



Ministère des affaires sociales et de la santé  
Ministère de l'économie et des finances

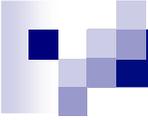
UNCAM

Projet FIDES

**Journée FIDES FEHAP**  
**Mardi 24 septembre 2013**

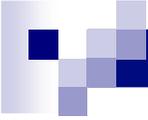
Version 0

[www.fides.sante.gouv.fr](http://www.fides.sante.gouv.fr)



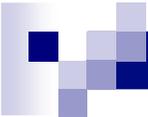
## Sommaire

- **Contexte et objectifs**
- Expérimentation
- Premiers bilans de l'expérimentation
- Comment se préparer ?
- Généralisation FIDES ACE
- Spécificités des établissements de santé PNL
- Annexes



## Qu'est – ce que FIDES ?

- **FIDES : Facturation Individuelle Des Etablissements de Santé à l'AMO**
  - Périmètre : Etablissements de santé publics et privés non lucratifs en T2A (MCOO), anciennement sous dotation globale
  
- **Un prolongement de la mise en place de la T2A prévue par la LFSS 2004**
  - **Dérogation pour les établissements de santé** publics et privés non lucratifs
    - Les séjours et les actes et consultations externes ne sont pas facturés à la caisse d'assurance maladie mais l'activité est déclarée via la plateforme e-PMSI et l'ATIH calcule la valorisation financière
  - **Dérogation repoussée plusieurs fois** car les acteurs n'étaient pas prêts techniquement, en matière d'organisation et de ressources humaines...
  
- **Le rapport IGAS/IGF de 2008 a préconisé de mener une expérimentation pour définir les conditions de généralisation aux établissements concernés**  
⇒ **C'est l'objet du projet FIDES qui a débuté en 2010**



## Contexte

- **La LFSS de 2013 a fixé la fin de la généralisation de la facturation individuelle au 1<sup>er</sup> mars 2016**
- **La 1<sup>ère</sup> phase de la généralisation concerne les actes et consultations externes ( FIDES ACE)**
- **A cette échéance, une grande part des recettes liées à l'activité des établissements de santé va reposer sur leur capacité à produire des factures de qualité au fil de l'eau. L'adaptation des organisations, la formation et la professionnalisation des équipes, la fiabilisation des données sont par conséquent autant de chantiers à engager sans attendre**
- **L'expérimentation FIDES et les conditions de sa généralisation sont présentées dans ce guide pour aider les établissements à se préparer à la facturation directe**



## Objectifs du projet FIDES

- Mettre à la disposition de la puissance publique les données **individuelles et détaillées** des établissements hospitaliers publics et privés non lucratif, **au fil de l'eau, et de manière sécurisée**
- ... dans un cadre qui en limite la complexité pour l'ensemble des acteurs : les établissements de santé, la Direction générale des finances publiques (DGFIP) pour les EPS, les organismes d'assurance maladie et les patients / assurés
- **Disposer d'informations fiables et exhaustives sur les parcours de soins des patients** (soins ambulatoires et hospitaliers)
- **Mettre en place un contrôle a priori** sur les dépenses d'hospitalisation publique à l'instar de ce qui est réalisé pour la médecine de ville et l'hospitalisation privée
- **Contribuer à renforcer la culture de gestion des établissements publics de santé**
- Et plus généralement, **contribuer à accélérer la mise en œuvre des réformes sur la prise en charge des dépenses hospitalières publiques**



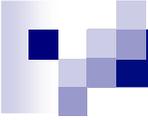
## Un projet articulé avec les autres chantiers ministériels connexes à la facturation

- Ce projet s'inscrit dans une démarche ministérielle globale d'**amélioration de la performance de gestion hospitalière**, avec une articulation (notamment calendaire) avec les projets suivants :
- le projet de **certification des comptes hospitaliers** (cf. article L.6145-16 du code de la santé publique) compte tenu des retombées attendues de l'amélioration de la qualité de facturation sur la fiabilité des enregistrements comptables de recettes des établissements
- *[le projet de **dématérialisation des pièces comptables** échangées entre ordonnateurs et comptables hospitaliers (protocole d'échange standard **PES V2** de données informatiques généralisé le 1<sup>er</sup> janvier 2015), piloté par la DGFIP, dans la continuité de la finalisation en 2010 du déploiement de l'application Hélios, sachant que cette dématérialisation est indispensable au bon fonctionnement du dispositif FIDES en régime de croisière] (PNL non concerné)*
- le projet **ROC** d'**optimisation** et de **dématérialisation** de la facturation de la part complémentaire, en homogénéisant les procédures et normes informatiques avec le dispositif
- *[le projet **TIPI** de paiement des factures en ligne] (PNL non concerné)*

