6%.

¹²⁵ HTR a été déployé dans les gros établissements de santé (450) et CLARA dans les petits (550) . Il s'agit ici d'établissements de santé couvrant ou pas toutes les disciplines (médecine, chirurgie, obstétrique, soins de suites, long séjours) donc de périmètre que les seuls établissements MCO intéressés par la T2A.

- Les établissements de santé ex DG, transmettent, voire télétransmettent, moins de 10% de leurs factures à l'assurance maladie obligatoire ; les contrôles sont exercés par les caisses gestionnaires et les comptables publics, pour les établissements publics. Ce cas de figure est aujourd'hui encore peu développé compte tenu du retard de la capacité à télétransmettre et concerne environ 50% des flux potentiels. Le taux de rejet est, pour les établissements de santé publics les plus performants, qui télétransmettent déjà en flux B2 sécurisé, de l'ordre de 7 à 10% après recyclage par les facturiers des caisses, mais peut s'élever à 15-20% certains mois, voire beaucoup plus en phase de démarrage.
- Les contrôles du comptable peuvent générer également des rejets qui s'ajoutent aux précédents. Les taux de rejets sont compris entre 8% en 2007 et 17% sur les 9 premiers mois de 2008 avec des fluctuations dépassant les 50% certains mois.

[364] Ce dernier modèle préfigure en partie le modèle cible attendu d'une généralisation de la facturation à l'ensemble des séjours et actes externes des établissements de santé ex DG. Le traitement des rejets observés aujourd'hui apparaît impossible à gérer en cas d'accroissement d'un facteur 10 du nombre de factures à traiter, qui ferait passer de 6,5 millions (filiale accessoire actuelle) à 65 millions de factures (filiale accessoire et principale des établissements de santé ex DG).

[365] La majorité des tests aujourd'hui réalisés, tant dans les cliniques que dans les établissements de santé ex DG qui télétransmettent, portent sur des procédures de contrôle de régularité du paiement. L'individualisation des factures permet d'automatiser les procédures de contrôle et de renforcer la garantie d'un paiement à bons droits. Elle répond en cela aux missions de base des assureurs et il est légitime que ceux-ci souhaitent l'exercer sur l'ensemble de leurs remboursements.

[366] Les contrôles de l'ATIH pour les établissements de santé ex DG, portent principalement sur la structure des fichiers transmis et sur la conformité aux règles de construction et de valorisation des RSA et des actes. Il n'y a pas dans cet espace, de contrôle vrai de l'ouverture des droits par l'assureur, principale cause de rejet observée ailleurs. Une part essentielle des contrôles repose sur les applicatifs fournis par l'ATIH, qui sont en quelque sorte internalisés dans le système d'information des établissements de santé. Un contrôle des règles de facturation autres que médicales (droits, exonération du ticket modérateur ...) n'est pas recroisé avec les bases de données assurance maladie obligatoire comme cela est le cas pour les établissements ex OQN.

[367] Inversement, le contrôle des règles de groupage conduisant à un GHS n'est pas satisfaisant aujourd'hui concernant les cliniques.

[368] **Il existe plusieurs pistes pour progresser**

- *Mesurer précisément le coût de gestion des rejets sur l'ensemble des acteurs hospitaliers, caisses gestionnaire et comptable public et quel serait le taux de rejet acceptable par l'ensemble des parties*

[369] Les factures contrôlées en anomalie font l'objet d'un recyclage ou retraitement directement par les agents des caisses gestionnaire du réseau CNAMTS. Le taux d'anomalie recyclées ou retraitées n'est pas connu ; il serait nécessaire à l'appréciation du temps-homme mobilisé par cette procédure ne serait-ce que pour pouvoir chiffrer les besoins en phase de démarrage, lorsqu'elle permet de soulager les établissements de santé et évite de bloquer le système.

[370] Il est nécessaire d'estimer, dans l'hypothèse où ces améliorations seront développées efficacement, quels seront les taux de rejet « en régime de croisière » et leur coût de gestion pour chacun des acteurs.

- *Internaliser davantage encore ces contrôles dans les chaînes de production des établissements de santé pour réduire au maximum les taux de rejet des caisses gestionnaires et des comptables publics*

[371] Tous les points de contrôles aujourd'hui réalisés par l'assurance maladie apparaissent internalisables techniquement, à l'exception de l'historique des séjours.

[372] De même, la réduction du risque de non appariement des titres de recettes hospitaliers et des paiements des caisses gestionnaire passe par une internalisation des critères et règles de contrôle du comptable public.

[373] Lorsque les factures sont rejetées, la charge de retraitement s'impute principalement sur les établissements de santé dont l'intérêt bien compris est de générer le moins de rejets possibles. Une bonne partie des rejets pourrait probablement être évitée si la qualité initiale de préparation de la facturation, internalisait les points de contrôle réalisés par les caisses gestionnaires, sur le modèle de ce qui aujourd'hui réalisé pour l'internalisation des contrôles de l'ATIH.

[374] Un des points principaux est la capacité à justifier de l'ouverture des droits. Une voie de progrès serait de pouvoir internaliser le contrôle de l'ouverture de droit de l'assurance maladie obligatoire avant même de produire la facture. La première piste est d'intégrer dans le logiciel de facturation hospitalier une attestation qu'il a bien constaté les droits ouverts à partir de la lecture d'une carte vitale mise à jour ; un second dispositif nécessitant la montée en charge du système « feu vert »/CRD serait de pouvoir obtenir cette attestation directement par interrogation des fichiers de la caisse gestionnaire à la date des soins, afin de la crypter et de l'intégrer directement dans la facture. Le contrôle externe n'aurait plus qu'à vérifier que cette opération a bien été réalisée.

- *Enrichir le contrôle interne et externe afin de renforcer les garanties sur le paiement à bons droits*

[375] Le contrôle de régularité devrait pouvoir encore s'enrichir de contrôles renforcés croisant les prestations remboursées et la totalité des autorisations d'activité délivrées par les ARH dans le SROS 3. Ceci pourrait être implanté dès à présent dans les contrôles réalisés pour les établissements de santé ex OQN par les caisses gestionnaires, et pour les établissements de santé ex DG par l'ATIH.

- *Evaluer l'intérêt du développement de la facturation directe sur l'extension du contrôle préalable*

[376] Au-delà du contrôle de régularité, l'individualisation des factures doit aussi permettre de développer les contrôles contribuant à l'efficience des politiques. Un développement récent sur le contrôle de l'entente préalable sur certains actes est à l'étude. L'impact de sa généralisation devra être évalué.

5. PIECES JOINTES

5.1. Deux exemples d'Applicatifs de contrôle a priori

5.1.1. RSI applicatif TITAM

[377] Les grandes typologies de contrôles mis en oeuvre par le RSI sont les suivantes :

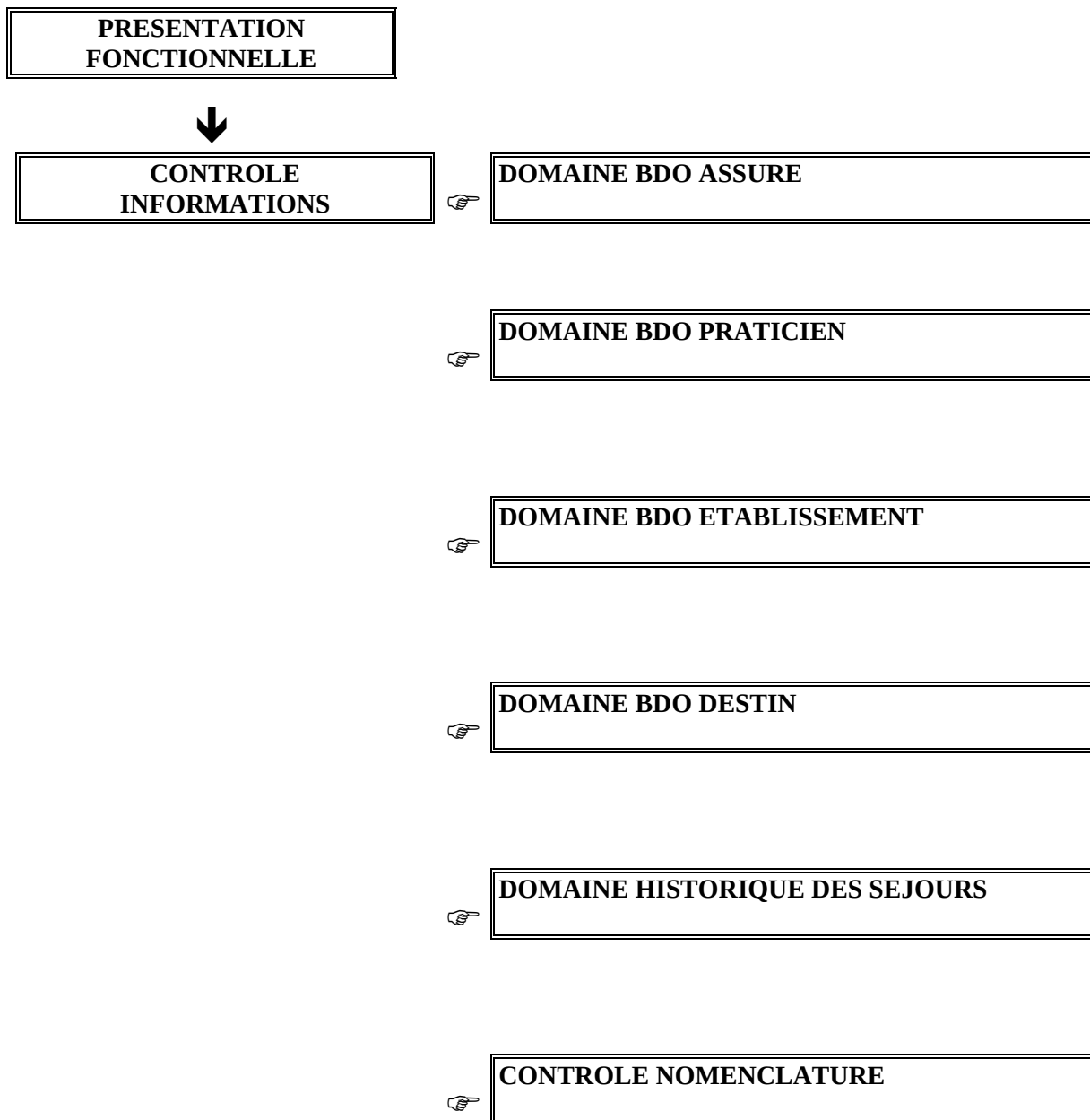
- Contrôles généraux de la ligne de prestation : vérification de la présence et du contenu des données obligatoires sur la ligne de prestation
- Contrôles relatifs au bénéficiaire de prestation : vérification de l'appartenance du bénéficiaire au RSI, de ses caractéristiques (date de naissance, rang gémellaire, etc) de ses droits aux prestations y compris la CMU-C
- Contrôles relatifs à la prestation : vérification de la cohérence des données véhiculées, application franchises / participation financière 1€,
- Contrôles relatifs au prescripteur : la prestation nécessite t'elle une prescription et le cas échéant vérification que le n° d'identification du prescripteur est valide et autorisé à la date de la prescription
- Contrôles relatifs à la détermination de la base de remboursement
- Contrôles relatifs aux taux de prise en charge appliqués

- Prestations en nature : Contrôles relatifs à l'exécutant : vérification que le n° d'identification de l'exécutant est valide et autorisé à la date de la réalisation de la prestation
- Prestations en nature : Contrôles relatifs au lieu d'exécution de l'acte
- Prestations en nature : Contrôles relatifs aux quantités et aux modulations
- Prestations en nature : Contrôles relatifs aux majorations de nuit et de dimanche/jours fériés
- Prestations en nature : Contrôles relatifs aux respects des tarifs
- Prestations en nature : Contrôles relatifs à la CMU complémentaire et au panier de biens CMU complémentaire
- Prestations en espèces : Contrôles généraux
- Prestations en espèces : Contrôles spécifiques aux indemnités journalières maladie
- Prestations en espèces : Contrôles spécifiques aux allocations de repos maternel
- Prestations en espèces : Contrôles spécifiques aux allocations de repos paternel
- Prestations en espèces : Contrôles spécifiques aux indemnités journalières forfaitaires maternité
- Prestations en espèces : Contrôles spécifiques aux indemnités de remplacement
- Prestations en espèces : Contrôles spécifiques aux indemnités journalières maladie non indemnisées
- Prestations en espèces : Contrôles spécifiques aux congés paternité

5.1.2. CNAMTS applicatif IRIS

5.1.2.1. Description de la structure des contrôles fonctionnels IRIS (source CNAMTS/DSI 12 septembre 2008)

CONTROLE INFORMATIONS



INFORMATIONS ASSURE

Une fois reconnues correctes, les données transmises doivent faire l'objet de rapprochements avec différents éléments présents dans la Base De Données pour connaître les différences. Dans tous les cas les données gérées dans la BDO priment sur les données transmises. Les seules exceptions à cette règle concernent le cas des curistes hors région et des régularisations hors archive.

INFORMATIONS FAMILLE

Après contrôle de présence dans la base (accès par matricule), les informations suivantes sont prises en compte pour effectuer soit des contrôles, soit la tarification.

- Caisse gestionnaire
- Centre de rattachement
- Assuré à contrôler
- Ouverture des droits
- Modulation du Ticket Modérateur
- Régime
- Subsistance AT
- Chaînage de matricules

INFORMATIONS BENEFICIAIRE

Suite à une recherche dans la famille (identifiant matricule) sur date de naissance et rang de naissance (Cf. Carte d'Assuré Social) les informations suivantes sont prises en compte pour effectuer soit des contrôles, soit la tarification.

- Qualité de bénéficiaire
- Date de décès
- Justificatif qualité de bénéficiaire
- Exonération de ticket modérateur
- Subsistance bénéficiaire
- Sexe bénéficiaire
- Destinataire de paiement
- Informations mutuelles
- Informations migrants
- Informations option conventionnelle
- Informations prévention bucco dentaire
- Informations de gestion des K50 (phase ultérieure)
- Informations ententes préalables (phase ultérieure)
- Informations stérilité (phase ultérieure)
- Informations paiement sur duplicata (phase ultérieure)
- Informations maternité (phase ultérieure)
- Informations relatives aux prises en charge (phase ultérieure)
- Informations relatives aux AT (phase ultérieure)

Remarque: en phase ultérieure un certain nombre d'informations relatives au domaine BDO assuré sont mises à jour par l'applicatif IRIS, ceci quelle que soit l'origine du flux (mise à jour des ententes préalables, mémorisation des paiements sur duplicata, mémorisation des actes opératoires (KOP), etc.).

☐ **DOMAINE PRATICIEN**

Les informations suivantes concernent les praticiens connus dans la Base de Données (fichier national des professionnels de santé).

- Zone tarif, zone IK et date début
- Situation conventionnelle (code et date début)
- Convention tiers payant (provisoirement en table T284)
- Agrément radio (code et date début)
- Nature d'exercice
- Spécialité
- Spécialité salariés (code, date début et date fin)
- Adresse
- Domiciliation
- Zone d'échange avec les tiers (provisoirement en fichier option tiers)

☐ **DOMAINE ETABLISSEMENT**☐ **INFORMATIONS D'IDENTIFICATION**

- Catégorie
- Statut Juridique
- Mode de fixation des tarifs
- Système d'honoraire
- Activité
- Agrément radio
- Zone tarif, zone IK et date début
- Spécialité
- Adresse
- Domiciliations

☐ **INFORMATIONS DISCIPLINES**

- Convention Tiers Payant
- Activité
- Mode de fixation des tarifs
- Système d'honoraire

☐ **INFORMATIONS TARIFS**

- Date d'effet
- Code facturation
- Code modulation
- Prix unitaires

☐ **DOMAINE DESTINATAIRE PAIEMENT**

- Adresse
- Domiciliation
- Dates début et fin d'activité

☐ **DOMAINE HISTORIQUE DES SEJOURS**

- Historique des prestations hospitalières

CONTROLES DE NOMENCLATURE

Un certain nombre de contrôles de nomenclature sont fait malgré l'absence de codification affinée des actes, ceci en fonction de tables de compatibilité. Par exemple: vérification de l'existence d'un acte à la nomenclature, compatibilité entre l'acte chirurgical et l'anesthésie, etc.

TARIFICATION

Suite au contrôle de toutes les informations reçues par rapport à la BDO, la tarification proprement dite est effectuée en fonction des principes suivants:

primauté des informations calculées sur les informations transmises,

aucune altération du flux entrant (en particulier aucun redressement de taux),

limitation du remboursement au montant réclamé par le tiers ou payé par l'assuré,

en cas de constat d'écart signalement ou rejet suivant la gravité de l'anomalie (seul un écart sur les prix unitaires est autorisé en fonction d'une fourchette définie par la caisse).

Le système de tarification repose sur un mode de traitement acte par acte, chaque acte étant présenté selon un format standardisé, retraçant tous les paramètres susceptibles de le caractériser, ceci quelles que soient les facilités offertes par les divers systèmes de saisie.

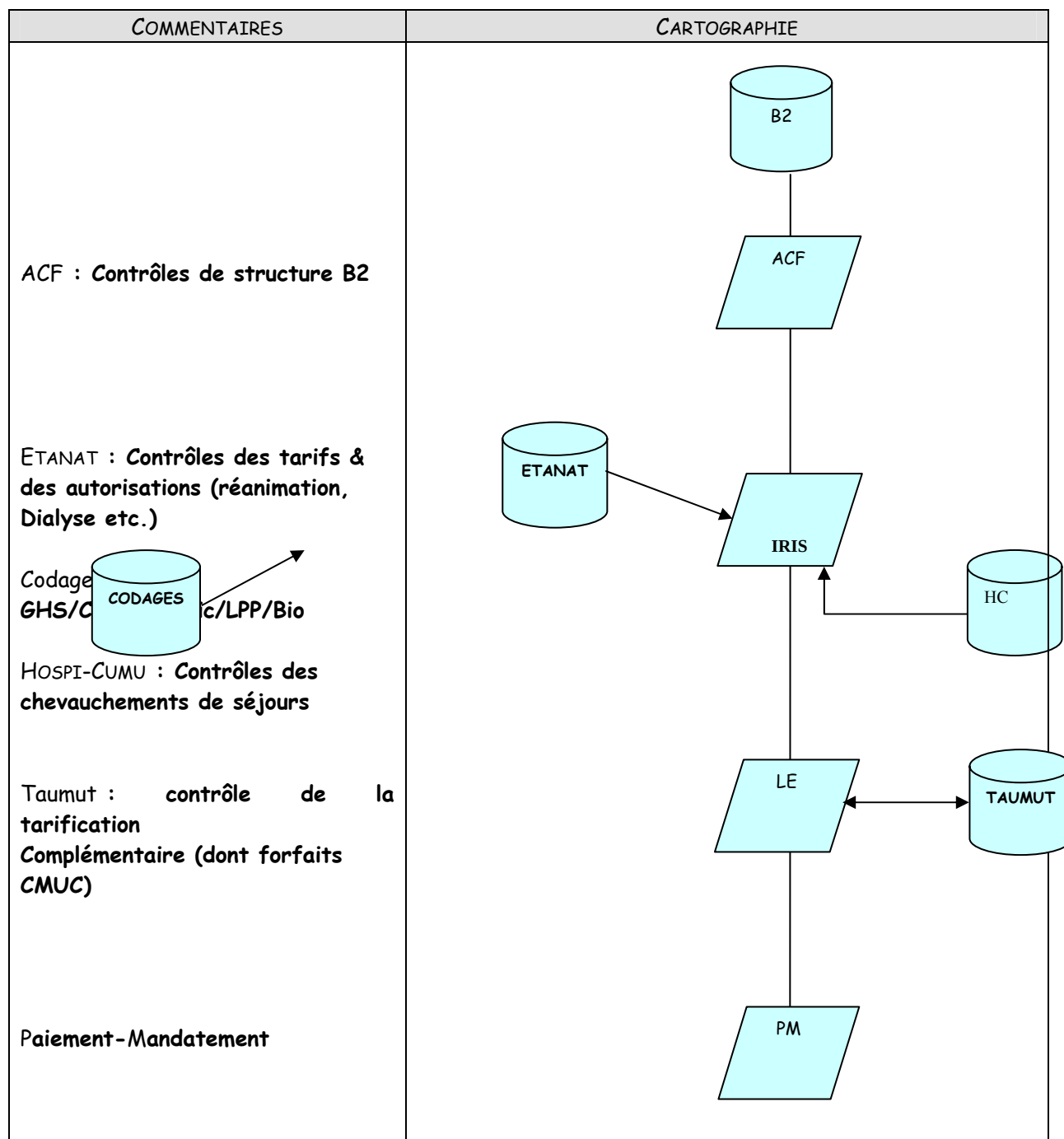
Les prix unitaires nationaux ou locaux (transports) sont obtenus soit à partir du fichier établissement, soit à partir du fichier des prix unitaires nationaux, soit à partir de tables externes.

De même les taux de remboursement sont obtenus à partir de tables externes (en fonction de la prestation, du mode de traitement, du régime, etc.).

- 5.1.2.2. Description de l'architecture d'applicatifs mobilisée pour réaliser les contrôles a priori sous IRIS (source CNAMTS/MMO 30 septembre 2008)

Présentation générale :

La chaîne de tarification-contrôle IRIS est basée sur une architecture applicative intégrée (fichier Établissements; base Hospi-Cumu, bases codages).



Typologie des contrôles :**✓ Contrôles de base :**

- Contrôles factures :
 - établissement répertorié,
 - Ouverture de droits bénéficiaires,
 - Nature d'assurance (ex. compatibilité maternité/âge et sexe).
 - Imputation forfait journalier (prise en charge régime)
 - Chevauchement de séjours entre plusieurs factures (Hospi-Cumu).
- Contrôle niveau actes :
 - existence des codes affinés (GHS/CCAM/LPP/UCD etc.). Pour les actes affinés, les contrôles automatisés sont effectués par appel des modules par les applicatifs centraux lors du traitement des codes affinés (ex. module CCAM : contrôle de présence de l'acte affiné, de validité en date d'exécution, de compatibilité avec le code activité, le code phase de traitement etc.).
 - Contrôle des tarifs et coefficients applicables en fonction de la date d'évaluation de la prestations : ex. en sortie de séjour pour les GHS et les suppléments forfaitaires journaliers (EXH, REA, SRC, STF, NNx).
 - compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance,
 - présence d'actes incompatibles sur une même facture (ex. GHS + forfaits IVG),
 - prestations en sus (liste limitative de médicaments coûteux et consommations intermédiaires).
- Base de remboursement :
 - prix calculé/prix demandé (rejet si le pris demandé est supérieur au calculé),
 - coefficients correcteurs (rejet en cas d'écart sur le coefficient MCO transmis/calculé),
 - forfait journalier (contrôle de non facturation en cas de GHS ambulatoires ou spécifiques ex. polysomnographie).
- Taux de remboursement :
 - exonérations traitée en fonction de la situation du bénéficiaire (ex. affection liste), de la règle de l'Hospitalisation de plus de 30 j, d'actes exonérant etc.
 - modulation du taux en fonction de la prestation (hospitalière ou non) et du mode de traitement (ex. prise en charge en maison d'accueil = 100%).
 - contrôle taux calculé/taux demandé (rejet en cas d'écart).
- Contrôle montant part obligatoire/part complémentaire.

✓ **Contrôles liés à la réforme T2A :**

- Existence d'un agrément pour la réanimation, les soins intensifs, les soins continus, la néonatalogie (contrôle de facturations d'activités).
- Activités ouvertes (DMT/MT) pour la dialyse, l'imagerie médicale, l'IVG.
- Contrôle de non cumul de 2 GHS hormis exceptions (ex. GHS accouchement/GHS nouveau-né, chimiothérapie).
- Contrôle de non cumul de GHS/forfaits (IVG ; ATU/FFM/SE) ; GHS néphrologie/forfaits dialyse.
- Contrôle de non cumul de GHS/prestations SNG (produits sanguins labiles).
- Contrôle du nombre de prix de journée supplémentaires en cas de dépassement de la borne haute du GHS (facturation de suppléments EXH).
- Contrôle de la minoration d'un GHS en cas de séjour inférieur à la borne basse du GHS ou en cas de retour de transfert de plus de 48 h.
- Contrôle compatibilité prestation/secteur d'activité (privé/public) ex. les forfaits de greffe d'organes ou certains prélèvements sont limités au secteur public.
- CBU pour les spécialités pharmaceutiques et les produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 (facturables en sus des prestations d'hospitalisation).
- Contrôle de cohérence GHS ambulatoire/actes CCAM associés (facturation GHS pour des actes de soins externes).

5.2. Intérêt du contrôle a priori et entente préalable (source MSA octobre 2008)

Les atouts de la facturation directe pour la mise sous accord préalable des établissements de santé

I. La chirurgie ambulatoire en France

La France se classe parmi les pays de l'OCDE les plus en retard en matière de développement de la chirurgie ambulatoire : moins de la moitié des actes éligibles à ce mode de traitement y sont réalisés, loin derrière les Etats-Unis (94%), le Danemark (78%) et l'Allemagne (61%). Pourtant, la chirurgie ambulatoire apparaît bénéfique non seulement en terme d'organisation et d'enjeux économiques, mais aussi pour le patient.

Aussi, dans le cadre du Programme National Inter-Régimes (PNIR) de gestion des risques, expression de l'engagement de l'assurance maladie sur des thèmes jugés prioritaires pour la santé publique, une enquête nationale sur la chirurgie ambulatoire a été réalisée sur la période 2001-2003 en partenariat avec l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire.

Les résultats de cette enquête montre que la prise en charge en chirurgie ambulatoire diminue les dépenses d'assurance maladie de 8 à 35% en hospitalisation privée et de 36 à 54% en hospitalisation publique. En outre, il est démontré que ce mode de prise en charge ne conduit pas à un transfert de charge de l'enveloppe hospitalière vers l'enveloppe « soins de ville ».

II. Le contexte réglementaire de la mise sous accord préalable (MSAP) des établissements de santé

L'article 37 de la LFSS 2008 crée un nouvel article L.162-1-17 dans le code de la sécurité sociale. Ce texte prévoit la possibilité de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical des régimes obligatoires d'assurance maladie, le financement de certaines prestations d'hospitalisation avec hébergement. Cinq gestes marqueurs ont été ciblés dans un premier temps : la cataracte, l'extraction dentaire, l'arthroscopie du genou hors ligamentoplastie, la chirurgie des varices et l'adénoïdectomie - amygdalectomie. La mise sous accord préalable est demandée pour une période de six mois maximum.

Les atouts de la facturation directe pour la mise sous accord préalable des établissements de santé

III. L'objectif poursuivi par la procédure de MSAP

Il s'agit avant tout d'une démarche pédagogique devant inciter les établissements de santé à développer la chirurgie ambulatoire via le changement des pratiques médicales et la mise en place de nouvelles organisations. Ainsi, la MSAP consiste à choisir des établissements de santé en retard en matière de développement de la chirurgie ambulatoire, et de conditionner à l'avis du médecin conseil la prise en charge d'un patient en hospitalisation « complète », c'est-à-dire avec hébergement d'au moins une nuitée, pour des actes couramment pratiqués en ambulatoire.

IV. La procédure de mise en oeuvre de la MSAP

La procédure de MSAP des établissements de santé se déroule comme suit :

- Les établissements dont le taux de chirurgie ambulatoire pour la réalisation des actes marqueurs est faible sont identifiés.
- Le directeur de la caisse d'assurance maladie demande au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) de mettre sous accord préalable ces établissements.
- La procédure contradictoire entre l'ARH et l'établissement est enclenchée.
- A l'issue de cette phase contradictoire, la période de MSAP de l'établissement débute pour une période de 6 mois maximum.

L'article L.162-1-17 du code de la sécurité sociale précise qu'aucune facturation n'est acceptée pour les actes et séjours :

- lorsque l'établissement ne respecte pas l'avis défavorable du service du contrôle médical,
- lorsque l'établissement accueille un patient en hospitalisation complète pour un acte marqueur sans en avoir fait la demande.

Pour l'application de cette sanction financière devant inciter les professionnels de santé à faire évoluer leurs pratiques et les établissements à adapter leurs organisations, il convient de mettre en place des contrôles des prestations réalisées et facturées.

Pour les établissements privés à but lucratif (ex-OQN), les contrôles sont systématiques et automatisés lors de la liquidation des factures grâce à un paramétrage des chaînes de liquidation (alerte n°FINESS établissement et GHS concernés).

Pour les établissements publics et privés anciennement sous dotation globale (ex-DG), l'absence de facturation impose de réaliser des contrôles ex post sur site réalisés par le service médical dans les mois suivants la fin de la période de MSAP. A la suite de ce contrôle, les données nécessaires à la valorisation des séjours indûment payés sont transmises au service administratif pour calcul et notification de l'indu à l'établissement de santé.

V. Atouts de la facturation directe dans le cadre de la MSAP

La facturation directe révèle tout son intérêt lors du contrôle de la bonne application de la procédure de MSAP et du respect des décisions du service médical des caisses d'assurance maladie par l'établissement. En effet, elle présente les avantages suivants :

1. Un contrôle facilité grâce aux données nominatives présentes sur le bordereau de facturation Les bases de données disponibles sur l'activité des établissements de santé ex-DG sont anonymes. Dès lors, elles ne permettent pas d'identifier les patients ayant bénéficié d'une hospitalisation avec hébergement pour la réalisation d'un acte marqueur. Il est donc nécessaire de réaliser un contrôle ex post sur site afin de vérifier le bien fondé du financement par l'assurance maladie de ces séjours.

Lors du contrôle en établissement, les médecins-conseils établissent la liste des patients ayant subi un des actes marqueurs dans le cadre d'une hospitalisation avec hébergement et consultent les dossiers médicaux (compte-rendu d'hospitalisation et compte-rendu opératoire). Ils confrontent ensuite cette liste avec la liste des assurés pour lesquels une demande d'accord préalable a été formulée par l'établissement. Pour chaque séjour identifié, les médecins-conseils identifient le GHS du patient (RSS à demander au DIM) car cet élément est indispensable au service administratif pour la notification de l'indu.

Ce contrôle a pour but de vérifier :

- que les hospitalisations avec hébergement ont bénéficié d'un avis favorable du service du médical de la caisse d'assurance maladie,
- que les avis défavorables (médicaux ou administratifs) ont été respectés et ont abouti à une éventuelle prise en charge des patients en chirurgie ambulatoire,
- que tous les actes marqueurs ciblés par la procédure de MSAP ont fait l'objet d'un avis du service du médical.

Cette procédure de contrôle sur site est non seulement très lourde à organiser, mais aussi chronophage. Or, les factures étant nominatives, cela permet des contrôles à distance soit dès la liquidation de celles-ci, soit par requêtes.

2. Un impact financier immédiat grâce à un contrôle automatisé et systématique dès la liquidation de la facture. En l'absence de facturation directe, les contrôles ne peuvent être que des contrôles différés. Aussi, l'impact sur le financement de l'établissement, et par là-même sur les pratiques médicales, n'est pas immédiat. Il faut attendre les résultats des contrôles sur site pour enclencher la procédure de récupération des sommes indûment payées. La facturation directe permet la mise en

oeuvre de contrôles dès la liquidation des factures transmises par les établissements de santé, à l'instar de ce qui est effectué pour les établissements de privés. L'impact financier étant immédiat, il incite les praticiens à faire évoluer leurs pratiques médicales dès les premières semaines d'opposabilité de la MSAP.

3. L'absence de créances à gérer

Le contrôle ex post du respect de la procédure de MSAP implique la gestion de créances. En effet, à l'issue de ces contrôles, la procédure de récupération des sommes indûment payées à l'établissement de santé est enclenchée. Or, celle-ci présente une certaine lourdeur ainsi qu'un risque accru de contestation par l'établissement de l'ensemble des créances constatées au cours d'un seul contrôle. Là encore, les contrôles réalisés en facturation directe permettent de réduire, voire de supprimer tout indu devant être récupéré a posteriori. La crédibilité de la MSAP n'en est que plus renforcée. Enfin, l'évaluation du dispositif est plus rapide et réactive en facturation directe, les données d'activité des établissements de santé étant présentes dans les systèmes d'information de l'assurance maladie. A contrario, dans le schéma actuel de financement des établissements x-DG, les effets de la MSAP en termes financiers et sur l'évolution des pratiques médicales ne seront totalement connus qu'après le contrôle et la récupération de la créance.

VI. Perspectives

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 prévoit dans son article 41 une extension de la procédure de mise sous accord préalable des établissements de santé. Celle-ci ne visera plus uniquement le développement de la chirurgie ambulatoire, mais aussi la maîtrise de certaines dérives. Ainsi, il est prévu la possibilité de mettre sous accord préalable des séjours (GHS) pour lesquels il est constaté une évolution atypique de leur facturation, c'est-à-dire non conforme aux référentiels de la Haute Autorité de Santé ou supérieure aux moyennes régionales ou nationales. Or, l'efficacité de la mise sous accord préalable visant à maîtriser une telle dérive repose en grande partie sur l'immédiateté de la sanction que seule la facturation directe permet.

5.3. *Tarification T2A – Autorisation d'activité – contrôles a priori de facturation*

(source CNAMTS 15 septembre 2008)

T2A Autorisations et Facturation

Tarification T2A – Autorisations d'activité – Contrôles a priori de facturation

1/ Découplage tarification autorisation

La mise en place de la tarification à l'activité pour les hospitalisations en soins de courte durée a supprimé la notion de DMT et a entraîné un découplage entre les facturations de ces séjours hospitaliers et l'autorisation d'activité.

Ainsi, une clinique ne possédant pas une autorisation de chirurgie cardiaque, peut facturer des GHS de chirurgie cardiaque, qui sont actuellement remboursés par les chaînes de liquidation.

2/ SROS 3 et autorisation d'activité

Les SROS de 3^{ème} génération viennent d'être arrêtés par les ARH. L'annexe du SROS prévoit, par territoire de santé, l'implantation d'établissements pour les activités de soins définies par l'article R 6122-25 du code de la santé publique.

Un arrêté du 8 juin 2005 définit dans son annexe l'affection du séjour, ou actes de soins de courte durée aux différentes activités de soins et prises en charge autorisées

Activités de soins autorisées	Type d'activité autorisée
Médecine	Numéros de GHM (GHS)
Chirurgie	Numéros de GHM (GHS)
Gynécologie Obstétrique	Numéros de GHM (GHS)
Transplantation d'organes et greffes de moelle osseuse	Numéros de GHM (GHS)
Traitement de grands brûlés	Numéros de GHM (GHS)
	Diagnostics
Chirurgie cardiaque	Numéros de GHM (GHS)
Activité interventionnelle en cardiologie	CCAM
Neurochirurgie	CCAM
Activité interventionnelle en neuroradiologie	CCAM
Réanimation	PMSI (IGS2 + CCAM)
Traitements de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra rénale	Numéros de GHM*
Assistance médicale de la procréation	Diagnostics
Traitement de cancer	Diagnostics**

* Facturation de forfaits D pour les établissements ex OQN

** En attente de la sortie des décrets

Pour les autorisations d'activité basées sur une sélection de GHM (et donc de GHS) ou d'actes CCAM, un contrôle a priori pourrait être créé avant remboursement permettant le rejet de toute facture comportant un GHS ou un acte CCAM par des établissements ne possédant pas les autorisations nécessaires. Dans certains cas, le contrôle a priori pourrait n'être qu'un signalement sans entraîner de rejet de la facture. Par exemple, un GHS d'accouchement doit pouvoir être accepté dans un établissement ne possédant pas l'autorisation d'obstétrique. Par contre, il ne paraît pas possible de réaliser des contrôles a priori sur les diagnostics car cette information n'est pas disponible dans la facturation des établissements de santé.

3/ Reconnaissance d'activité et de remboursement par le directeur d'ARH.

DDGOS DOS DHOSPI Page 1 15 septembre 2008 T2A Autorisations et Facturation

Le directeur d'ARH peut reconnaître dans le cadre des COM, certaines activités ouvrant droit à remboursement de prestations

Activité reconnue	Prestation
Soins intensifs	STF
Surveillance continue	SRC
Pose de stimulateurs cardiaque triple chambre	Liste LPP
Pose de défibrillateur cardiaque implantable	Liste LPP
Unité de soins palliatifs identifiés	GHS 7957
Lit identifié de soins palliatifs	GHS 7958

Les CPAM devraient rejeter les facturations de ces prestations pour les établissements ne

détenant pas les reconnaissances nécessaires.

4/ Arrêté prestation T2a et facturation

Chaque année, un arrêté ministériel définit la classification et la prise en charge des prestations d'hospitalisation relevant de la T2a. La facturation de certaines prestations T2a est soumise à certaines conditions.

Prestations T2A	Conditions de facturation en 2006
GHT	Autorisation d'HAD pour l'ARH
Forfait petit matériel FFM	Liste d'actes CCAM de l'annexe 8
GHS 7957	Unité de soins palliatifs identifiés
GHS 7958	Lit identifié soins palliatifs
GHS 9051	Durée du séjour ≤ 11 jours
GHS 9052	Durée du séjour > 11 jours
GHS 8705	Acte DZEA004
GHS 1670	Acte DENF003
NN1 NN2 NN3	Autorisation ARH
	GHS différent de 5803
SRA SSC	Autorisation de réanimation
REA, REP, STF, SRC	Reconnaissance SI et surveillance continue
ATU	Services des urgences autorisés
D09	Autorisation d'hémodialyse en centre
D10	Autorisation d'hémodialyse en centre pour
	enfant
D11	Autorisation d'unité de dialyse médicalisée
D12, D13	Autorisation d'autodialyse
D14, D15, D16	Autorisation de dialyse à domicile
Facturation de D en sus d'un GHS	Si acte : CCAM JVJF003, JVJF004,
	JVJFO08, JVRP007, JVRP008, JVRP004
	et à l'exclusion du GHS 8283
Forfait prélèvement d'organes PO1, PO2,	Autorisation de prélèvement d'organes
PO3	
GHS × 50% sur les réhospitalisations après	Si GHS n° 2 = GHS n° 1
transfert de plus de 2 jours dans un autre	A l'exclusion d'un traitement itératif :
établissement MCO	-chimiothérapie : GHS 9506
	-transfusion sanguine : GHS 9513

DDGOS DOS DHOSPI Page 2 15 septembre 2008 T2A Autorisations et Facturation

Des contrôles a priori devraient pouvoir rejeter les factures ne remplissant pas ces conditions de facturation.