## Principaux changements

	Aujourd'hui : Valorisation de l'activité via le PMSI	Demain : FIDES
<b>Valorisation et facturation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Déclaration d'activité mensuelle via le PMSI</b> (RSF-ACE, RSS et FICHCOMP)</li> <li>- <b>Données anonymisées</b></li> <li>- <b>Activité envoyée en cumulé</b> avec possibilité d'envoi partiel et de rectification a posteriori (via le PMSI)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Facturation de la part AMO au fil de l'eau vers l'ensemble des caisses AMO</b> (30 régimes, 1 600 caisses)</li> <li>- <b>Facturation individualisée</b> auprès de la caisse d'affiliation de l'assuré social</li> <li>- <b>Factures complètes au 1<sup>er</sup> envoi</b></li> </ul> <p>→ soit un total de plus de 70 millions de factures par an pour l'AMO</p>
<b>Contrôles AMO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Calcul de la valorisation réalisée au niveau national</b></li> <li>- <b>Peu de contrôles à priori</b> : contrôles limités dans le cadre du PMSI (pas de contrôle sur les droits AMO des patients ...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Calcul du montant AMO de chaque facture par l'établissement</b></li> <li>- <b>Contrôles des caisses AMO de chaque titre avant paiement</b> (contrôles des droits des assurés, des actes, du calcul de la facture...)</li> </ul> <p style="text-align: center;">→ <b>rejet de toute la facture si elle est non conforme</b></p>
<b>Paiement AMO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Paiement mensuel fractionné sur 3 mois</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Paiement AMO des factures correctes au fil de l'eau</b> (en moins de 12 jours en moyenne)</li> </ul>

⇒ **Impératif de maîtriser et piloter le processus de facturation-recouvrement et de concilier exhaustivité, qualité et rapidité**



## Sommaire

- Contexte et objectifs
- **Expérimentation**
- Premiers bilans de l'expérimentation
- Comment se préparer ?
- Généralisation FIDES ACE
- Spécificités des établissements de santé PNL
- Annexes



## Objectifs de l'expérimentation FIDES

- Vérifier la capacité des hôpitaux à facturer au fil de l'eau et celle de l'AMO à liquider ces factures dans un délai réduit
- Définir les modalités de la généralisation et valider en situation les caractéristiques définitives du fonctionnement de la caisse de paiement unique (caisse pivot)
- Permettre de tester les modalités de gestion des flux de trésorerie en facturation individuelle
- **Les conditions de mise en œuvre de cette expérimentation ont été définies par décret (n°2011-1217 du 29 septembre 2011)**



## L'expérimentation FIDES

- Une expérimentation lancée **en 2010 avec 55 établissements** (cf. liste des établissements en annexe)
- Correspondant à un **échantillon significatif** pour couvrir l'ensemble des situations hospitalières au regard de la facturation individuelle :
  - 7 CHU/CHR (soient 22% des CHU/CHR)
  - 37 CH (soient 6% des CH)
  - **11 PNL (soient 3% des PNL)**
- Répartis sur **20 régions**
- Avec **15 éditeurs de logiciels** de facturation hospitalière



## Rappel du dispositif de facturation actuel

- En moyenne, 95 % de l'activité est valorisée via la plateforme e-PMSI
- Et 5% de l'activité est facturée et télétransmise directement à l'AMO en messagerie sécurisée (initialement hors dotation globale) :
  - CMUC, AMEC, soins aux migrants (séjours et activité externe),
  - Rétrocession hospitalière
  - Forfait journalier des bénéficiaires relevant du régime local Alsace/Moselle
  - ...
- Cette facturation directe est appelée « facturation B2 actuelle »
- Lors du passage en FIDES ACE, l'établissement facture directement à l'AMO son activité sur le périmètre FIDES ACE ainsi que la « facturation B2 actuelle », sans distinction
- L'envoi des flux 1€ (permettant à l'AMO de retenir au patient le forfait de 1€ par acte) « pour information » cesse avec le passage en réel (L'identification du patient correspond au périmètre FIDES ACE)



## Périmètre de FIDES ACE

- **Inclus dans l'expérimentation et cette phase de généralisation :**
  - Consultations externes
  - Actes « techniques » externes
  