5/ Classification GHM

La facturation de certains GHS est liée à une condition d'âge du malade.

Certains GHS valorisent la prise en charge d'une pathologie liée au sexe comme les interventions chirurgicales pour des affections de l'appareil génital masculin ou féminin.

Avant remboursement, la CPAM devrait pouvoir vérifier les conditions d'âge ou de sexe du malade.

6/ Conclusion

Suite à la mise en place de la T2a, contrairement à la situation antérieure, les caisses d'assurance maladie remboursent toutes les prestations facturées par les établissements de santé ex OQN, sans contrôle a priori.

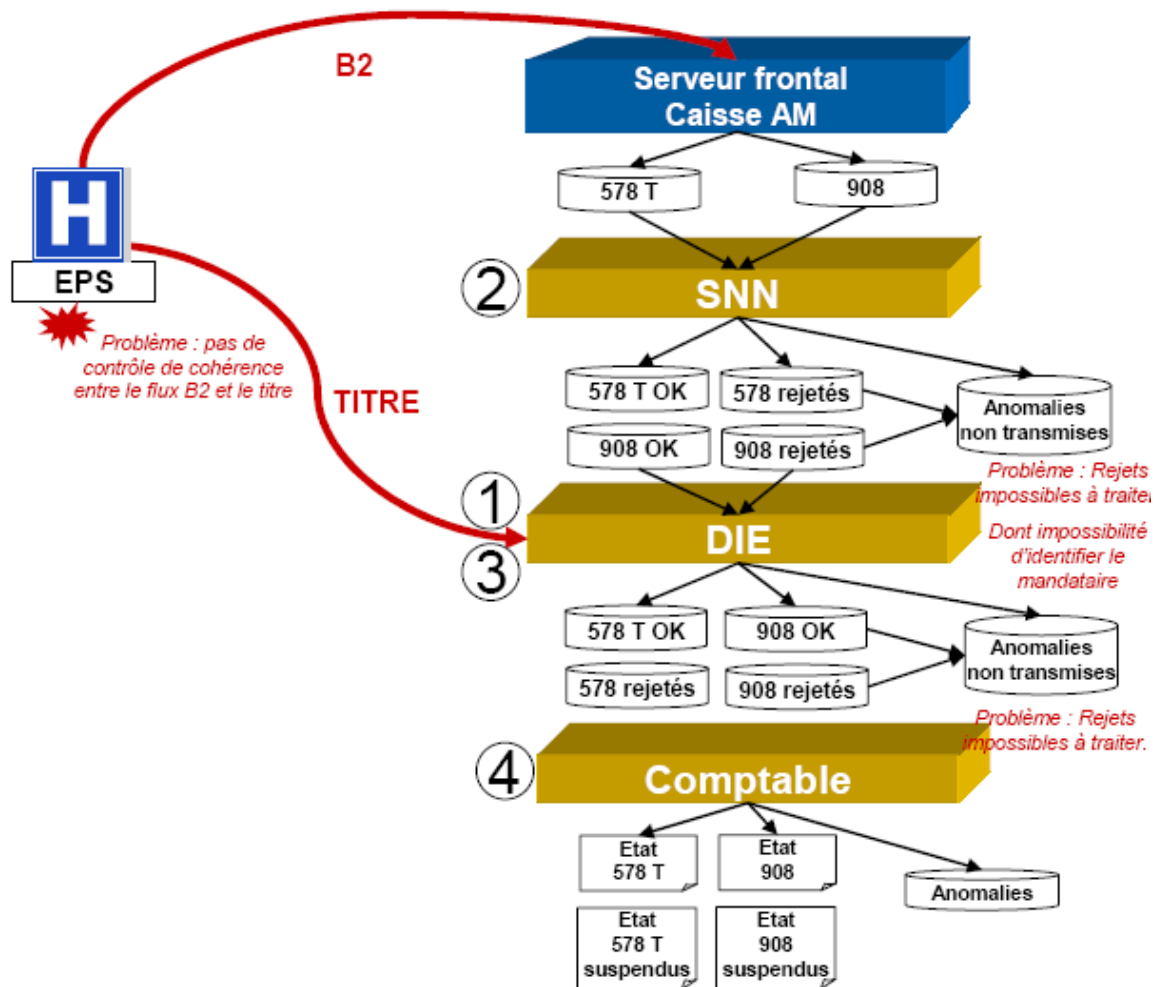
Certaines conditions de prise en charge pourraient être vérifiées lors du contrôle a priori avant remboursement par la caisse d'assurance maladie. Cette solution est à privilégier. Les prestations non contrôlées a priori feront l'objet d'un contrôle a posteriori dans le cadre du contrôle de la T2a.

Cette mise en place des contrôles a priori nécessite la transmission par les établissements ex DG des codes CCAM lors de la facturation directe aux caisses

5.4. Description de l'articulation entre la chaîne de traitement et contrôle du comptable public et de la caisse gestionnaire

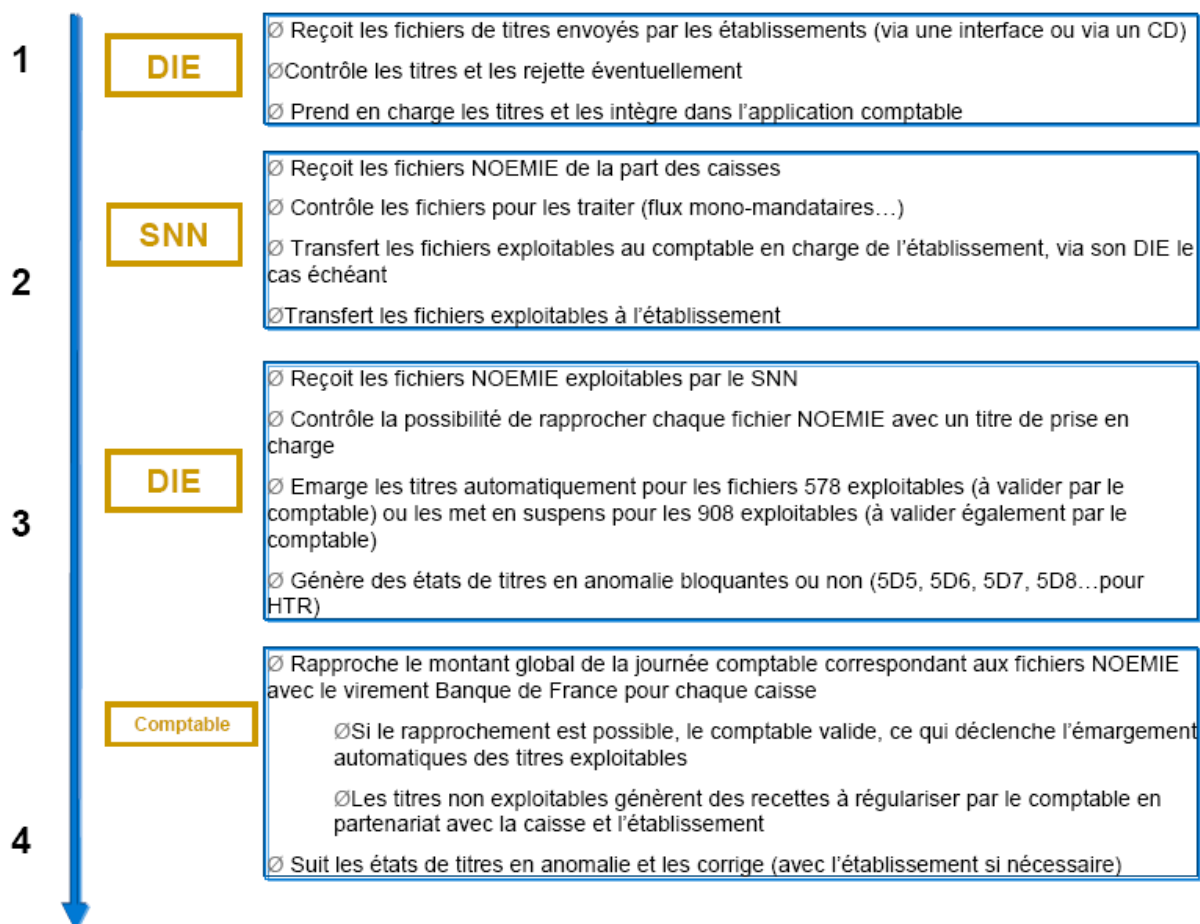
Source : ARHIF La télétransmission en pratique. Fiches pratiques pour mieux comprendre les flux B2/ NOEMIE et pour organiser le suivi des factures (paiements et rejets). Pour les établissements publics et les établissements privés participant au service public hospitalier. EN partenariat avec ATOS Consulting. 2008.

5.4.1. E2 LA CHAÎNE DE TRAITEMENT DU TRESOR



Points clés de la fiche

- Le Trésor doit rapprocher un titre de prise en charge budgétaire avec les références comptables contenues dans le flux NOEMIE en provenance de l'Assurance Maladie.
- Des anomalies sont détectées tout au long de la chaîne de traitement du Trésor : au niveau du SNN qui informe le comptable si les informations contenues dans le fichier le lui permettent, et au niveau du DIE.
- Quand les fichiers sont inexploitable, le Trésor n'est pas en mesure de transmettre les flux NOEMIE au comptable ou à l'établissement.



5.4.2. E3 Les principes et recommandations concernant l'annulation d'une facture

Régularisation d'une facture émise à tort par l'établissement (ou dont le montant s'avère erroné)

La procédure décrite ci-après a pour objectif de préciser les opérations à réaliser en intégrant le rôle de chaque acteur : établissement, caisse et Trésor pour éviter tout déphasage entre la facturation et sa traduction en écritures comptables et financières.

Dans le contexte actuel de montée en charge de la facturation directe, les relations comptables entre les caisses et les établissements de soins s'avèrent complexes et coûteuses, de part et d'autre, en moyens consacrés aux ajustements.

Les difficultés rencontrées aboutissent parfois à des apurements globaux et dont le montant est négocié faute de pouvoir clairement établir la position des dossiers concernés.

Plusieurs situations problématiques ont été identifiées à ce jour :

- L'établissement s'aperçoit d'une erreur de facturation, généralement en terme de crédit pour lui, et émet un titre/avis de somme à payer complémentaire ou rectificatif (exemple : GHS facturé erroné)
- La caisse émet un complément de remboursement sur un avis de sommes à payer déjà honoré (exemple : GHS augmenté après facturation)
- La caisse réalise une opération de débit/crédit sur un avis de sommes à payer dont le résultat sera soit négatif soit positif, pour l'établissement.

Dans tous les cas, les suivis comptables sont perturbés et particulièrement au niveau Trésor/établissements.

Le cahier des charges de la norme B2 en son annexe 7, prévoit ce genre d'opérations ; les possibilités techniques ne sont donc pas un frein. Une meilleure coordination entre les acteurs peut alors apporter des solutions appréciables dans un esprit de gain pour tous les acteurs du circuit.

Annexe 2 : L'évolution du schéma cible de facturation directe des établissements de santé ex DG entre 2004 et 2008

1. LE SCHEMA CIBLE DE FACTURATION DIRECTE ET SON EVOLUTION DEPUIS 2004

[378] Le passage à la tarification à l'activité envisagé de manière expérimentale dès 1999 est inscrit dans la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 (articles 22 à 34). L'article 33 introduit explicitement le principe d'une facturation directe des organismes d'assurance maladie obligatoire aux prestataires de soins.

[379] L'objet de la présente annexe est de détailler comment ce schéma s'est mis en place dans les établissements de santé privés et comment ont évolué les différentes hypothèses de mise en œuvre pour les établissements de santé anciennement sous dotation globale (ex DG)¹²⁶, et pourquoi elles n'ont pu aboutir à ce jour.

[380] Le schéma cible des établissements de santé privés, s'appuyant sur les CCDP, fonctionne depuis 2005

[381] En mars 2005, le passage des établissements de santé privés au financement à l'activité basé sur les tarifs des groupes homogènes de séjour (GHS) mobilise deux acteurs principaux : l'établissement de santé et une caisse centralisatrice des paiements (CCDP, parfois nommée caisse « pivot »), de l'assurance maladie obligatoire¹²⁷.

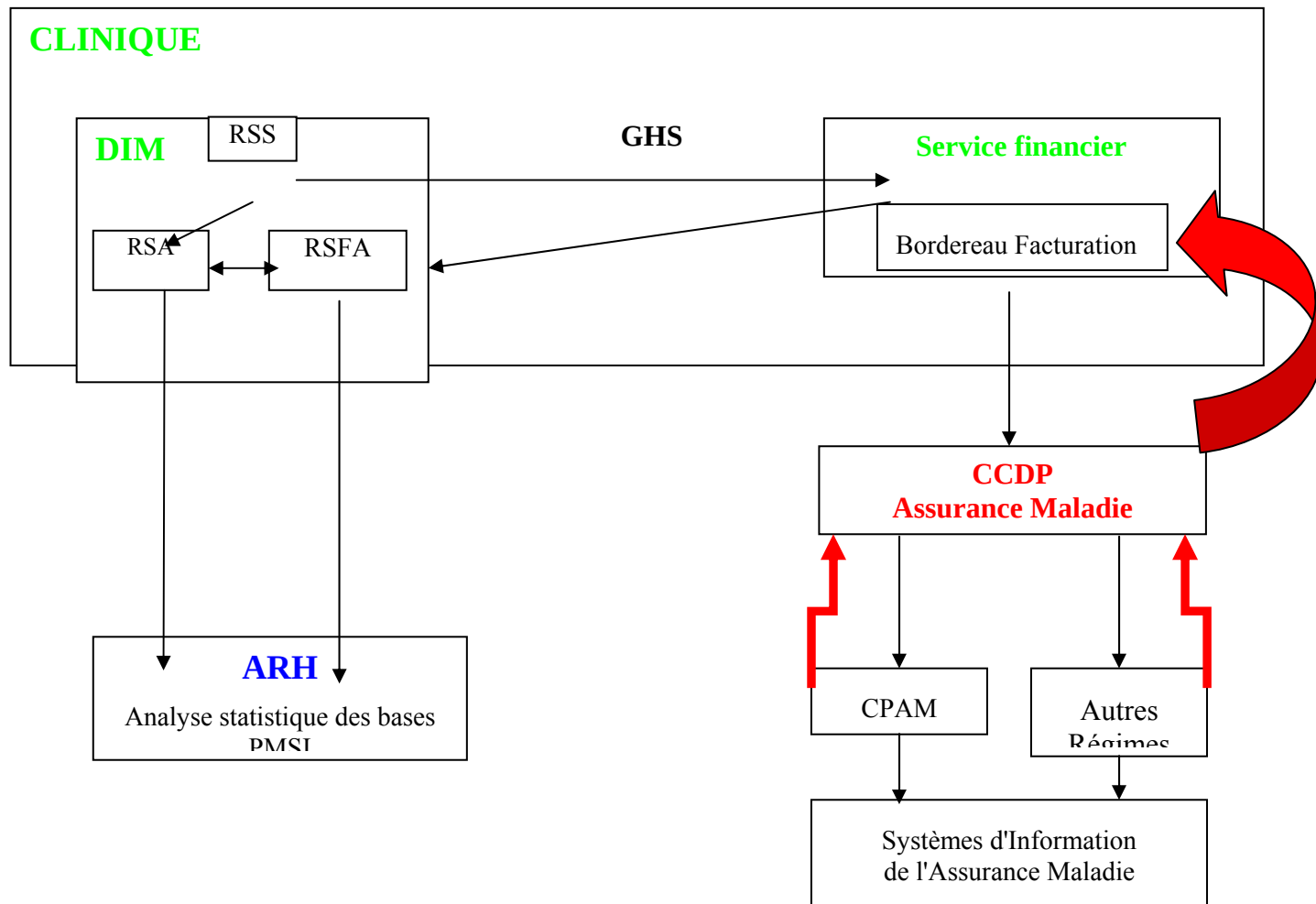
[382] La CCDP, mise en place depuis 2001, assure l'interface avec les autres régimes d'assurance maladie qui valident la liquidation finale.

[383] Afin de ne pas fragiliser la trésorerie des établissements de santé, un acompte de 85% de la somme demandée est versé par la CCDP, dès réception de la demande dans un délai maximum de 4 jours. En cas de rejet de paiement d'une facture par la caisse liquidatrice, la CCDP est fondée à déduire le montant de l'acompte déjà payé en le récupérant sur ses versements ultérieurs.

¹²⁶ Il s'agit des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L.162-22-6 du Code de la Sécurité Sociale

¹²⁷ Les CCDP qui s'appuient alors principalement sur le réseau des CPAM et des MSA ont été mis en place à compter de 2001 pour les établissements de santé privés.

Schéma 4 : Schéma de facturation directe des cliniques privées (établissements de santé ex OQN) à compter de mars 2005



Source : DHOS, mission PMSI 2006, retraitement mission IGAS-IGF 2008. En rouge = flux financiers.

[384] Parallèlement à ce circuit de facturation, l'information est transmise aux Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) via l'agence technique de l'information hospitalière (ATIH) et au systèmes d'information inter-régime de l'assurance maladie obligatoire (SNIIRAM) où il peut être apparié le cas échéant aux données de liquidation réalisées « en médecine de ville » dans le cadre de l'ONDAM « de ville ».

[385] La montée en charge pour les établissements de santé ex OQN a été difficile notamment en 2005. Ils ont dû gérer la cohabitation de deux systèmes de facturation hospitalière¹²⁸, la bascule de deux systèmes de codification des actes de ville et hospitalier en un seul : la classification commune des actes médicaux (CCAM) et enfin la mise en place d'un dispositif d'acompte de trésorerie décrit ci-dessus.

¹²⁸ La bascule en T2A n'a débuté qu'en mars 2005.

- [386] Le système est stabilisé depuis 2006 : le taux de rejet est inférieur à 5-6% en 2008 et les délais de paiement sont de 4 jours pour les acomptes et en moyenne de 7,5 jours pour le solde ; le délai de paiement global inter-régime est de 11,5 jours¹²⁹.
- [387] Au total, ce schéma répond aux objectifs de simplicité et de célérité des paiements des séjours hospitaliers, et d'information de l'assureur et du régulateur. Il va guider la définition du schéma cible souhaité pour les établissements de santé ex DG.

1.1. Pour les établissements de santé ex DG, un double schéma provisoire, de facturation agrégée et indirecte via l'ATIH et de facturation directe aux caisses, fonctionne depuis 2004

- [388] Trois acteurs sont principalement concernés par le passage à la facturation directe : les établissements de santé ex DG (établissements publics de santé (EPS) et établissements de santé privé participant au service public (PSPH)), les comptables de la DGFip œuvrant comme comptables des établissements de santé publics et les organismes d'assurance maladie obligatoire.

1.1.1.1. Le premier circuit de facturation repose sur une déclaration d'activité agrégée transmise pour valorisation à l'ATIH puis aux ARH

- [389] Il apparaît trop complexe en 2003 de basculer dès le passage à la T2A vers un dispositif de facturation directe. La LFSS 2004 en repousse l'échéance au 1^{er} janvier 2006. Un processus transitoire est mis en place, s'appuyant sur deux acteurs intermédiaires déjà impliqués dans le processus de paiement de la dotation globale des établissements de santé ex DG : l'ATIH et les ARH. Les établissements de santé ex DG transmettent leur activité trimestriellement sous forme de résumés de sortie anonymisés (RSA) regroupés en GHS, via un moteur de groupage fourni par l'ATIH et de relevés d'activité externe (actes et consultations) ; l'ATIH contrôle et valorise les séjours et l'activité externe puis transmet à chaque ARH le montant de dotation relevant de la part d'activité à verser à chaque établissement. Celle-ci prend alors un arrêté de financement qui est réglé par la caisse pivot de l'établissement. Le schéma de facturation est donc agrégé (par lots anonymisés) et indirect par rapport aux organismes d'assurance maladie.
- [390] Un circuit d'information double celui de la facturation. Les établissements de santé et les ARH depuis 2004 et l'ATIH depuis 2007 sont tenus de transmettre les informations relatives aux séjours à l'assurance maladie obligatoire.
- les ARH doivent transmettre les données issues de leur programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) aux caisses d'assurance maladie obligatoire participant au financement de leurs hôpitaux¹³⁰ ; les caisses, et notamment leurs services médicaux, ont également la possibilité d'accéder à ces données sur le site E.pmsi de l'ATIH. Par ailleurs, depuis septembre 2007, l'ATIH transmet les données mensuellement, avec trois mois de décalage : soit par exemple en septembre pour les données de juin. La CNAMTS a ainsi la possibilité d'intégrer dans son système d'information, l'ensemble des données de facturation liées aux séjours hospitaliers publics¹³¹.
 - Les flux d'information « infos séjour » sont transmis par les établissements de santé aux caisses d'assurance maladie obligatoire. Appelées « info séjour budget global » car mises

¹²⁹ Cf. Annexe 1 sur le contrôle

¹³⁰ Arrêté PMSI du 31/12/2003 qui fixe les modalités de transmission des données PMSI, actualisé cf. article 07 arrêté du 22 février 2008

¹³¹ La convention d'objectifs et de gestion de la CNAMTS arrêtée en 2006 stipule que l'ensemble des données PMSI validées par l'ATIH lui sont également transmises.

en place en 1983 à l'occasion du passage en dotation globale des établissements de santé aujourd'hui « ex DG », ces flux d'informations servent principalement à répartir la contribution des différents régimes (général, agricole, ...) aux dépenses d'assurance maladie. Actuellement, pour la partie à la charge de l'assurance maladie, l'établissement envoie des demandes de prises en charge ou des codes de présomption. L'établissement va ensuite « facturer » le dossier c'est-à-dire lancer un traitement de facturation, qui génère une « info séjour ». Ce traitement ne se traduit pas par l'émission de titres de recettes pour la partie Assurance Maladie. Le financement est donc bien déconnecté de ce circuit puisque le flux financier provient des déclarations à l'ATIH.

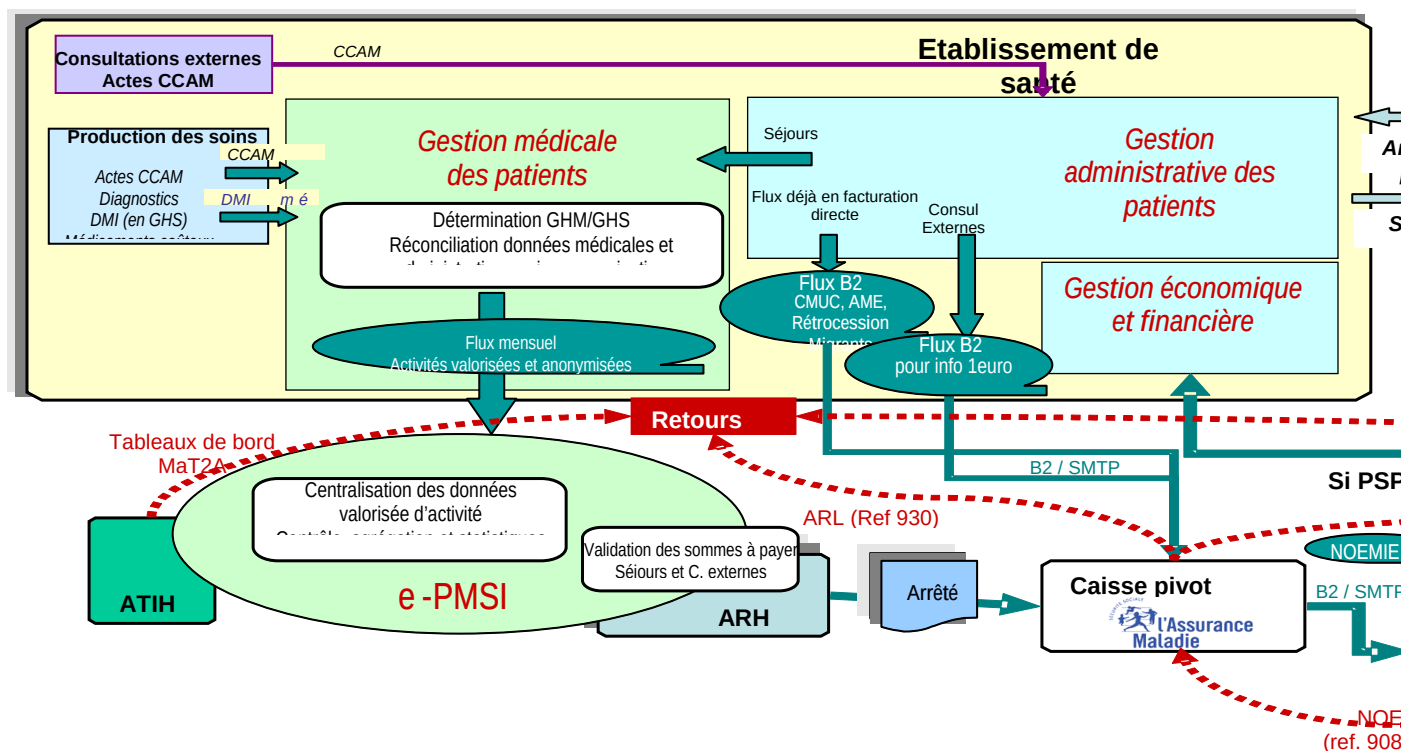
- [391] Le schéma général de facturation agrégée et indirecte décrit ci-dessus, concerne les prestations de soins (séjours, actes et consultations externes). Il représente environ 90% des flux.
- [392] Le second circuit de facturation, correspond à une véritable facturation directement adressée à l'ensemble des débiteurs (patients, mutuelles et Assurance maladie)
- [393] Il existe pour environ 10% des flux un début de facturation individuelle directe pour quelques cas spécifiques : la part complémentaire de la CMU, les soins aux migrants, l'Aide Médicale Etat (AME), la rétrocession des médicaments¹³².
- [394] Dans ce périmètre, les établissements de santé facturent directement aux caisses gestionnaires qui procèdent au contrôle et à la liquidation qui leur incombent.
- [395] Les caisses gestionnaires émettent des ordres de paiement ou de rejet directement en cas de transmission papier ou via la caisse pivot en cas de télétransmission, à destination des établissements de santé et des comptables publics pour les établissements publics de santé ou des comptables des établissements de santé privés ex DG.
- [396] Au total, le schéma actuel de financement des établissements de santé ex DG peut-être schématisé comme suit dans la figure 2. On notera la coexistence de deux circuits de facturation (indirecte via ATIH et ARH) pour 90% des flux et direct, pour 10% des flux. Ce dernier flux est émis via une caisse pivot depuis le passage en télétransmission sécurisée courant 2008¹³³.
- [397] Ce schéma ne comprend que les flux faisant potentiellement l'objet de facturation individuelle ; un schéma général de l'ensemble des financements hospitaliers tous secteurs confondus (MCO, SSR, Psychiatrie) et toutes enveloppes (MIGAC) est présenté en Pièce jointe.

¹³² Il convient de noter, hors processus de facturation, le flux de la participation forfaitaire 1€ adressé pour information.

¹³³ Auparavant les factures B2 étaient directement adressées aux caisses gestionnaires par les établissements de santé qui télétransmettaient en mode point à point ou ne transmettaient que sous format papier

Schéma 5 : Le double schéma de facturation provisoire des établissements de santé ex DG (PSPH et EPS) en 2008, après bascule en liaison sécurisée SMTP¹³⁴

Source : ATOS Consulting/ARH Ile de France
2008



¹³⁴ Dans un souci de simplification, seul le schéma de facturation après bascule de la transmission sécurisée SMTP qui devrait concerner tous les établissements de santé d'ici fin 2008 est présenté ici. On trouvera également en annexe le schéma de facturation « historique » de facturation en liaison CFT pour les établissements publics de santé (EPS) et pour les établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH).

1.2. *Le projet de schéma cible des établissements de santé ex DG n'est pas stabilisé.*

[398] Le passage à la facturation directe a donné lieu à des reports successifs. Le projet, initialement prévu pour le 1^{er} janvier 2006¹³⁵, a été reporté une première fois au 1^{er} janvier 2007¹³⁶, puis au 31 décembre 2008¹³⁷ et enfin au 1^{er} janvier 2009¹³⁸.

[399] Toutefois quatre évolutions significatives du contexte général sont survenues depuis 2004 en matière de financement :

- Le financement des séjours hospitaliers s'est basé pour 10% sur l'activité en 2004, puis 25 % en 2005, 35 % en 2006, 50% en 2007 et 100% depuis 2008. L'objectif principal de la réforme de 2003 est donc atteint sur ce point ;
- Les séjours d'hospitalisation à domicile sont comptabilisés à 100% depuis 2006 ;
- Le rythme de facturation est devenu mensuel depuis 2007 ;
- Enfin, le taux de conversion moyen est supprimé depuis 2007 et chaque séjour est relié au taux de prise en charge réel de l'assuré¹³⁹. Cette dernière évolution nécessite que les établissements de santé relient précisément séjour et droits ouverts au regard de l'assurance maladie obligatoire pour chaque patient ; le dispositif s'inscrit ce faisant dans les contraintes d'une quasi facturation individuelle.

[400] Ces mécanismes de « quasi factures individuelles » agrégées mensuellement et le taux de financement basé à 100% sur l'activité, rapprochent aujourd'hui étroitement les modes de financement des établissements de santé ex DG et ex OQN¹⁴⁰.

[401] Toutefois, l'assurance maladie obligatoire ne reçoit pas encore directement les factures individuelles et ne peut exercer en propre et *a priori* le contrôle de ce qu'elle paye, comme elle le fait pour les cliniques¹⁴¹.

[402] Les acteurs ont donc œuvré depuis 2004 afin de préciser ce schéma cible. Celui-ci a connu plusieurs versions successives.

¹³⁵ Article 33 de la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004

¹³⁶ Ordonnance 2005-1112 du 1^{er} septembre 2005, qui proroge la valorisation de l'activité par les ARH pour l'exercice 2006

¹³⁷ Loi du 26 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007

¹³⁸ Loi du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008

¹³⁹ Jusqu'en 2007, les données d'activité transmises des établissements aux ARH par l'intermédiaire du PMSI ne contenaient pas d'information sur la couverture sociale du patient. On facturait donc à l'activité "globale" de l'établissement, corrigée par un taux moyen de prise en charge des prestations par l'Assurance Maladie (appelé taux de conversion). Ce taux de conversion a été supprimé en 2007 afin que chaque prestation soit prise en charge au taux réel de chaque patient. Il a donc fallu rapprocher une partie des données administratives (le taux de prise en charge de chaque patient) avec des données médicales (GHS par exemple), avant de les envoyer, toujours anonymisées, à l'ATIH.

¹⁴⁰ Cette convergence n'est cependant pas complète compte tenu :

- de la non intégration des honoraires des médecins dans les tarifs des GHS pour les établissements privés ex OQN
- de la persistance d'une facturation de la part complémentaire basée sur le tarif journalier de prestation (TJP) pour les établissements de santé publics. Cette dernière réforme a été disjointe de la réforme de la tarification directe mais continue à peser techniquement sur sa mise en œuvre en ce qu'elle oblige les établissements de santé à maintenir deux assiettes distinctes de facturation, les GHS et le TJP, alors que les cliniques ne facturent que sur la seule base du GHS.

¹⁴¹ Cf. annexe 1 sur le contrôle

1.2.1. Le déploiement d'une infrastructure d'échange sécurisée progresse malgré un retard dans sa mise en œuvre qui nécessite de simplifier les procédures de test préalable

- [403] Il n'est pas de facturation directe possible sans dématérialisation ; la capacité à télétransmettre en constitue la première étape indispensable. La généralisation de la télétransmission dans une architecture internet sécurisée est construite par étapes depuis le développement par l'Assurance maladie des normes de transmission B2 et Noémie détaillées en pièces jointes. Ces normes sont indispensables aux échanges électroniques avec les professionnels de santé, notamment libéraux. Une première circulaire d'instruction conjointe DHOS/DSS/DGCP d'avril 2003 détaille les modalités de généralisation aux établissements publics de santé. Elle trouve naturellement à s'appliquer en 2004 sur les prestations facturées hors dotation globale (CMUC, AME...) et sur la participation forfaitaire 1€ introduite par le parcours de soins.
- [404] Un protocole d'accord national est signé le 24 juin 2006 pour ce faire¹⁴². Il définit une organisation générale des échanges et des responsabilités basée sur l'identification d'un interlocuteur unique, la caisse pivot, pour les établissements de santé et pour le site national Noémie du Trésor public (SNN). Les échanges portent sur *« l'ensemble des flux émis par l'établissement et l'ensemble des flux d'information (ARL, rejet et paiements) émis par les organismes gestionnaires »*. Cette caisse pivot *« sera à terme l'interlocutrice financière unique de l'établissement de santé conformément aux articles L.5126-4 du CSP et L.254-2 du CFAS. Cependant, la mise en œuvre de cette fonction de caisse pivot payeuse est sous-tendue par la définition de dispositions réglementaires qui déterminent notamment les responsabilités respectives de la caisse pivot et de l'organisme dont dépend le bénéficiaire des soins, en particulier les conditions et les délais dans lesquels cet organisme pour assurer la vérification des sommes à rembourser et autoriser leur paiement »*.
- [405] Le protocole de juin 2006 vise à accélérer le déploiement des normes d'échange B2/Noémie développées par l'assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des télétransmissions en ville et en clinique, au champ des établissements de santé ex DG. Ce déploiement suppose de s'appuyer sur une infrastructure d'échange sécurisée et de conduire des tests sur les volumes de transmission et leur qualité.
- [406] Les agendas de déploiement envisagent un achèvement pour la totalité des établissements de santé à la fin 2007. Cet agenda ne peut pas être tenu avec le mode opératoire acté en juin 2006. Il est alors décidé d'accélérer l'implantation du réseau sécurisé en simplifiant les procédures de test afin d'aboutir avant la fin 2008¹⁴³. Cette décision est notifiée dans la circulaire DHOS/E3/DGFP/5B/DSS du 24 juillet 2008 qui demande un passage en infrastructure sécurisée de tous les établissements de santé pour leurs flux aller et retour.
- [407] La demande de la DHOS d'une caisse pivot liquidatrice et de garanties de paiement est récusée par les régimes d'assurance maladie obligatoire en 2005

¹⁴² Protocole national relatif à la télétransmission des factures hors dotation globale 24 juin 2006 établi entre DHOS/DSS-DGCP-CNAMTS-CCMSA-CNAMPI et Union nationale des régimes spéciaux. Ce protocole se substitue au protocole d'accord national DHOS/F4/DSS/4A/DGCP/6B 209 du 28 avril 2003 relatif à la généralisation des normes B2 et NOEMIE dans les établissements publics de santé ainsi qu'aux conventions signées localement.

¹⁴³ Cf. Annexe n°4 sur la montée en charge de la télétransmission

[408] L'article L 174-2-1 du CSS, créé par la LFSS pour 2005, prévoit que « *la part prise en charge par l'assurance maladie pour les prestations d'hospitalisation prévues au 1° de l'article L.162-2266 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...* ». L'article L174-2 du CSS dispose que « *les dotations annuelles mentionnées aux articles (...) sont versées pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement* ».

[409] Cet article s'inscrit dans le schéma d'une caisse liquidatrice pour l'ensemble des régimes, tel que conçu alors par la DHOS, les caisses gestionnaires assurant le contrôle de la facture postérieurement à son paiement. Mais la CNAMTS et les autres régimes s'opposent assez vite à ce schéma, qui remet en cause leurs prérogatives. La CNAMTS se déclare dans l'impossibilité d'appliquer les règles de liquidation des autres régimes ; ceux-ci ne souhaitent pas, pour des raisons stratégiques, abandonner cette compétence.

1.2.2. Un consensus existe depuis 2006 sur le principe d'une caisse de paiement unique inter-régime mais les discussions achoppent en 2007 sur la question des délais de paiement et de substitution entre caisses d'assurance maladie

[410] Durant l'année 2006, un groupe de travail composé de la DHOS, la DSS et l'assurance maladie obligatoire se réunit à de nombreuses reprises afin de bâtir le schéma de facturation directe applicable aux établissements de santé ex DG. Une première version établie en septembre 2006, conduit à définir, en lieu et place de la caisse pivot actuelle, un système de caisse de paiement unique inter-régime (CPU). La CPU doit d'une part transmettre les flux de facturation vers les organismes gestionnaires qui assurent le contrôle et la liquidation et d'autre part procéder à un paiement unique pour l'ensemble des organismes d'assurance maladie obligatoire. Cette dernière fonction constitue l'innovation principale par rapport au rôle de la caisse pivot du schéma provisoire.

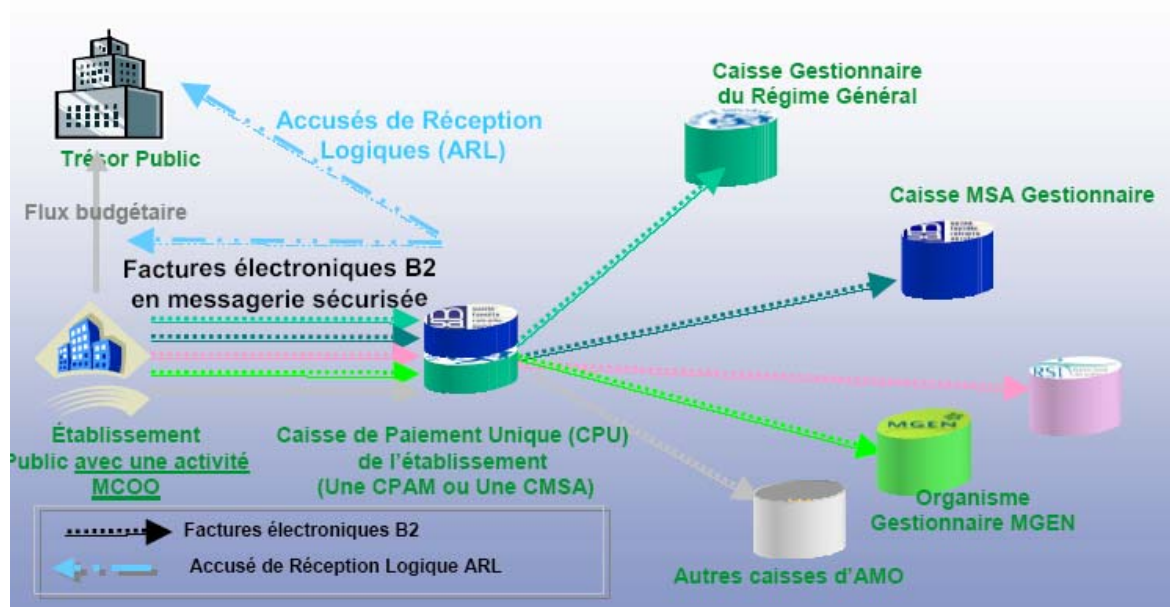
[411] Ce schéma est soumis à consultation officielle des fédérations d'ES en décembre 2006 : il s'agira de la seule consultation officielle sur un projet de schéma cible.