- **Exclus de cette phase de généralisation :**
  - Les forfaits ATU, FFM, SE, APE ***et leurs actes associés*** restent valorisés via la plateforme e-PMSI (RSF-ACE) dans l'attente de la publication du taux de prise en charge par l'AMO pour les assurés sociaux
  
- **Ne fait pas partie du périmètre FIDES :**
  - L'activité libérale des praticiens hospitaliers



## Grands principes organisationnels de l'expérimentation FIDES

- La **certification des logiciels de facturation des ACE par le CNDA** (Centre National de Dépôt et d'Agrément)
- Une caisse de paiement unique (**CPU**) en interface entre les établissements et l'ensemble des caisses des régimes AMO \*
- Une **phase de préparation métier et une phase de test** avant le passage en réel pour vérifier le niveau de qualité des dossiers et sécuriser le processus de facturation
- Un groupe de coordination local (**GCL**) pour coordonner les parties prenantes du projet\*
- Un dispositif d'**avance mensuelle de trésorerie\***

\* cf. Décret n°2011-1217 du 29 septembre 2011 relatif à l'expérimentation de la facturation individuelle

## Liste des éditeurs de logiciel de facturation hospitalière certifiés par le CNDA

• Mipih	15 établissements
• Agfa	7
• Cpage	6
• McKesson	6
• <b>Cerner</b>	<b>5</b>
• Intersystems	4
• <b>SIGEMS</b>	<b>2</b>
• DIS Berger-Levrault	2
• Mediane	2
• <b>Softway</b>	<b>1</b>
• <b>CSIS</b>	<b>1</b>
• CHU Bordeaux	1
• <b>Institut Sainte Catherine</b>	<b>1</b> établissement (qui est son propre éditeur)
• <b>2CSI</b>	<b>1</b>

Etablissements  
avec éditeurs non  
certifiés ?

- Liste sur le site : <http://www.cnda-vitale.fr/>

\* Caractères en gras, éditeurs des PNL



## La Caisse de Paiement Unique (CPU)

- Elle est l'interlocuteur privilégié des établissements
- Elle est l'interface des établissements avec l'ensemble des caisses de **tous** les régimes AMO
- Rôles :
  - Réceptionner toutes les factures pour tous les régimes AMO
  - Transférer les factures aux caisses gestionnaires concernées
  - Transmettre en retour les informations de paiement et de rejet suite au traitement des factures par les caisses gestionnaires
  - Procéder au paiement des factures correctes (dans un délai de 12 jours) au nom des caisses gestionnaires
  - Calculer et payer l'avance des établissements pour les factures non traitées par les caisses gestionnaires (ainsi que la régularisation semestrielle)

## La bascule en facturation individuelle intervient au terme d'une démarche qualité en 3 phases → objectif : facture « zéro défaut »



### ■ Phase de préparation métier et SI

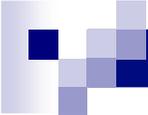
- L'établissement travaille sur l'optimisation de son organisation et l'industrialisation de son processus métier pour améliorer la qualité et l'exhaustivité des données de facturation
- Conditions pour débiter les tests : **le taux de rejet B2 actuel est inférieur à 10%**

### ■ Phase de test (pré-production)

- L'établissement envoie des factures dans un environnement de test à la CPU pour vérifier le niveau de qualité de sa facturation et consolider les organisations avant de passer en réel
- Conditions pour basculer en réel : **le taux de rejet B2 est inférieur à 8% sur 3 lots consécutifs sur l'ensemble du périmètre de la facturation individuelle**

### ■ Passage en réel (en production)

- L'établissement envoie directement toutes les factures à la CPU au fil de l'eau



## Le groupe de coordination local (GCL )

- Le GCL est une instance organisationnelle créée en application de l'article 8 du décret n° 2011-1217 du 29 septembre 2011 relative à l'expérimentation de la facturation individuelle des établissements de santé publics et privés visés au a, b et c de l'article L162-22-6 du code de la sécurité sociale
- Le GCL s'appuie généralement sur des organisations déjà existantes créées pour la mise en place des télétransmissions B2. Néanmoins, les missions, l'organisation et la fréquence des réunions du GCL ont été structurées dans le cadre du projet FIDES pour répondre aux besoins de la facturation individuelle.
- Ce groupe est constitué de représentants de :
  - l'établissement de santé
  - la caisse de paiement unique (CPU)
  - les caisses gestionnaires principales (le cas échéant)
- Le GCL coordonne les différentes parties pour mener à bien l'expérimentation (organisation, analyse, suivi...)