[412] En 2006, les instances œuvrent sur l'hypothèse d'une bascule « en un temps » de l'ensemble des établissements de santé au 1^{er} janvier 2008, pour les actes externes et au 1^{er} janvier 2009 pour les séjours¹⁴⁴. Ce schéma sera abandonné avec le PLFSS 2008 qui revient à une bascule complète de toutes les prestations de soins.

[413] Les schémas suivant présentent le circuit de facturation directe via la CPU tel qu'envisagé à terme.

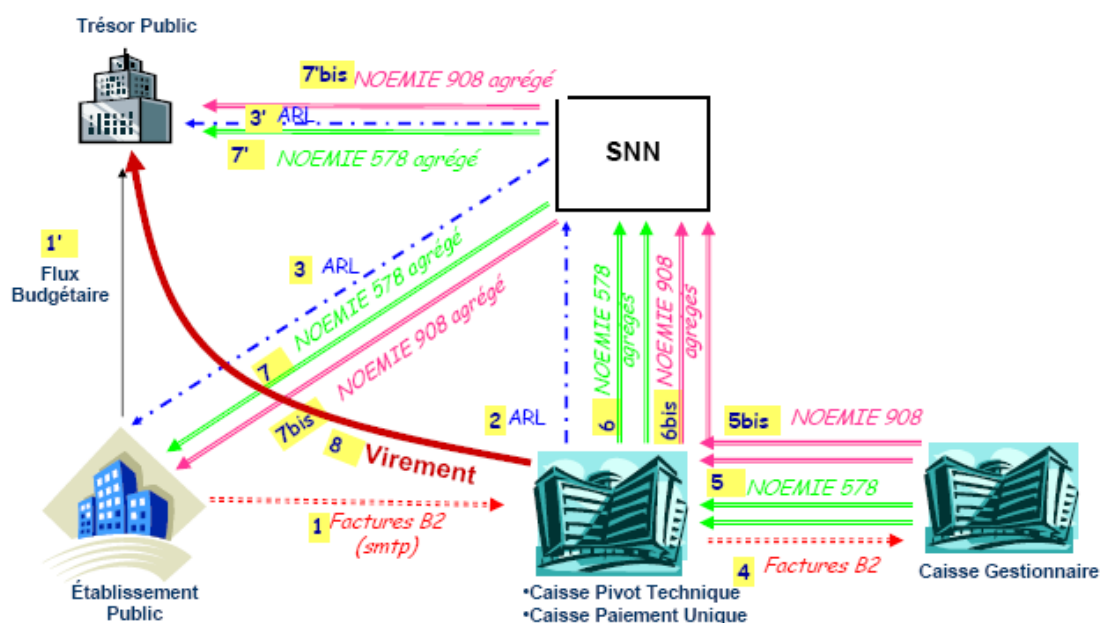
¹⁴⁴ Plan projet de bascule en « facturation directe » des actes et consultations externes CNAMTS/DGDOS/MMOI/FR du 22/11/2006

Schéma 6 : schéma général du processus de facturation à terme des établissements publics de santé, et mise en place de la caisse unique de paiement (CPU)



Source : CCMSA

Schéma 7 : schéma détaillé des flux de facturation à terme des établissements publics de santé, après bascule complète en liaison sécurisée SMTP des flux B2/NOEMIE et mise en place de la caisse unique de paiement (CPU)



Source : CNAMTS/DDO et DGDOS avril 2008

- [414] Pour répondre aux contraintes de trésorerie des établissements de santé, cette organisation est complétée d'un mécanisme de substitution destiné à répondre aux situations pour lesquelles la caisse gestionnaire ne serait pas en mesure de liquider les factures reçues dans un délai convenu. Alors qu'un délai de 8 jours ouvrables a été retenu dans le protocole de juin 2006 sur les télétransmissions dans le schéma transitoire¹⁴⁵, les acteurs ne s'accordent pas sur un délai pour le schéma cible de facturation directe : la DHOS et les fédérations des établissements de santé souhaitent un délai, respectivement de, 6 et 5 jours ouvrés¹⁴⁶, alors que la CNAMTS demande 10 jours afin de réduire le risque de multiplication des procédures d'indus entraînées par les rejets postérieurs à la substitution.
- [415] Début 2007, la DHOS propose un mécanisme d'alignement de la caisse de paiement unique sur le système mis en œuvre pour les cliniques en ce qui concerne les versement d'acomptes et la possibilité de retenir sur les versements suivants les montants des factures rejetées par les caisses liquidatrices. Mais cette hypothèse est rejetée en mars 2007 après consultation de la direction générale de la comptabilité publique (DGCP)¹⁴⁷, parce qu'elle contrevient au principe d'insaisissabilité des créances publiques d'une part¹⁴⁸ et que le mécanisme d'acompte est jugé trop complexe, d'autre part. On revient donc au schéma antérieur.
- [416] En juillet 2007, la DHOS propose un mécanisme dérogatoire de récupération des indus par prélèvements automatiques en cas de trop perçus ; de plus un système de pénalités vis-à-vis de la CPU pour les caisses gestionnaires qui tarderaient trop à liquider leurs factures est également évoqué. Un projet de décret est préparé par la DSS et soumis à la CNAMTS sur ces nouvelles bases au second semestre 2007. Ce projet n'aboutira pas.
- [417] En novembre 2007, la CNAMTS signifie son désaccord sur le dispositif de substitution, les délais de traitement et le mécanisme dérogatoire de récupération des indus. Elle propose la mise en place d'un système d'avance de trésorerie mensuelle versée par la CPU aux établissements de santé, avec traitement « au fil de l'eau » des factures adressées par les établissements de santé par les caisses gestionnaires via la CPU et réactualisation de l'avance de trésorerie par la CPU le mois suivant en fonction de la balance du total des factures dues à l'établissement. Ce schéma qui répond au besoin de couverture de la trésorerie des établissements de santé, permet également de s'affranchir de la question des délais de traitement et des mécanismes de substitution.
- [418] Mais cette nouvelle proposition remet en cause, pour la DHOS et la DGFIP, une bonne part des mécanismes invoqués et travaillés jusqu'alors en revenant « facialement » au système de paiement mensuel transitoire mis en place avec les ARH et l'ATIH. La DGFIP considère que le mécanisme d'avance est contraire aux dispositions juridiques applicables aux établissements publics de santé ; il remet en cause l'ensemble des dispositifs d'automatisation des tâches construits en partenariat et soulève à ses yeux, des difficultés majeures d'ordre organisationnel touchant à la tenue de la comptabilité des établissements publics de santé¹⁴⁹. La DHOS propose alors d'en passer par un système d'avance annualisé. Cette divergence n'est pas arbitrée à ce jour.

¹⁴⁵ Article 5.2 du protocole du 24 juin 2006

¹⁴⁶ A compter de la date de réception de la facture attestée par l'accusé de réception logique (ARL) adressé par la CPU.

¹⁴⁷ La DGCP s'est fondue dans la direction générale des finances publiques depuis (DGFIP)

¹⁴⁸ Un rappel sur l'insaisissabilité des deniers publics, fondée sur le principe d'immunité d'exécution bénéficiant aux personnes morales de droit public, figure déjà dans le protocole du 24 juin 2006 (article 5.2.1). Il y est précisé que « la compensation légale ne peut s'appliquer à l'encontre d'une personne publique débitrice. En conséquence, aucune retenue pour indu constaté sur un paiement antérieur ne peut être effectuée dans le cadre de la compensation ».

¹⁴⁹ Mel DGFIP du 24 janvier 2008 à la DHOS

- [419] Ce dernier blocage conduit à ralentir les travaux des différents acteurs à compter de la fin 2007. Parallèlement, la possibilité même de voir aboutir un schéma de facturation directe répondant aux souhaits de tous les acteurs est soulevée¹⁵⁰. On en appelle à une évaluation externe confiée à la présente mission IGAS-IGF.

1.2.3. La définition d'un schéma cible est relancée par la volonté d'en passer par une phase d'expérimentation

- [420] La discussion sur le schéma cible reprend cependant sans pouvoir aboutir. Il existe à ce jour deux points de discussion non résolus entre la DHOS, la DGFIP et la CNAMTS.
- [421] Le premier porte sur les schémas d'échange. Le tableau suivant établi par la DHOS en rassemble les points principaux.

Tableau 9 : Les deux modèles de système d'avance proposés pour la caisse de paiement unique

CNAMTS (1)	DHOS/DGCP (2)
2 composantes : - prêt de départ en fonction du délai de <u>facturation</u> : M - prêt adaptable mensuellement en fonction du délai de liquidation des factures par les caisses gestionnaires : m → si $m < \text{factures émises} - (\text{factures payées} + \text{factures rejetées})$, m augmente → tous les 6 mois, ajustement intégral de m (éventuellement à la baisse)	Prêt <u>unique</u> ajustable tous les 12 mois : moyenne de M+m → calculé en fonction du délai de facturation et du délai de liquidation → bilan en N+1 et ajustement du prêt initial en fonction de : Factures émises - (factures payées + factures rejetées)

Source : DHOS

- [422] Le point de divergence entre les deux schémas se concentre sur l'évaluation du besoin de trésorerie de l'établissement en fonction de sa capacité à facturer lors du passage en facturation directe et le choix institutionnel des modalités d'appui financier lors de cette phase. La DGFIP fait valoir que seule l'expérimentation en réel (sur un panel d'établissements de santé) des deux options permettrait de faire un bilan circonstancié de leurs avantages et inconvénients respectifs.
- [423] Le second point en discussion porte sur les formats d'échange. Outre l'infrastructure d'échange sécurisée, qui constitue un préalable technique à la facturation directe, cette dernière implique d'assurer la fiabilité des données transmises. Cette fiabilité implique de s'accorder sur le format et le contenu de la facture, ainsi que sur les règles de facturation.
- [424] Mi 2008, les acteurs s'accordent pour sortir de cette situation de blocage, en mettant en place une phase d'expérimentation qui pourrait débiter sur une cinquantaine d'établissements et 2 ou 3 régions à compter d'avril 2009. Une généralisation est envisagée par le CNAMTS à l'horizon 2010 si cette présérie s'avérait concluante.

¹⁵⁰ Mel de la DGFIP à la DHOS du 29 janvier 2008 ; Courrier de la conférence des directeurs généraux de CHU à la DHOS du 4 mars 2008.

[425] Lancer une expérimentation apparaît effectivement souhaitable pour tester les différentes variantes de système d'avance. Plus largement, l'expérimentation peut permettre de progresser en résolvant pas à pas, dans un périmètre restreint d'établissements, les inévitables difficultés que peut soulever la mise en place d'un nouveau circuit de facturation.

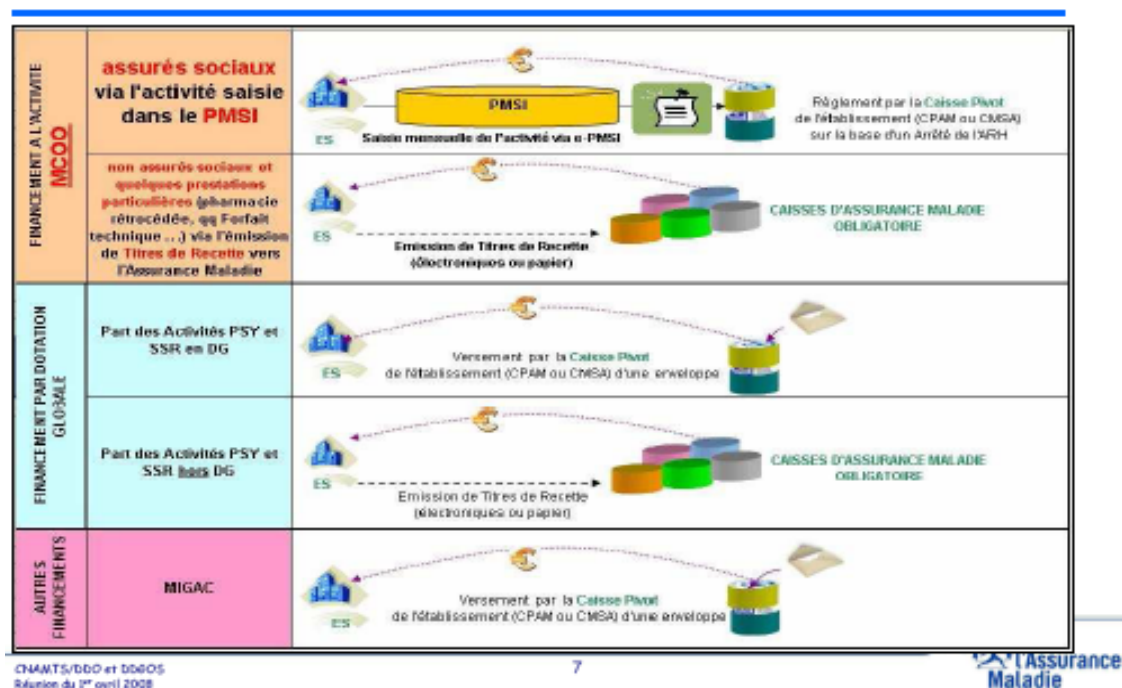
[426] Pour autant, l'accord des acteurs sur le lancement d'une phase expérimentale ne règle pas toutes les questions préalables. Il convient à ce stade de :

- Formaliser officiellement entre les trois partenaires, le schéma cible visé et les points techniques sur lesquels l'expérimentation doit permettre d'avancer (notamment sur les mécanismes d'avance),
- Etablir le cahier des charges des règles de facturation et arrêter le format des bordereaux de facturation,
- Publier un décret relatif aux caisses d'assurance maladie et à la facturation, construit sur le nouveau schéma cible.

2. PIECES JOINTES

2.1. Schéma général de l'ensemble des financements hospitaliers tous secteurs confondus (MCO, SSR, Psychiatrie) et toutes enveloppes (MIGAC)

Schéma 8 : schéma général de l'ensemble des financements hospitaliers tous secteurs confondus (MCO, SSR, Psychiatrie) et toutes enveloppes (MIGAC)

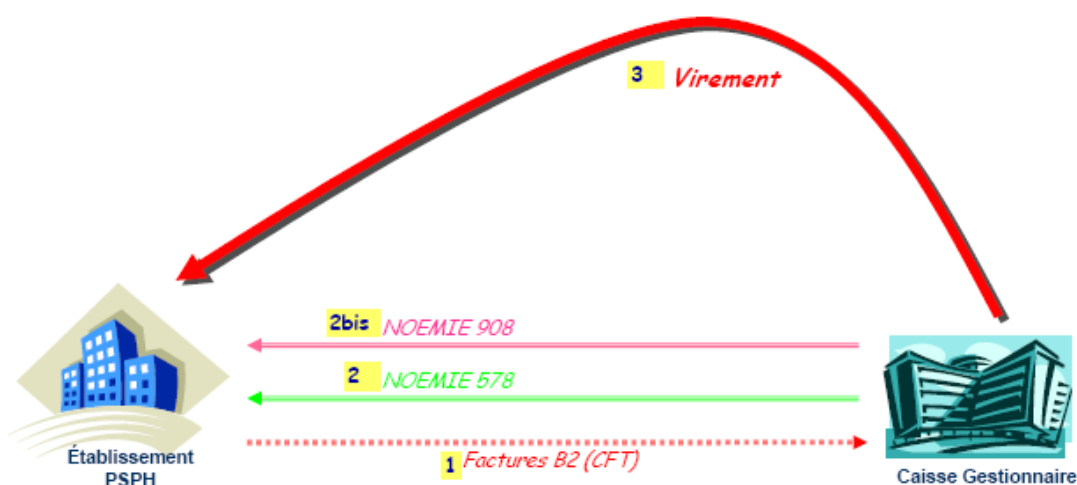


Source :
CNAMTS/DDO et DGDOS avril 2008

2.2. Schéma général des circuits de facturation des établissements publics de santé et des établissements privés participant au service public hospitalier selon qu'ils télétransmettent en mode SMTP ou CFT en 2008

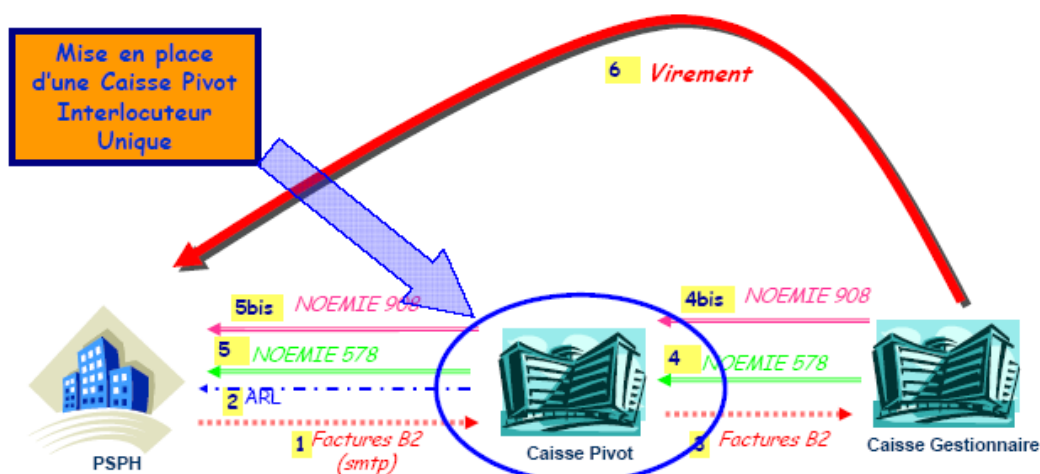
[427] Le schéma de facturation directe actuel ne concerne, pour les établissements de santé qui télétransmettent, qu'environ 10% des flux courant 2008. Il repose sur deux acteurs pour les établissements privés participant au service public hospitalier : les établissements et l'organisme d'assurance maladie. Pour les établissements publics de santé, s'y insère le réseau du comptable public. Pour cette raison, les schémas suivants débutent par le schéma plus simple, des établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH).

Schéma 9 : schéma de facturation à terme des établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH) ex DG qui télétransmettent en format CFP, à la caisse gestionnaire



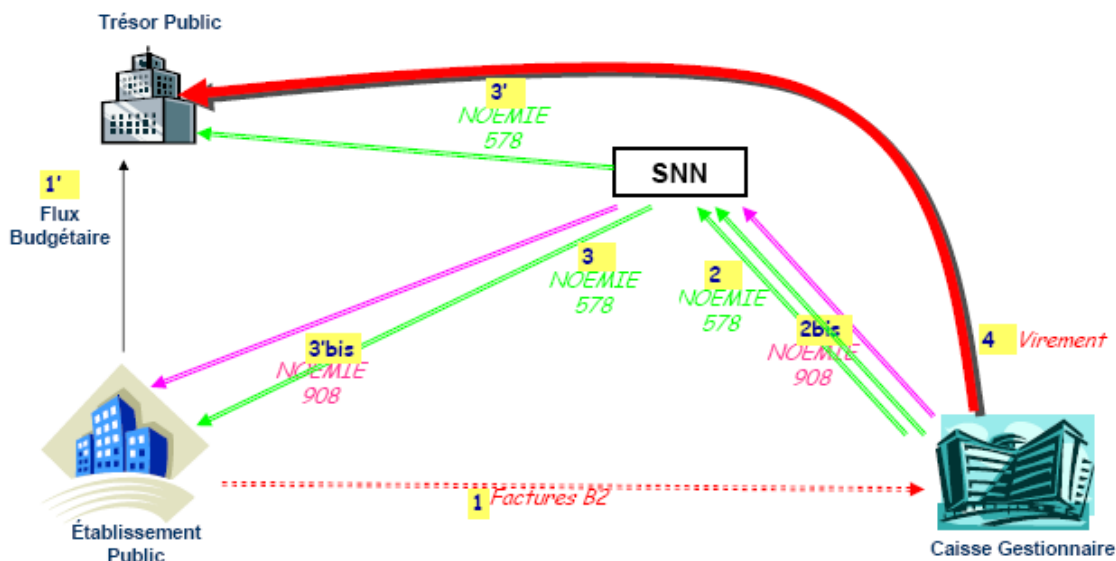
Source : CNAMTS/DDO et DGDOS avril 2008

Schéma 10 : schéma de facturation 2008 des établissements privés participant au service public hospitalier, qui télétransmettent en format SMTP après bascule complète en liaison sécurisée des flux BE/NOEMIE et transmission via une caisse pivot.



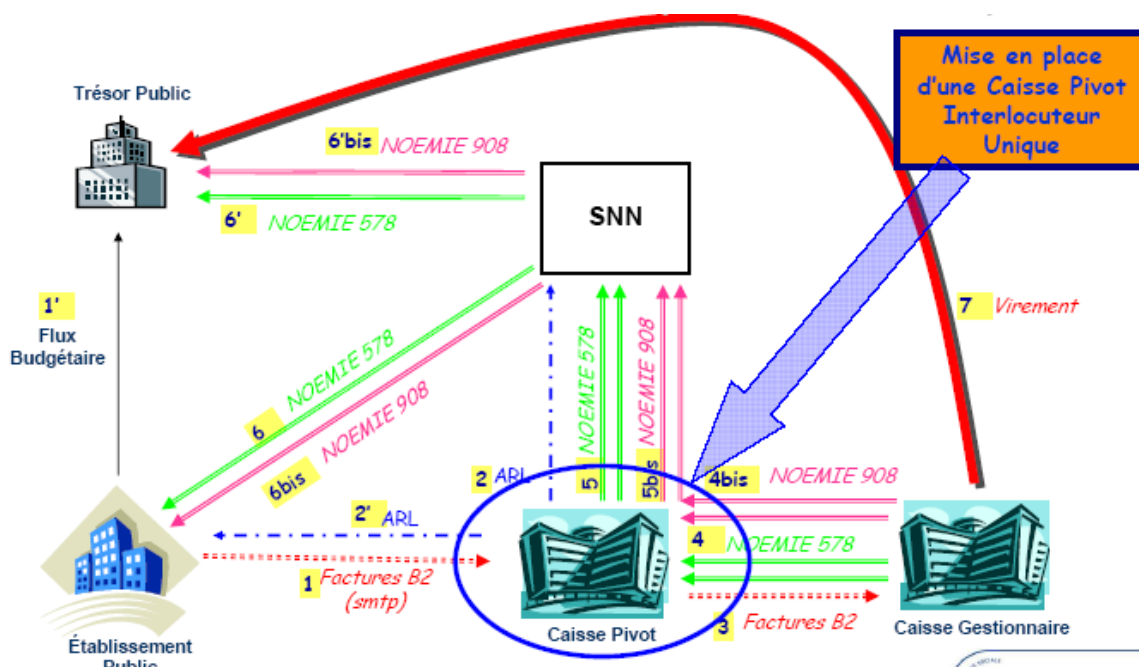
Source : CNAMTS/DDO et DGDOS avril 2008

Schéma 11 : schéma de facturation 2008 des établissements publics de santé qui télétransmettent en format CFT, à la caisse gestionnaire



Source : CNAMTS/DDO et DGDOS avril 2008

Schéma 12 : schéma de facturation 2008 des établissements publics de santé, qui télétransmettent en format SMTP après bascule complète en liaison sécurisée des flux BE/NOEMIE et transmission via la caisse pivot.



Source : CNAMTS/DDO et DGDOS avril 2008

2.3. La norme B2

- [428] La norme B2 permet à n'importe quel professionnel de santé d'envoyer de façon standardisée les données de facturation à la caisse d'Assurance Maladie¹⁵¹.
- [429] Le format B2 est un format de communication standardisé. Il sert au transfert de données entre d'une part les professionnels de santé, et d'autre part l'Assurance Maladie. Il a été défini conjointement entre les principaux régimes (régime général, MSA, RSI et l'Union Nationale des Régimes Sociaux (UNRS)).
- [430] Il repose sur un format de fichier, et sur une norme de transfert. La norme est une messagerie sécurisée, c'est à dire un transfert SMTP (Simple Mail Transfer Protocol) sécurisé¹⁵².
- [431] La norme B2 est une norme de codage de la facture par lot. Le codage se fait par position. La spécification complète peut être téléchargée sur le site de l'Assurance Maladie. La norme prévoit que chaque fichier soit constitué d'un certain nombre de types. Dans sa forme actuelle, il y a 8 types :
- le type 000 correspondant au début de fichier,
 - le type 1 correspondant au début de lot,
 - le type 2 correspondant au début de facture,
 - le type 3 correspondant aux prestations hospitalières,
 - le type 4 correspondant aux actes,
 - le type 5 correspondant à la fin de la facture,
 - le type 6 correspondant à la fin du lot,
 - le type 999 correspondant à la fin du fichier.
- [432] Chaque fichier doit commencer par un type 000, et se terminer par un type 999. Il peut ensuite contenir plusieurs lots, délimités par un type 1 et un type 6 correspondant. Des lots peuvent être scindés pour diverses raisons, notamment :
- pour le nombre de factures (limité à 999 par lot),
 - si certaines factures sont certifiées SESAM et d'autres non,
 - si les caisses débitrices sont différentes...
- [433] Chaque lot peut ensuite contenir plusieurs factures délimitées par un type 2 et un type 5. Une facture ne peut correspondre qu'à un bénéficiaire, pour une même nature d'assurance, sur une même année civile (deux factures sont nécessaires si le séjour passe le 31 décembre). Enfin, chaque facture contient autant de type 3 et 4 que de prestations et d'actes effectués.
- [434] Chaque type contient un certain nombre d'informations obligatoires ou facultatives, codées par leur position. Cette norme a été conçue pour la transmission d'une information à une CPAM, une caisse de la MSA, ou de tout autre régime, de la part de tout professionnel médical. Elle n'est pas spécialisée pour les hôpitaux ou les cliniques, et s'adresse également aux laboratoires, aux masseurs-kinésithérapeutes, aux pharmaciens, ou encore aux centres thermaux et aux transports sanitaires (entre autres).
- [435] Chaque profession utilise une norme B2 adaptée spéciale.

¹⁵¹ Ces informations sont issues du cahier des charges B2 de juin 2007 disponible sur le site de l'assurance maladie www.amelie.fr

¹⁵² L'ancien système de transmission de fichiers en mode CFT (dit « point à point ») est appelé à disparaître.

2.4. La norme NOEMIE

[436] La norme NOEMIE est la norme par laquelle les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire communiquent avec les autres acteurs de la santé. Elle complète la norme aller (norme B2) en donnant la réponse de l'Assurance Maladie. Quatre grandes versions de la norme existent :

- la norme NOEMIE - Professionnels de Santé, qui sert aux échanges avec l'hôpital notamment
- la norme NOEMIE - Sections Locales Mutualistes,
- la norme NOEMIE - Employeurs,
- et la norme NOEMIE - Organismes Complémentaires.

[437] La norme NOEMIE - Professionnels de Santé prévoit des formats de fichiers, appelés références. Chaque référence est identifiée par un code à trois chiffres. On peut les grouper en trois types de message :

- les références retour de paiement, indiquant la prise en charge de la facture reçue,
- les références de rejets, indiquant un refus de la facture,
- l'accusé de réception logique, indiquant le transfert réussi d'un fichier.

[438] Les références sont ensuite différenciées suivant l'organisme de santé auquel il est destiné. Ainsi, les références attribuées à l'hôpital sont la référence 578 pour le retour de paiement, la 908 pour le rejet et la 930 pour l'accusé de réception (commun à tous les professionnels de santé).

[439] Chaque référence est constituée d'entités physiques correspondant à des groupes de données. Les entités débutent avec un identifiant à 3 chiffres et se terminent par un délimiteur de fin (@). La structure des fichiers est hiérarchique (de la même façon que pour la norme B2).

Annexe n°3 : Le suivi macro-économique des dépenses d'assurance maladie de l'ODMCO dans le cadre du passage à la facturation directe.

[440] La question du suivi macroéconomique des dépenses d'assurance maladie en faveur des établissements de santé, dans le cadre du suivi de l'ONDAM, à la fois en rythme annuel mais également infra-annuel constitue un des éléments techniques à prendre en compte dans le cadre de la réforme de la facturation directe. La présente fiche analyse la situation actuelle qui prévaut s'agissant du sous objectif ODMCO (objectif des dépenses relatives à la Médecine, Chirurgie, Obstétrique).

1.1. Les masses financières de l'ODMCO sont significatives au sein de l'ONDAM

[441] Au sein de l'ONDAM, qui recouvre l'ensemble des dépenses des régimes obligatoires d'assurance maladie, le périmètre concerné par le passage à une facturation directe comprend aujourd'hui les versements aux établissements de santé publics et privés anciennement sous dotation globale et à court terme pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Sur la base des données retracées dans les comptes de la sécurité sociale, ceci correspond à une fraction de l'ODMCO, hors dépenses au titre des établissements anciennement sous OQN.

[442] Sur la base des données de l'exercice 2007, les sommes en jeu sont les suivantes : d'après la source DHOS, et à partir de l'objectif fixé pour 2007, la part ODMCO des établissements ex DG était de 32 MM €. Les réalisations 2007 s'établissent à 32,320 MM €.

[443] Le premier montant rapporté à l'ONDAM total représente donc approximativement une **petite moitié de l'ONDAM hospitalier** (65,6 MM € pour 2008), et les 2/3 de l'agrégat « établissements de santé tarifés à l'activité » (cet agrégat incluant également les MIGAC, et la part relative aux établissements MCO ex OQN). Enfin, **rapporté à l'ONDAM total, ceci représente 22%**. Une autre référence en termes d'ordre de grandeur, est celle des soins de ville : cette somme représente une petite moitié des dépenses d'assurance maladie obligatoire au titre des soins de ville.

1.2. La situation actuelle se caractérise par des modes de suivis différenciés entre le champ des ex OQN et des ex DG

[444] La réforme de la T2A depuis 2005 et ses modalités de montée en charge progressive, ainsi que de prise en compte des différences des secteurs anciennement sous dotation globale et sous OQN, a conduit à des mécanismes de suivi des dépenses encore largement distincts, en dépit de la création au sein de l'ONDAM d'un sous-objectif commun, l'ODMCO (objectif des dépenses en médecine, chirurgie, obstétrique).

[445] Pour autant, du point de vue comptable, et dans le cadre de la Commission des comptes de la Sécurité sociale, les présentations effectuées continuent de distinguer le secteur public et privé. Une nouvelle nomenclature comptable conforme aux décompositions en sous-objectifs de l'ONDAM est en cours de montée en charge à partir de l'exercice 2008.

[446] Du point de vue du suivi infra-annuel reposant sur des données statistiques, le suivi des composantes ex DG ou ex OQN s'opère selon des modalités différentes.

- Le champ ex OQN relève d'un suivi à partir des données issues du SNIIRAM effectué par la CNAMTS à partir des versements effectués par les régimes obligatoires d'assurance maladie, sur la base des facturations transitant notamment par les caisses centralisatrices de paiement. Le suivi statistique donne lieu à des redressements en date de soins.
- Le champ ex DG est quant à lui suivi dans le cadre des informations issues des données consolidées par l'ATIH dans le cadre du processus de valorisation de l'activité (applicatifs MAT2A).

[447] Le dispositif de facturation directe appliqué au champ ex DG pourrait conduire à unifier le dispositif de suivi statistique des versements aux ES au titre de l'activité via l'alimentation du SNIIRAM.

1.3. La qualité du suivi des ex OQN s'améliore mais a connu de réelles difficultés accentuées par les changements de règles du jeu

[448] Il est important de rappeler les difficultés rencontrées au cours des dernières années dans le suivi des versements de l'assurance maladie aux ES ex OQN, pour mesurer l'impact possible d'un changement du mode de suivi des dépenses des ES ex DG.

[449] De nombreux rapports ont pointé au cours des dernières années les relatives fragilités du suivi des dépenses des ex OQN MCO¹⁵³. On rappellera également les difficultés rencontrées au cours de l'exercice 2006 dans la mise en place d'une régulation tarifaire infra-annuelle, liée en partie à la question de la fiabilité des données statistiques de suivi à ce niveau¹⁵⁴. La création de l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée¹⁵⁵ s'inscrit d'ailleurs dans ce prolongement.

[450] Il est vrai que les difficultés les plus importantes ont été concomitantes aux années de réforme 2005 et 2006 (avec le passage à la T2A et simultanément à la mise en place de la CCAM), qui ont occasionné des retards importants de facturation. Néanmoins, et sur la base de ces rapports, ainsi que des travaux de l'Observatoire depuis un an, les principaux éléments qui subsistent en matière de suivi des dépenses des ES ex OQN sont les suivants :

- complétude insuffisante du SNIIRAM, liée à une alimentation des autres régimes obligatoires d'assurance maladie parfois erratique ou tardive (notamment les SLM, le RSI) ;
- questions liées à une insuffisante harmonisation des règles de rattachement aux différents sous-objectifs de l'ONDAM hospitalier, en partie liées aux problèmes de listes d'établissements ;
- importance des réformes intervenues au cours des dernières années, rendant particulièrement difficile toute analyse statistique, qui suppose pour faire des extrapolations annuelles de s'appuyer sur des séries historiques relativement stabilisées ;
- absence de mise en œuvre d'une base informationnelle à partir notamment de la CCDP ou du point d'entrée unique (PEU) sur le suivi de ces dépenses.

¹⁵³ On citera ainsi les rapports annuels de la Cour des comptes sur l'exécution des LFSS, et notamment ceux de 2006 et 2007, mais également le rapport IGAS/INSEE sur le suivi des dépenses hospitalières de juin 2008.

¹⁵⁴ La régulation tarifaire décidée par le Gouvernement avec une baisse des tarifs au 1^{er} octobre, a par la suite été invalidée par le Conseil d'Etat.

¹⁵⁵ L'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée a été créé par la LFSS 2007, le décret du 15 mai 2007, et installé en septembre 2007.

- [451] Le dernier rapport de l'Observatoire établi sur au titre de l'année 2007¹⁵⁶ met d'ailleurs en lumière des difficultés d'interprétation sur l'évolution des dépenses au titre des ES ex OQN du champ MCO, la source SNIIRAM confrontée à une analyse menée par l'ATIH avec des redressements effectués à partir des bases PMSI mettant en lumière des écarts sur le taux de progression annuel de ces dépenses. Des travaux sont néanmoins en cours pour poursuivre cette amélioration statistique.
- [452] On remarquera s'agissant du secteur ex DG que le suivi statistique mis en place n'a pas rencontré les mêmes difficultés, même si le secteur a également été confronté à des modifications importantes dans les paramètres de la campagne budgétaire (taux de T2A, suppression du taux de conversion, ...).

1.4. *Le passage à la facturation directe pour les ex DG devrait être assortie de garanties durant la période transitoire, et surtout d'un engagement fort des OAM sur l'alimentation du SNIIRAM*

- [453] Les enseignements tirés du suivi actuel des dépenses d'assurance maladie via le SNIIRAM doivent inciter à une certaine prudence dans l'hypothèse d'un changement de mode de versement par les OAM aux ES ex DG. Cette prudence avait d'ailleurs été recommandée par le rapport IGAS/INSEE précité, notamment dans l'hypothèse d'une mise en œuvre de la facturation directe, comme le soulignaient ses auteurs.
- [454] Aux éléments énumérés ci-dessus, s'ajouteront inévitablement les inconvénients liés à la montée en charge de la réforme, qui pourrait occasionner au moins pendant plusieurs mois, de profonds retards de facturation, eux-mêmes très variables selon les établissements.
- [455] Même en cas de mise en œuvre précédée d'une expérimentation pour un ensemble d'établissements, le suivi annuel et a fortiori infra annuel va être profondément affecté :
- le rythme de facturation des ES au cours des premiers mois d'application sera très certainement heurté et erratique ; il n'est pas déraisonnable de penser que ceci aura des répercussions sur le suivi de l'ONDAM hospitalier pendant les deux à trois ans consécutifs à cette réforme (le suivi annuel ou infra annuel suppose de faire des comparaisons par rapport à des exercices de référence) ;
 - l'estimation de fin d'exercice pour la constatation des produits à recevoir pour les ES, et partant des provisions à estimer pour les OAM sera rendu particulièrement difficile.

¹⁵⁶ Rapport de l'Observatoire, juin 2008.

Conclusion :

- [456] Compte tenu de ces incertitudes, la mission estime nécessaire de prévoir certains mécanismes garantissant le suivi des dépenses de l'ONDAM :
- pendant la phase d'expérimentation, prévoir un système parallèle de gestion fondée sur les applicatifs de valorisation de l'ATIH, ce qui alourdira la charge de travail pour opérer des rapprochements entre les sources utilisées ;
 - même dans l'hypothèse d'une généralisation ultérieure, le déploiement du suivi à partir du SNIIRAM devra être précédé de ce même dispositif de suivi en double ;
 - dans tous les cas, le passage à la facturation directe ne peut raisonnablement être envisagé sans la poursuite de travaux déjà engagés de la part des OAM et de l'UNCAM sur l'amélioration réelle de l'alimentation du SNIIRAM et des moyens pour fiabiliser la qualité des données relatives aux établissements de santé.
- [457] En conclusion, la mission estime qu'au regard du suivi annuel et surtout infra annuel de l'ONDAM hospitalier, les risques de discontinuité dans les outils de suivi des principaux agrégats de l'ONDAM doivent être pris en compte à l'occasion de la réforme facturation directe.