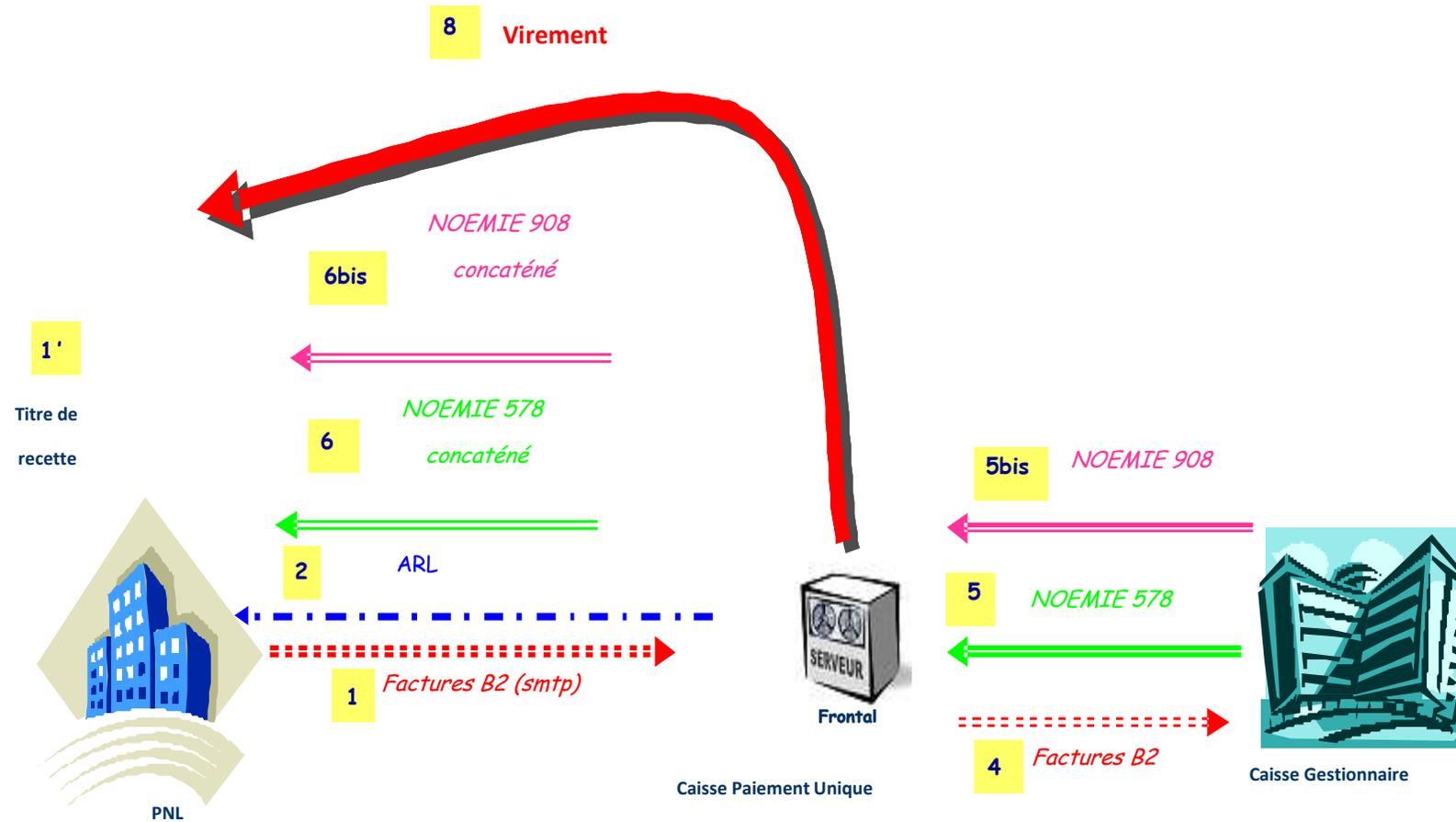


## L'avance de trésorerie

- Le dispositif a pour objectif de ne pas faire supporter aux établissements d'éventuelles fluctuations des délais de liquidation des caisses AMO
- Au 15 de chaque mois, la CPU verse à l'établissement une avance mensuelle de trésorerie :
  - Avance mensuelle =  $\sum$  des factures reçues au cours du mois précédent - ( $\sum$  des factures payées au cours du mois précédent +  $\sum$  des factures rejetées au cours du mois précédent)
- Le 05/01 et le 05/07 de chaque année, la CPU calcule la régularisation semestrielle des avances :
  - Régularisation semestrielle =  $\sum$  des factures reçues au cours du semestre précédent - ( $\sum$  des factures payées au cours du semestre précédent +  $\sum$  des factures rejetées au cours du semestre précédent)
    - Si le résultat est supérieur aux avances versées dans le semestre, la CPU verse le complément à l'établissement
    - Si le résultat est inférieur, l'établissement reverse à la CPU le montant de l'excédent des avances qu'il a perçues