Annexe 4 : La télétransmission entre ES, AMO et comptables

La présente fiche précise les éléments techniques liés au dispositif de télétransmission

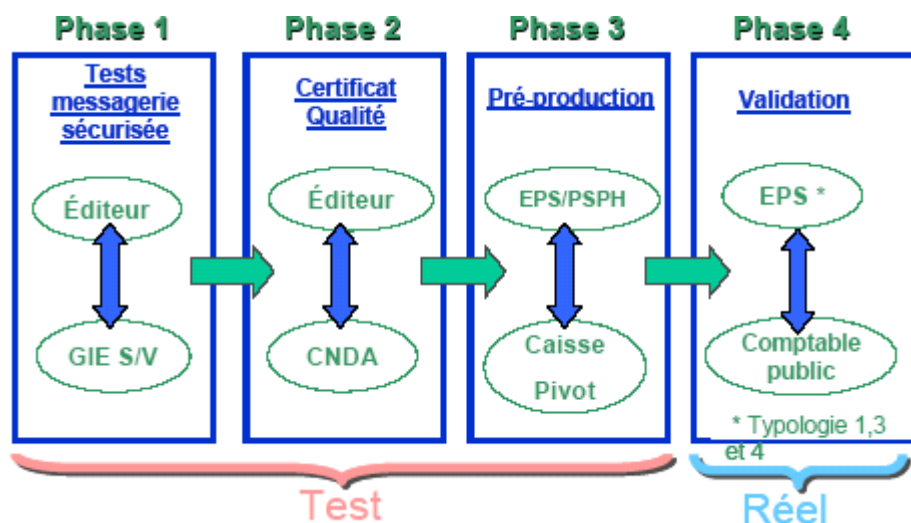
- [458] La télétransmission des flux entre les établissements de santé (ou l'infrastructure d'échange sécurisée), émetteurs et les caisses des régimes obligatoires d'assurance-maladie est un élément nodal et préalable de la mise en œuvre de la facturation directe. En effet, eu égard à la volumétrie estimée des flux qui devront s'échanger en lieu et place du mode de financement fondé sur une facturation agrégée, seul un dispositif de flux électroniques permet de répondre à cet enjeu.
- [459] Ce sujet a fait l'objet depuis de nombreuses années de travaux entre les partenaires concernés, DHOS, DGFIP et CNAMTS. Le protocole de juin 2006 avait précisément pour objet d'accélérer un processus antérieur (un précédent protocole avait été signé en 2003 sur le même sujet).

1.1. La télétransmission est un cadre partagé entre les acteurs, hôpitaux, AMO et comptables

- [460] D'un point de vue strictement technique, la télétransmission suppose pour se déployer pleinement des actions conjuguées entre l'ensemble des acteurs émetteurs ou récepteurs de flux aux différents stades du processus. Le retard enregistré encore aujourd'hui résulte de la conjonction de facteurs impliquant l'ensemble des partenaires, ES et pour leur compte les éditeurs de logiciels, OAM et Trésor public (notamment le SNN). S'agissant des OAM, ce sont plus précisément deux entités particulières, le CNDA et le GIE Sésame Vitale qui interviennent.
- le GIE Sésame Vitale valide les logiciels de messagerie sécurisée développés par les éditeurs de logiciels des ES ;
 - le CNDA agréé et certifie les logiciels de facturation présentés là encore par les éditeurs de logiciels ; cet agrément s'effectue notamment pour tenir compte des évolutions techniques de la norme B2¹⁵⁷.
- [461] Les diverses phases préalables aux tests et au déploiement de la télétransmission entre les acteurs présupposent donc que tous les acteurs soient prêts.
- [462] Le schéma décrit ci-dessous montre les principales étapes du processus de déploiement tel que prévu par le protocole de 2006.

¹⁵⁷ La norme B2 est un standard d'échange entre les professionnels de santé et les OAM, permettant in fine le paiement par ces derniers des prestations de soins réalisées. Cette norme est susceptible d'évoluer en fonction des évolutions réglementaires liées aux règles de prise en charge des prestations de soins par l'assurance maladie (mise en place de la participation de 1 €, du forfait de 18 €, codage des médicaments rétrocédés,...).

Schéma 13 : Schéma des phases / doc ARHIF



1.2. L'état actuel de la télétransmission

- [463] La télétransmission a beaucoup évolué depuis la signature du protocole de juin 2006.
- [464] L'accélération du processus de télétransmission s'est produite principalement à partir de 2007 et surtout 2008.
- [465] La courbe qui suit montre le rythme de progression sur l'entrée dans le processus des phases de tests par les établissements.

Tableau 10 : Evolution du nombre d'établissements entrés en phase de test

Nombre de tests débutés	ES (entités géographiques)
janv-07	9
juin-07	227
janv-08	553
juin-08	600
août-08	604

Source : CNAMTS

- [466] Selon les dernières données communiquées à la mission, les chiffres de septembre 2008 peuvent être analysés ainsi.
- [467] Sur 873 établissements (périmètre calculé en termes d'entités juridiques), à la date du 1^{er} octobre 2008, leur répartition en fonction du degré d'avancement est la suivante :
- 687 ont débuté les tests,

- 505 ont fini leurs tests, dont 207 ont obtenu un PV de phase 4, indiquant donc une capacité à télétransmettre sur l'ensemble du processus. On relèvera que le mécanisme dit de « couloir » (lié à l'architecture informatique de l'assurance maladie) conduit à faire délivrer un PV de phase 4 pour un ensemble d'établissements).

[468] L'objectif pour fin 2008 est d'avoir 700 à 800 ES qui télétransmettent, sachant que ces données montrent néanmoins que 200 établissements n'ont toujours pas commencé les tests.

[469] L'analyse sur le fonctionnement en rythme de croisière est plus faible. Ce chiffre est nettement inférieur puisqu'à la date du 1^{er} septembre, les CHU sont assez en avance par rapport aux autres catégories d'établissements de santé avec 10% d'entre eux qui sont entrés en phase de production en réel, les autres établissements en étant à ce stade représentant 3% seulement. La comparaison de ces données avec celles de la CNAMTS sur le même périmètre, fait apparaître des différences mineures. Ces chiffres correspondent, en termes d'entités géographiques, à un total de 115.

Tableau 11 : Nombre et part relative des établissements de santé en test ou en production

	Nombre d'ES	Part relative	Tests débutés (nbre)	Tests débutés (en %)	Réel (nbre)	Réel (%)
CHU	30	5%	28	93%	3	10%
Autres établissements	568	95%	450	79%	12	2,10%
Total	598	100%	478	79%	15	2,50%

Source : DHOS

[470] Le degré d'avancement des phases de test est aussi lié à la nature de la norme utilisée. Les établissements en norme sécurisée (soit à partir de la norme B2/2003 ou B2/2005), sont plus avancés dans les phases de tests que ceux qui ne sont pas encore passés à une norme sécurisée : 81% des établissements étant passés à l'une ou l'autre de ces normes sont engagés dans les phases de tests.

Annexe 5 : Estimation de la volumétrie et impact sur les effectifs des trois réseaux du projet de facturation directe

- [471] La présente fiche rassemble différentes données permettant d'appréhender l'impact éventuel sur les effectifs des trois principaux acteurs et réseaux du passage à la facturation directe.
- [472] Le projet de facturation directe est construit sur un schéma de télétransmission préalable. Si la télétransmission permet d'éviter des envois matériels de factures entre structures, elle ne supprime pas pour autant les tâches d'initialisation de la facture (à la charge de l'ordonnateur de l'établissement de santé), ni les tâches de suivi de celle-ci aux différents niveaux, ni le cas échéant celles consécutives à des rejets (correction, voire réinitialisation).
- [473] Ce sont ces différents éléments que la mission a cherché à cerner à partir des données existantes, soit par analogie avec les cliniques privées, soit par référence aux flux aujourd'hui traités par les comptables.
- [474] Il n'existe toutefois pas d'étude menée aujourd'hui par chacun des acteurs pour estimer l'impact organisationnel et humain possible de ce dispositif.
- [475] Les tableaux suivants indiquent pour chacun des acteurs les volumes attendus dans le cadre du passage à la facturation directe.

1.1. L'impact sur les établissements de santé

- [476] D'un point de vue méthodologique, les estimations réalisées par la mission ont été établies à partir des données tirées du rapport de la MAEC (données de 2006) redressées pour tenir compte de la part des établissements PSPH (non inclus dans cette étude, sur l'hypothèse que le volume d'activité des établissements publics représente 90% du total).
- [477] L'estimation du nombre total de factures généré par le passage à la facturation directe est la suivante : l'information issue de l'ATIH sur le nombre de séjours et actes et consultations externes (ACE) est de 65 millions par an, se décomposant en 15 millions de séjours et 50 millions d'ACE. Par simplification, on considère que les 6,5 M de factures AME, CMU-C et rétrocession, représentent autant de séjours et ACE, cette hypothèse permettant d'éviter des doubles comptes. Il en résulte que le volume de factures généré par le passage à la facturation directe est estimé à 58,5 Millions.
- [478] La réforme se traduit donc par une augmentation dans un rapport de 1 à 3 comparativement à aujourd'hui.

Tableau 12 : Estimation de l'évolution du volume pour les hôpitaux

établissements anciennement sous dotation globale	système transitoire	facturation directe
Estimation du volume de factures à traiter		
nature de débiteurs/nombre factures ou titres		
Particuliers	8 111 111	8 111 111
mutuelles	17 444 444	17 444 444
AME CMU-C rétrocessions conventions internationales	6 500 000	6 500 000
AMO	10800	58 500 000
Total	32 066 356	90 555 556
facteur multiplicatif		2,9

Source : Tableau établi par la mission à partir des données DHOS et DGFIP

- [479] Il n'existe pas d'étude générale sur les impacts éventuels du passage à la facturation directe en termes de moyens en personnels requis dans les services facturiers des hôpitaux.
- [480] On relèvera que même en cas de télétransmission, la charge la plus lourde reste du côté des établissements de santé qui doivent initialiser le processus. On peut néanmoins penser, que depuis la suppression du taux de conversion, le travail d'appariement des données de codage d'une part, et des données administratives d'autre part est réalisé.
- [481] Par ailleurs, on pourrait également supposer que les réorganisations en cours ou à venir pourraient permettre d'optimiser les moyens des services facturiers.
- [482] La mission retiendra donc comme seule charge supplémentaire pour les hôpitaux, celle liée au traitement des rejets. En rythme de croisière, le taux de rejets peut être estimé au niveau actuellement observé pour les cliniques, soit de l'ordre de 6%.
- [483] La mission a pu recueillir des données sur les sites visités :
- Pour le CHU de Bordeaux, les équipes en charge des rejets tous débiteurs confondus représente 6 ETP, et à partir d'un taux de rejet de 5%, représentant 500 000 titres supplémentaires, un doublement de l'équipe serait nécessaire ;
 - Pour le CH de Saint-Denis, l'équipe chargée des rejets représente 4 ETP, et l'établissement envisage au moins un triplement.
- [484] A partir de ces exemples, une hypothèse très sommaire mais prudente consiste à retenir un besoin futur de 2 ETP en moyenne par établissement, soit pour 600 entités juridiques, un besoin de l'ordre de 1200 ETP.

1.2. L'impact sur le réseau du Trésor public

- [485] Pour le réseau des comptables publics, on ne reprend que les données du champ public. On aboutit à une évolution dans un rapport de 1 à 3 également, la seule différence avec les établissements de santé résidant dans la non prise en compte des flux des privés PSPH. Celle-ci ne change pas les résultats en ordre de grandeur.

Tableau 13 : Estimation de l'évolution du volume pour les comptables publics

Postes comptables DGFIP secteur hôpital				
Estimation du volume de factures à traiter				
nature de débiteurs/nombre factures ou titres			Système transitoire	facturation directe
Particuliers			7 300 000	7 300 000
mutuelles			15 700 000	15 700 000
AME	CMU-C	rétrocessions conventions internationales	5 850 000	5 850 000
AMO			9 720	52 650 000
Total			28 859 720	81 500 000
facteur multiplicatif				2,8

Source : Tableau établi par la mission à partir des données DGFIP

[486] Les données disponibles sur les effectifs du réseau du Trésor public permettent de confronter cette évolution de volume avec la part des effectifs du réseau affectés aux missions de recouvrement des titres de recettes. Sur un total de 6000 ETP exerçant une activité hospitalière, près du tiers, soit 2000 sont affectés aux fonctions de recouvrement des titres de recettes, incluant naturellement les titres de recettes concernant d'autres débiteurs que les régimes d'AMO.

[487] Pour estimer la charge de travail supplémentaire, on considère que chaque titre envers les personnes physiques et l'AMC compte pour 1 (dès lors que la plupart de ces titres sont manuels), et que chaque titre AME, CMU-C, et rétrocession, et les titres en facturation directe sont considérés comme gérés en télétransmission, ce qui génère une charge de travail comptée pour zéro (processus automatique), sauf pour les titres rejetés qui comptent autant que pour un titre manuel, soit 1, mais en tenant compte du taux de rejet estimé à 10% (taux moyen de rejet NOEMIE), soit un coefficient estimé à 0,1.

[488] La mission en déduit une augmentation de la charge de travail d'environ 20%, ce qui représente un équivalent ETP de l'ordre de 400 ETP.

Tableau 14 : Estimation de la charge de travail supplémentaire pour les comptables liée aux rejets

	Volume actuel	Coefficient de conversion	Equivalent charge de travail	Volume futur	Coefficient de conversion	Equivalent charge de travail	Taux d'augmentation
particuliers	7300000	1	7300000	7300000	1	7300000	
mutuelles	15700000	1	15700000	15700000	1	15700000	
AME CMU-C retrocessions conventions internationales	5850000	0,1	585000	5850000	0,1	585000	
AMO	9720	1	9720	52650000	0,1	5265000	
Total	28859720		23594720	81500000		28850000	+22%

Source : Tableau établi par la mission, source DGFIP

1.3. L'impact pour les organismes d'assurance maladie

[489] Pour les organismes d'assurance maladie, deux hypothèses sont réalisées, la première reposant sur un nombre de flux des cliniques privées correspondant au nombre de séjours, la seconde tenant compte du fait que les flux des cliniques sont éclatés en plusieurs mandatements (tenant compte du nombre de lignes du bordereau 34-04).

[490] Ces deux calculs aboutissent à un facteur multiplicatif très faible si on rapporte ces nouveaux flux à la totalité des flux B2 ou Sesame dans les OAM, mais plus significatifs si l'on raisonne dans le seul sous ensemble des versements aux établissements, avec une fourchette comprise entre 2 et 5. La mission retiendra dans la suite de son raisonnement l'hypothèse basse, dans la mesure où le bordereau des hôpitaux n'aura pas l'équivalent du « bas » du bordereau 34-04 avec les honoraires. En revanche, il faut prendre en compte le sujet complexe des ACE, qui n'existe pas pour les cliniques en flux B2 (ce sont des flux Sésame-Vitale). Les deux éléments combinés aboutissent sans doute à une estimation de facteur multiplicatif intermédiaire entre les deux bornes de la fourchette.

Tableau 15 : Estimation de l'évolution du volume pour les organismes d'assurance maladie

Caisses d'Assurance Maladie Obligatoire	système transitoire	facturation directe
H1 : flux des cliniques = nombre de factures		
nature de flux/nombre de factures		
Cliniques	7 000 000	7 000 000
Etablissements ex-DG AME CMU-C	6 500 000	6 500 000
Etablissements ex-DG AMO	10 800	58 500 000
sous-total établissements	13 510 800	72 000 000
facteur multiplicatif		5,33
SESAM VITALE	1 000 000 000	1 000 000 000
total général	1 013 510 800	1 072 000 000
facteur multiplicatif		1,06
H2 : flux des cliniques = nombre de mandatements, tenant compte notamment du bas du bordereau 3404		
nature de flux/nombre de factures		
Cliniques	40 000 000	40 000 000
Etablissements ex-DG AME CMU-C	6 500 000	6 500 000
Etablissements ex-DG AMO	10800	58 500 000
sous-total établissements	46 510 800	105 000 000
facteur multiplicatif		2,26
SESAM VITALE	1 000 000 000	1 000 000 000
total général	1 046 510 800	1 105 000 000
facteur multiplicatif		1,06

Source : Tableau établi par la mission à partir données CNAMTS

[491] De la même manière que pour les autres acteurs, l'estimation de la charge de travail sur les caisses d'assurance maladie a été effectuée à partir des diverses sources d'information croisées.

- [492] La mission n'a pu procéder à une enquête de terrain sur un échantillon ; aussi les chiffres évoqués ci-après doivent être pris avec prudence, ne constituant que des exemples qu'il conviendrait de valider à une échelle plus large.
- [493] La **CPAM de Bobigny** a entamé depuis plusieurs mois une réorganisation progressive de ses services pour tenir compte de la perspective de la facturation directe.
- [494] A la CPAM de Bobigny (1850 ETP), dont 900 affectés à la production (par opposition avec la gestion du risque), le pôle Etablissements comporte aujourd'hui 15 ETP (10 sur le champ des cliniques- 8 techniciens, 1 référent et 1 cadre- et 8 sur le champ Hôpital- 5 techniciens, 2 référents et 1 cadre) ; il aurait vocation à augmenter de 4 ETP dans le cadre du passage à la facturation directe. Ces estimations ont été faites sur la base d'une hypothèse de multiplication par 4 de la volumétrie estimée par les ES concernés.
- [495] Pour la **CPAM de Chartres**, le facteur multiplicatif est de 9 (passage de 140 000 à 900 000 factures), mais il n'y a pas de données aussi fines que pour la CPAM 93 et pas de projection, ni d'esquisse de réorganisation à ce stade.
- [496] Par ailleurs, la mission a obtenu une note de chiffrage estimatif de l'impact du passage à la facturation directe dans le réseau du Régime général. Cette note fait apparaître un besoin projeté de 150 ETP lié à la mise en place de la facturation directe.
- [497] Ces données méritent toutefois d'être rapportées aux données de comptabilité analytique du réseau de l'assurance maladie de la CNAMTS.

Tableau 16 : Ventilation analytique des moyens humains du réseau CNAMTS

	2004	2005	2006
Règlements aux établissements	545	552	735
Total Production des CPAM	35092	33303	31179
Ratio	2%	2%	2%
Détail activité règlement aux ES			
Tarification à l'activité-TAA	125	166	Nd
Règlements Ets hors TAA et forfaits	286	257	Nd
Règlements forfaits Etablissements	134	129	Nd
91 - 2210 Ets public & PSPH	nd	nd	220
91 - 2220 Ets privés	nd	nd	345

Source : CNAMTS/ comptabilité analytique

- [498] Au niveau de la production, le chiffre actuel des effectifs dédiés aux factures des cliniques privées est de 345 et de 220 pour les ES publics et PSPH, soit un total de 560 ETP. En appliquant le facteur multiplicatif de 2, on aboutit plutôt à un besoin supplémentaire de l'ordre de 500 ETP. Ce chiffre ne comprend pas les effectifs de la MSA (concernée par la CPU), ni a fortiori l'impact sur les caisses gestionnaires d'autres régimes, qui au final auront également des contraintes en termes de suivi des flux et traitement des rejets.

Annexe 6 : Impact du passage à la facturation directe sur les délais de facturation et de paiement dans les ES ex DG

[499] La présente fiche décrit les différences existant aujourd'hui entre les établissements ex OQN et les établissements ex DG s'agissant des délais de facturation pour les établissements de santé et des délais de paiement par les organismes d'assurance maladie.

[500] D'un point de vue théorique, pour un établissement de santé, le besoin en fonds de roulement (BFR), lié au décalage entre la production des soins et le versement des sommes dues par l'AMO est constitué de l'addition de trois délais.

[501] $BFR = D1 + D2 + D3$, avec

- D1, délai entre l'entrée du malade et la sortie ;
- D2, délai entre la sortie du malade et le codage des actes, le classement en GHS, et le rassemblement d'éléments administratifs pour l'émission de la facture (ou **délai de facturation**);
- D3, délai entre l'envoi du bordereau par l'établissement et le paiement (**délai de paiement**).

[502] Le **délai de recouvrement** correspond à l'addition des délais de facturation et des délais de paiement.