⇒ **Les rejets ne sont pas couverts par l'avance**

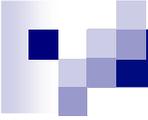
# Flux de paiement des factures dans l'environnement FIDES pour un établissement de santé PNL





## Avancement au 1<sup>er</sup> septembre 2013 des bascules en réel

- Sur les 55 établissements pilotes :
  - **35 ont basculé en réel**, dont les CHU/CHR de Toulouse, Dijon, Amiens et Metz (cf. annexe)
  - 5 ont terminé leurs tests et sont en attente de bascule en réel dans le cadre de l'expérimentation, dont le CHU de Montpellier
  - 7 sont en phase de test
  - 9 n'auront pas démarré les tests de facturation individuelle des ACE sur le calendrier de l'expérimentation :
    - 4 sont en cours d'appel d'offres sur leur logiciel de facturation : CH Bastia, CHU Nantes, CHI Elbeuf Louviers (actuellement tous 3 sous Intersystems), CHU Grenoble
    - 1 établissement est en attente de certification de son éditeur Medasys : CH Châteauroux
    - 3 établissements commencent par PES V2 : CH Epinal, CH Blois, CHI Castelsarrasin Moissac
    - 1 établissement a choisi de commencer par les séjours : ESPIC Wallerstein



## Sommaire

- Contexte et objectifs
- Expérimentation
- **Premiers bilans de l'expérimentation**
- Comment se préparer ?
- Généralisation FIDES ACE
- Spécificités des établissements de santé PNL
- Annexes



## Bilan de l'expérimentation ACE : phase de préparation

### ■ Situation initiale :

- Un taux de rejet B2 en réel (CMUC, migrants, rétrocession, ...) inférieur à 10%
- Un taux de rejet du flux 1€ d'environ 40%
- Un délai de facturation d'environ 50 jours
- Des stocks importants : rejets non traités, restes à recouvrer non suivis, flux 1€ non envoyés...

### ■ Une préparation en amont pour la plupart des établissements :

- Avant de se lancer dans le projet FIDES, la plupart des établissements se sont investis dans l'amélioration de leur processus de facturation-recouvrement
- Ils ont réalisé un diagnostic (quantitatif et qualitatif) et mis en place sur cette base un plan d'actions afin de sécuriser le passage en réel (accueil, recueil du codage, recouvrement des factures, formations internes, cartographie du SI ...)



## Bilan de l'expérimentation ACE : phase de tests

- **3 grands types de rejets identifiés pendant les tests :**
  - **Les erreurs imputables aux éditeurs** (paramétrage, application des règles...)
    - Les corrections sont réalisées et profitent à l'ensemble des établissements équipés du logiciel. La plupart des cas ont été identifiés et traités lors de l'expérimentation
  - **Les rejets imputables aux caisses AMO** (mise à jour de tables...)
  - **Les rejets imputables aux établissements**, 4 grands types d'erreurs constituent 60% des rejets :
    - **L'identification des bénéficiaires AMO** (n° de Sécurité sociale, caisse d'affiliation ...)
    - **Les exonérations** (ALD, maternité, accident du travail...)
    - **Le parcours de soins coordonné** (médecin traitant non déclaré, majorations...)
    - **L'identification des professionnels de santé** (compatibilité entre les actes et la spécialité des professionnels...)



## Bilan de l'expérimentation ACE : phase de tests

- **Une diminution rapide des rejets dès lors que les principaux cas identifiés sont réglés**
  - Les établissements analysent le détail des rejets avec la CPU et l'éditeur et mettent en place des travaux ciblés pour sécuriser la qualité des données (vérification des paramétrages, des référentiels, mise en place de contrôles automatiques, rédaction de procédures, modalités de suivi ...)
  