1.1. Les mécanismes applicables aux établissements privés ex OQN

1.1.1. Les délais de paiement

[503] Pour les établissements ex OQN, les mécanismes de versement de la part relevant des organismes d'assurance maladie obligatoire sont déterminés par les dispositions du Code de la sécurité sociale (art R 174-17 et suivants- décret du 26 décembre 2000 modifié) et notamment le mécanisme de la Caisse centralisatrice des paiements (CCDP). Cette organisation a été maintenue dans son principe dans le cadre du passage à la T2A en 2005.

[504] Ce dispositif de base reposant sur le principe d'un versement d'un acompte de 85% du montant de la facture dans un délai maximum de 4 jours par la CCDP et du solde à l'issue de la liquidation par la caisse gestionnaire. Les délais de paiement aujourd'hui constatés par la CNAMTS sont de 11,58 jours au 2^{ème} semestre 2007, ce délai étant variable selon les régimes. On relèvera que s'agissant du régime général qui représente 77,21% des assurés pour les versements aux cliniques, le délai est légèrement supérieur à 10 jours.

Tableau 17 : Délais moyens de paiement des factures des cliniques privées par les CCDP

REGIMES	DELAI MOYEN
	2nd Semestre 2007
REGIME GENERAL	10,05
MGEN	12,54
MG	21,61
MGP	9,29
MFP	9,69
MNH	14,91
MNAM	11,18
MSA	17,28
R.S.I	18,53
SNCF	19,91
RATP	24,63
ENIM	16,08
MINES	23,08
CNMSS	14,07
BANQUE DE France	12,31
CRPCEN	13,83
CCIP	14,4
ASSEMBLEE NATIONALE	15,96
SENAT	14,55
Port Autonome de Bordeaux	11,82
CAVIMAC	13,45
Délai moyen pondéré	11,58

Source : CNAMTS/ données de paiement sur les cliniques privées

[505] Au total, sur la base d'un calcul pondéré, le délai moyen de paiement des cliniques de la totalité de la facture ressort à 5,14 jours¹⁵⁸.

1.1.2. Les délais de facturation

[506] Sur la base d'informations recueillies auprès de cliniques privées, l'impact du passage à la T2A a créé un allongement du délai D2, compte tenu d'une complexité plus forte du processus de facturation notamment sur le volet médical (codage de l'ensemble des actes et diagnostics sous la responsabilité du DIM). Ce délai serait passé de 3 à 8 jours entre 2004 et 2007, le délai de règlement ayant quant à lui été réduit sur la même période. On peut en revanche considérer que le délai D1 est invariant à case-mix inchangé pour un établissement donné. Ce délai observé ne reflète sans doute pas la réalité de tous les établissements.

¹⁵⁸ 85% de la facture est payée par un acompte versé dans un délai maximum de 4 jours, et le solde de 15% dans un délai moyen pondéré de 11,58 jours, soit un total pondéré de 5,14 jours.

1.2. Les mécanismes applicables au public

1.2.1. Le dispositif de versement actuel

- [507] Le dispositif en vigueur actuellement pour les établissements de santé ex DG repose sur la facturation agrégée à un rythme mensuel, qui donne lieu à des versements fractionnés selon un calendrier défini réglementairement.
- [508] Du point de vue du délai de recouvrement total, on peut considérer que le délai de paiement est aujourd'hui assez long, tempéré il est vrai par l'existence d'acomptes.
- [509] Ainsi, comme le montre le tableau suivant, le délai moyen de recouvrement d'une facture du 15 du mois M est de 73,5 jours, compte tenu des acomptes versés. Le délai en BFR à partir de la sortie du patient est donc de 73,5 jours.

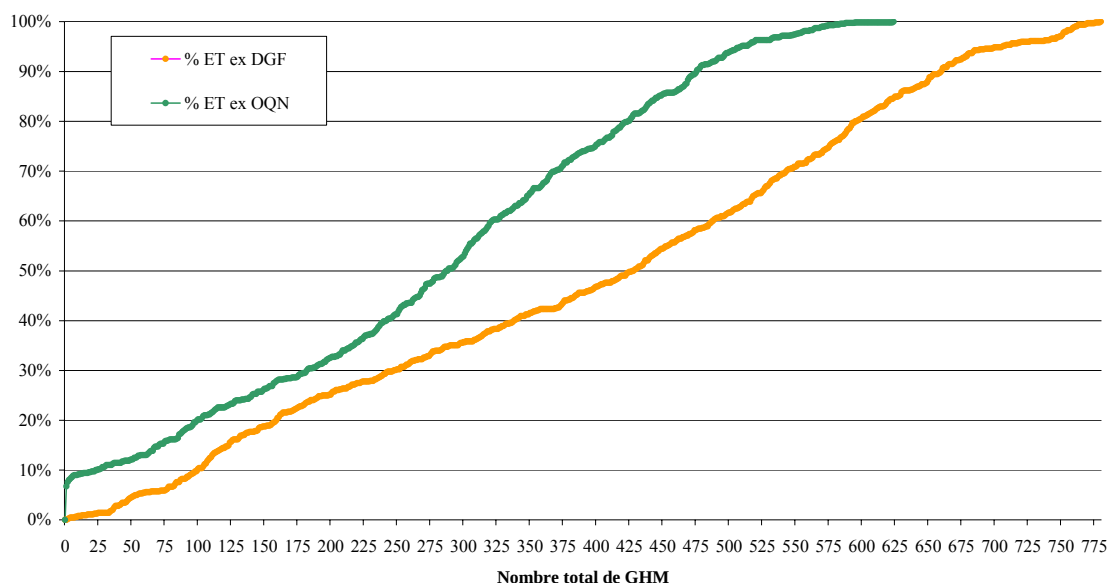
Tableau 18 : Tableau de transmission des données, de leur valorisation et de leur paiement avec un exemple de l'activité de mars

Date des soins	Date de transmission à l'ARH	Date de valorisation par l'ARH	Date de paiement des acomptes	Date de paiement
m 15 mars	m+1 30 avril	m+1,5 15 mai	Le 15 de M+2 versement de 25% du 12ème des ressources de n-1 15 mai	Le 5 de m+3 versement du solde = (montant notifié en m+2) – (acomptes de 25 % R de n-1+45% R de n-1) 5 juin
			Le 25 de M+2 versement de 45 % du 12ème des ressources de n-1 25 mai	

- [510] S'agissant du **délai de facturation** (délai D2), on peut supposer que le passage à la facturation directe va modifier complètement le processus interne aux établissements de santé, entre l'appariement de données administratives et de données médicales sous l'égide du DIM. Le délai de facturation interne à l'ES est de 45 jours maximum, auxquels s'ajoutent 15 jours du côté de l'ARH.
- [511] Ces délais sont néanmoins les délais réglementaires maximum. Aujourd'hui, il n'existe pas de mesure systématique des délais de construction de la facture dans les ES, avec une décomposition permettant d'attribuer aux différents services la part qui lui revient. Les travaux de la MEAH engagés avec certains ES volontaires mettent l'accent sur ce point, et recommandent une meilleure connaissance de ce processus.
- [512] Le passage à la facturation directe supprime de fait le délai de l'ARH. En outre, l'établissement de santé, moyennant des changements importants du point de vue organisationnel, peut réduire son délai de facturation dans le cadre du passage à la facturation directe.
- [513] La réduction du délai D2 ne permet sans doute pas d'atteindre le niveau observé par certaines cliniques, compte tenu des différences de case mix et de complexité des cas que l'on peut observer entre le champ ex OQN et ex DG.

- [514] Le principal facteur qui peut contribuer à allonger le délai de production de la facturation, en dehors des facteurs organisationnels, est relatif à la complexité du codage, elle-même liée à la diversité des activités pratiquées ; celle-ci peut se mesurer à travers la concentration de l'activité sur un nombre plus ou moins important de GHS. Le graphique qui suit met en lumière cet écart, avec une indication sur le pourcentage d'établissements de santé ayant besoin de X GHM pour la description de leur activité : on remarque que 75% des cliniques n'ont pas besoin de plus de 400 GHM pour la description de leur activité, contre 576 pour la même fraction des ES ex DG.

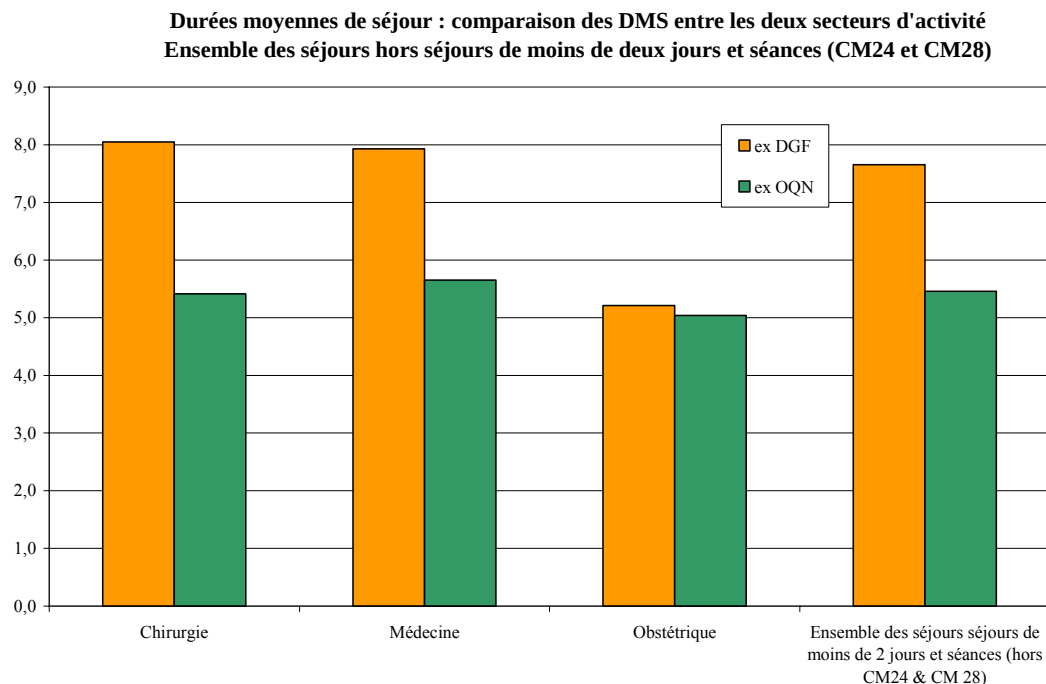
Pourcentage d'établissement ayant au plus n GHM



Source : ATIH

- [515] On peut en outre penser que le délai D1 n'évolue qu'en fonction du case-mix lui-même. S'agissant de l'appréciation de son impact sur le BFR, les différences de case-mix entre les secteurs ex DG et ex OQN peuvent conduire à une différence de BFR. En effet, plus le case-mix d'un établissement de santé est concentré sur des durées de séjour longues, plus le BFR augmente, toutes choses égales d'ailleurs. Les analyses à partir des DMS observées sur les bases PMSI permettent effectivement de mettre en lumière des écarts notamment sur les séjours de médecine et de chirurgie, comme le montre le graphique suivant. Les écarts de DMS constituent à eux seuls des écarts de BFR.

Graphique 1 : Ecart de DMS



Source : ATIH

[516] Dans le schéma de passage à la facturation directe, le délai de paiement est susceptible d'être fortement amélioré, si l'on transpose les délais observés pour les cliniques. Le délai moyen de 11,58 jours peut être repris, même s'il n'y a pas d'application du délai de 4 jours au titre du versement de l'acompte.

1.3. Récapitulatif des différences actuelles et futures entre les ES ex DG et ex OQN sur le besoin en fonds de roulement

Tableau 19 : Comparaison de la situation actuelle et future en termes d'évolution du BFR pour les ES ex DG

	Situation actuelle facturation agrégée	Situation future facturation directe
Délai D1 : durée du séjour	Dépend du case-mix	Situation inchangée toutes choses égales d'ailleurs
Délai D2 : facturation	Non connu, mais plutôt autour de 45 jours maximum + 15 jours / délai ARH	Délai qui peut se réduire, sans atteindre le niveau des cliniques ; hypothèse de 15 jours
Délai D3 : paiement	Délai de 73 jours	Délai moyen observé sur les cliniques hors effet de acompte, soit un délai de l'ordre de 8 jours en moyenne tous régimes

Source : Tableau établi par la mission

- [517] En récapitulatif, on peut considérer que le BFR des ES ex DG pourrait en rythme de croisière se réduire, sous l'effet principal de la réduction du délai de paiement, mais aussi du délai de facturation. Cette analyse néglige à ce stade la question de la période transitionnelle qui pourrait se caractériser par des difficultés (rejets de factures, adaptation de l'organisation).

1.4. *Impact sur la trésorerie des établissements de santé du changement de logique*

- [518] Les hypothèses retenues par la mission pour apprécier le changement de logique de facturation sont les suivantes, compte tenu du tableau précédent :
- le délai interne de facturation des ES est appelé à changer au terme de la période transitionnelle, et les établissements seront fortement incités à facturer rapidement ;
 - le délai de paiement par la CPU peut être calé sur celui applicable aux cliniques (pour la part des 15% hors acompte) soit 11,58 jours.
 - cette analyse ne tient pas compte de l'impact de la remise en cause des avances consenties aux ES dans le cadre du passage à la T2A, ni des éventuels soldes au titre de l'article 58 de la réforme de 1983.
- [519] On peut donc penser que le délai global et le BFR des établissements va se réduire : les établissements factureront au fil de l'eau (hypothèse d'un délai de facturation par rapport à la date de soins/sortie du patient de 15 jours, ce qui constitue une hypothèse haute (réduction des $\frac{3}{4}$ par rapport à la situation actuelle). Au total par rapport à la date de soins, le délai de recouvrement pour l'établissement sera ramené à 25 jours au lieu de 73 jours, soit un gain de 50 jours au terme de la montée en charge du dispositif et de l'atteinte du rythme de croisière.
- [520] Le changement de rythme de paiement représente l'équivalent de 4,5 MM.€, calculé sur un montant annuel de versement au titre de la T2A de 32 MM.€.
- [521] Le coût de ce changement de rythme de paiement doit être mis en balance des avances consenties aux hôpitaux au moment du passage à la T2A en 2005 et 2006 qui devront être apurées à ce moment, et qui représentent fin 2008 (une fois les compensations des dettes de l'article 58 effectuées) un montant total de 1,4 MM. €.
- [522] Au total, le solde de ces deux éléments aboutit à un effet d'amélioration possible de la trésorerie des hôpitaux de 3 MM.€ globalement avec un effet inverse sur celle de l'assurance maladie.

Annexe 7 : La succession des réformes qui ont impacté l'hôpital et les caisses d'assurance maladie depuis 2004

[523] La présente liste énumère de manière non limitative la succession des réformes à caractère financier intervenues entre 2004 et 2008.

➤ **2004 :**

Classification commune des actes médicaux (CCAM) : mise en oeuvre d'un référentiel commun des actes médicaux, entre le public et le privé, et entre la médecine de ville et l'hôpital.

Lancement de la réforme T2A avec application à 10% du financement de l'activité MCO.

➤ **2005 :**

Parcours de soins coordonné : le niveau de remboursement des soins varie suivant que le patient a eu, au préalable, recours ou non à son médecin traitant.

Participation forfaitaire « 1 euro » : à partir du 1^{er} janvier 2005, les actes ou consultations médicaux pris en charge par l'assurance maladie donnent lieu à une participation forfaitaire de 1 euro de la part du patient, avec un plafond par jour et par an.

Application de la T2A à 25% du financement de l'activité MCO.

➤ **2006 :**

Ticket modérateur 18 euros : certains actes donnent lieu à une participation forfaitaire du patient de 18 euros.

Contrat de bon usage : pour certains produits coûteux, facturés en plus du GHS, l'établissement doit s'engager par un « contrat de bon usage », qui nécessite de tracer leur utilisation.

Application de la T2A à 35% du financement de l'activité MCO.

Mise en place des pôles d'activité dans la gestion interne des hôpitaux.

➤ **2007 :**

Suppression du taux de conversion dans la facturation à l'AMO et passage à un rythme mensuel ;

Application de la T2A à 50% du financement de l'activité MCO.

Mise en place de l'EPRD (état prévisionnel des recettes et dépenses) et de la nouvelle procédure budgétaire des ES.

➤ **2008 :**

Codage unité commune de dispensation (UCD) : cette évolution implique de compléter, notamment dans la facturation, les données relatives aux médicaments rétrocedés

Passage à 100% du financement de l'activité MCO, et mise en place des coefficients de transition et géographiques.

Sigles

AM	Assurance Maladie
AMC	Assurance Maladie Complémentaire
AME	Aide Médicale État
AMO	Assurance Maladie Obligatoire
AP-HP	Assistance Publique -Hôpitaux de Paris
API	Applications, Programmes et Interfaces
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARL	Accusé de Réception Logique
ARS	Agence Régionale de santé
ATIH	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
ATU	Accueil et Traitement des Urgences
CBU	Contrat de Bon Usage
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CCDP	Caisse Centralisatrice De Paiement
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie -Travailleurs Salariés
CNC	Comité National de Coordination
CNCO	Comité National de Coordination Opérationnel
CNDA	Centre National de Dépôt et d'Agrément

CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPU	Caisse de Paiement Unique
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
DAC	Dotation Annuelle Complémentaire
DG	Dotation Globale de fonctionnement annuelle
DGFîP	Direction Générale des Finances Publiques
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DIE	Département Informatique d'Exploitation
DIM	Département d'Information Médicale
DMP	Dossier médical personnel
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DSS	Direction de la Sécurité Sociale
EPRD	Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
ES	Etablissements de Santé
ex DG	Etablissements anciennement sous dotation globale
ex OQN	Etablissements anciennement sous objectif quantifié national
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne
FFM	Forfait Petit Matériel
FHF	Fédération Hospitalière de France
FNCLCC	Fédération nationale des Centres de lutte contre le cancer
FSE	Forfait Sécurité Environnement
GHM	Groupe Homogène de Malade

GHS	Groupe Homogène de Séjour
GMSIH	Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier
HCL	Hospices Civils de Lyon
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IGF	Inspection Générale des Finances
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
LOLF	Loi Organique relative aux Lois de Finances
MAEC	Mission d'Audit, d'Evaluation et de Contrôle
MAINH	Mission Nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier
MAT2A	Applicatif de Gestion de la T2A développé par l'ATIH
MCO	Médecine, Chirurgie, (Gynécologie)-Obstétrique
MEAH	Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier
MFP	Mutualité Fonction Publique Services
MIGAC	Mission d'Intérêt Général et d'aide à la contractualisation
MSA	Mutualité Sociale Agricole
NOEMIE	Norme Ouverte d'Echange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs
ODMCO	Objectif de Dépense MCO
ONDAM	Objectif National de Dépense d'Assurance Maladie
OQN	Objectif Quantifié National
PF	Participation Forfaitaire 1e
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
RG	Régime Général
RSA	Résumé de Sortie Anonymisé
RSF	Résumé de Sortie de Facturation

RSI	Régime Social des Indépendants
RSS	Résumé de Sortie Standardisé
RUM	Résumé d'Unité Médical
SIH	Système d'Information Hospitalier
SLM	Section Locale Mutualiste
SMTP	Simple Mail Transfer Protocol
SNIRAM	Système National d'Information Inter-Régime de l'Assurance Maladie
SNN	Site National NOEMIE
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
T2A	Tarification à l'Activité
TJP	Tarif Journalier de Prestation
UCD	Unité Commune de Dispensation
UNRS	Union Nationale des Régimes Sociaux