- **Une période de test dépendant de :**
  - la difficulté rencontrée par l'établissement pour adapter ses procédures et améliorer la qualité de ses données
  - et de la réactivité de l'éditeur à corriger les problèmes
  - la nécessité de tester **tous** les cas représentatifs de l'activité (même les spécificités)
  - Un temps d'analyse et d'amélioration des processus est à prendre en compte entre chaque envoi
  
- **Un dernier taux de rejet en phase de test en moyenne de 5 %**



## Bilan de l'expérimentation ACE : bascule en réel

- **Lors du passage en facturation réelle, le taux de rejet B2 reste stable par rapport à la phase de test**
  - un taux de rejet bien plus faible en réel que le taux de rejet B2 actuel
  - les ES qui continuent à travailler sur l'amélioration de leur processus constatent une baisse régulière de leur :
    - taux de rejet en réel pour approcher les 4%
    - délai de facturation pour approcher les 20 jours
- **Une multiplication par 9 en moyenne du nombre de titre facturé à l'AMO**
  - Cette volumétrie dépend de la part des dossiers « B2 actuels » (très variable d'un établissement à l'autre, compte tenu notamment de la part des patients en ALD)
- **Une augmentation du nombre de rejets à traiter avec l'effet volume**



## Bilan de l'expérimentation ACE : bascule en réel

- **Des écarts entre la phase de test et la facturation en réel ont pu apparaître sur les motifs et taux de rejets** : cas non testés en phase de tests ou cas testés dont le volume est plus important que prévu en réel
- **Les établissements qui ne procèdent pas aux contrôles systématiques des droits avec la carte vitale mise à jour et CDR présentent un taux de rejet environ deux fois plus importants que les autres**
- **Le temps de traitement d'un rejet peut représenter jusqu'à cinq fois celui passé au contrôle des droits en amont**
- **Le stock de rejets et de RAR antérieurs au passage en production diminue très peu après la bascule en réel du fait de la mobilisation des ressources sur la facturation individuelle**

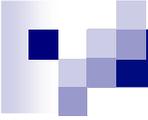
## Qualité des données

### Pour l'ensemble des 1 000 établissements MCO

- Le taux de rejet sur le flux de facturation individuelle actuel (CMUC, rétrocession des médicaments, migrants...) pour l'ensemble des 1 000 établissements MCO continue à s'améliorer :
  - 11,4% en 2009
  - 9,2% en 2010
  - 7,9% en 2011
  - **7,1% en 2012**

### Pour les ACE et pour les 29 établissements pilotes en réel en juillet 2013 (Indicateurs cumulés - données arrêtées au 31/07/2013)

	Total de factures traitées	Taux de rejet en %	Délai moyen de paiement (jours)
<b>Total</b>	2 507 348	5,30	7,8



## Sommaire

- Contexte et objectifs
- Expérimentation
- Premiers bilans de l'expérimentation
- **Comment se préparer ?**
- Généralisation FIDES ACE
- Spécificités des établissements de santé PNL
- Annexes



## Comment se préparer ? (1/4)

- **Mettre en place un comité de pilotage au sein de l'établissement avec**
  - **Tous** les acteurs BE, DAF, DIM, DSI(O), Pharmacien...
  - Tous ceux qui gèrent des éléments facturables
  - et une démarche projet (chef de projet, équipe, groupe de travail...)
  - Se fixer en cible un taux de rejet < 3%
  
- **Réaliser le diagnostic de la performance de la chaîne de facturation recouvrement en utilisant l'outil de l'ANAP qui permet :**
  - D'évaluer le niveau de maturité de chaque étape du processus et le taux de performance global
  - De définir les axes d'amélioration et les priorités du plan d'actions
  - De fédérer tous les acteurs autour de la démarche
  
- **Communiquer auprès de l'ensemble des acteurs du processus**
  - Sur le plan d'actions à mener afin de sensibiliser et impliquer l'ensemble des acteurs concernés
  - Sur l'avancement du projet, en interne et auprès des acteurs locaux partenaires



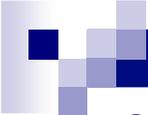
## Comment se préparer ? (2/4)

### ■ Professionnaliser et former les équipes

- Principal enjeu RH : **compétence** des acteurs (évolution du rôle et des responsabilités des équipes du BE/facturation)
- Connaissance des règles de facturation,
- Renforcement d'activités (recueil données, contrôles qualité, gestion des rejets)
- Renforcer l'identitovigilance et la saisie des droits à chaque venue des patients

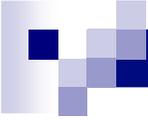
### ■ Impliquer la DSIO

- Vérifier les paramètres des différents logiciels
  - Structure de l'établissement, autorisations
  - Annuaire des professionnels de santé et leur spécialité
  - Annuaire des débiteurs AMO et AMC,
  - Paramétrage des comptes de tiers
- Sécuriser les interfaces pour transmettre au plus vite les données d'activité
- Vérifier la cohérence inter flux (B2/affectation comptable)



## Comment se préparer ? (3/4)

- **Analyser la qualité *actuelle* de la facturation sur la base :**
  - Des rejets B2 actuels (tableau AMO)
  - Des rejets B2 des flux 1€ (tableau AMO)
  - Des restes à recouvrer (avec le comptable)
  - Initier concrètement la réflexion sur l'identification des typologies d'erreur
  - Rédiger et mettre en place les procédures permettant de corriger ces erreurs afin d'améliorer la qualité des factures
  - Utiliser systématiquement la carte vitale mise à jour et CDR à chaque venue du patient
  
- **Adapter les organisations et sécuriser le processus**
  - Engager une réflexion sur l'organisation cible à mettre en place (rythme d'émission des factures, rythme de traitement des rejets, acteurs impliqués...)
  - Evaluer la charge de travail et anticiper l'adaptation des organisations
  - Epurer les stocks de factures émises avant FIDES et non recouvrées (dans la limite du délai de prescription)
  - Déstocker les factures en attente et les flux 1€ avant la bascule en réel



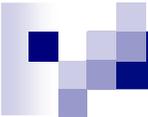
## Comment se préparer ? (4/4)

### ■ Revisiter **FINESS** et autorisations :

- FINESS entité juridique
- FINESS « PMSI » de l'arrêté mensuel portant fixation des éléments d'activité
- FINESS géographiques MCO / SSR / PSY

### ■ **Objectif : Envoyer les prestations facturées sous FINESS ad hoc**

- Chaque facture est attachée au FINESS entité géographique **MCO** qui a réalisé la prise en charge
- Les forfaits techniques des EML doivent être envoyés avec le FINESS **détenteur de l'autorisation**



## Pour se préparer :

- **Outil performance facturation/recouvrement** : diagnostic et plans d'action ([www.anap.fr](http://www.anap.fr))
- **Retour d'expériences des établissements expérimentateurs** passés en facturation individuelle réelle sur les ACE (en ligne le 16/09/13 sur [www.anap.fr](http://www.anap.fr) espace FIDES)
- **Conception de 2 modules de formation sur la « Performance du processus de facturation-recouvrement »**
  - Module 1 : « Piloter son processus de facturation-recouvrement »
  - Module 2 : « Optimiser son processus de facturation-recouvrement »
  - Déploiement de ce dispositif de formation dans le cadre de partenariat conclus avec la FEHAP (programme disponible), UNICANCER et l'ANFH
- **Kit pédagogique à destination des acteurs du BE** sur le dispositif, les impacts métier, les principales règles ...: début 2014

- Outil pour évaluer la performance du processus de facturation-recouvrement et mettre en place un plan d'actions
  - Support de l'expérimentation FIDES

**ANAP**  
appui santé & médico-social

## Outil Performance : Facturation - Recouvrement

A - Présentation de l'outil et choix du mode d'utilisation

Cet outil permet d'analyser la performance de la chaîne de facturation-recouvrement et propose des actions à mettre en oeuvre. Le diagnostic s'appuie sur un chiffrage des manques à gagner, sur des indicateurs et sur un questionnaire évaluant la maturité de la prise en charge du processus. Le plan d'actions découle des priorités identifiées dans le cadre du diagnostic.

Le remplissage de l'outil est évalué à 5 JH.

Un mode d'utilisation spécifique aux établissements expérimentateurs du projet FIDES est prévu. Il s'agit d'un sous ensemble du mode complet (périmètre limité aux échanges avec l'Assurance Maladie Obligatoire).

Mode complet      Mode FIDES

B - Étapes d'utilisation de l'outil

Une fois le mode d'utilisation sélectionné, la démarche d'utilisation comporte 3 phases successives accessibles en cliquant sur les boutons correspondants :

1. Saisie des données : accès aux onglets à compléter
2. Diagnostic : restitution de tableaux de bord
3. Plans d'actions : génération du plan d'actions, accès au référentiel et aux retours d'expérience

Année de référence : 2012  
(saisir la dernière année disponible)

1. Saisie des données      2. Diagnostic      3. Plan d'actions

Description générale de l'établissement (0%)	Incomplet
Indicateurs (0%)	Incomplet
Valorisation des enjeux (0%)	Incomplet
Questionnaire (0%)	Incomplet

Résultat du traitement

- Tableau de bord général
- Tableau de bord détaillé
- Tableau de bord FIDES
- Tableau des objectifs

Plan d'actions

- Référentiel des actions
- Bonnes Pratiques

Lexique   Accueil   Description générale de l'etab.   Indicateurs   Valorisation des enjeux   Questionnaire

### ■ Outil en support à une démarche d'amélioration de la performance :

- Chiffrer les **enjeux** : quels sont les manques à gagner ?
- Réaliser un **diagnostic** transversal avec des indicateurs clés et un questionnaire évaluant la maturité de la prise en charge du processus
- Préconiser un **plan d'actions** avec l'identification des priorités

### ■ Objectifs :

- **Améliorer la performance** de la chaîne de facturation-recouvrement sur les axes : exhaustivité / qualité / rapidité / pilotage
- **Préparer** les établissements à la facturation individuelle à l'AMO
  - Absorber le volume de factures à traiter
  - Assurer les nouvelles activités à réaliser
  - Intégrer les évolutions du système d'information

⇒ **Une nécessaire maîtrise du processus et de la qualité des informations et des traitements**

- Le diagnostic est établi sur la base des données saisies et génère des tableaux de bord
  - Un tableau de bord quantitatif : indicateurs /moyennes
  - Un tableau de bord qualitatif croisant :
    - Etapes du processus
    - Champ d'analyse
    - Niveau de maturité

Etapes du processus	Champs d'analyse
Pré - admission Accueil du patient Soins Sortie du patient Facturation Recouvrement en régie Recouvrement Support et coordination	Processus métier Pilotage Ressources Humaines Système d'Information Relations Tiers Communication
<b>Niveaux de maturité de prise en charge du processus</b>	
Niveau 1: niveau de maturité minimal, axé sur la mise sous contrôle de la chaîne de facturation-recouvrement (exhaustivité des données) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Niveau 2 : niveau de maturité intermédiaire, axé sur le développement de la qualité et de la rapidité</li> <li>• Niveau 3 : niveau de maturité cible qui permet de garantir l'exhaustivité, la qualité et la rapidité de la facturation, du recouvrement, et le pilotage en routine</li> </ul>	

## Le tableau de bord « indicateurs »

- Il permet de visualiser l'évolution de la performance
- Il restitue les «Indicateurs» et les affiche selon un principe de **code couleur** : vert / orange / rouge, qui résulte d'une **comparaison à des valeurs de référence** correspondant aux **meilleures moyennes observées** (benchmark réalisé à partir des données issues des ES pilotes, de travaux nationaux, régionaux et de FIDES)
- La moyenne générale pour chaque incitateur est précisée dans la dernière colonne



Classement des taux d'indicateurs selon leur seuil (vert/orange/rouge) et par thématique pour les deux années de saisies. Ces graphes permettent de visualiser l'évolution de la performance

Restitution des valeurs des indicateurs sous forme de feu vert, orange, rouge

Zone de commentaire

Valeur du seuil rouge

Valeur du seuil vert

Valeur moyenne

## ■ La performance du processus

- Restitue l'analyse du questionnaire, en croisant les étapes du processus et le champ d'analyse
- Le résultat est associé à un code couleur : Vert = performant / Orange = moyen / Rouge = alerte (score < à 40%)
- La matrice fournit un taux de performance global

	Relations Tiers	Communication	Système d'information	Processus métier	Pilotage	Ressources Humaines	Synthèse	Indicateur clé
PRE-ADMISSION	50%	100%	67%	60%	100%	100%	73%	92,0% Taux de pré-admission des hospitalisations programmées
ACCUEIL PATIENT	13%	62%	35%	34%	78%	20%	46%	1,0% Taux moyen de doublons d'identité
SOINS	NA	50%	43%	53%	62%	67%	54%	98,0% Taux d'exhaustivité du codage des séjours à fin de mois + 31
SORTIE DU PATIENT	100%	14%	0%	23%	75%	100%	49%	80,0% Taux de dossiers administratifs complets à J+2 après la sortie du patient
FACTURATION	50%	63%	57%	55%	69%	53%	57%	80,0% Taux de facturation des dossiers d'hospitalisation du mois M-2
RECOUVREMENT	35%	100%	0%	27%	55%	33%	46%	90,0% Taux moyen de recouvrement
ENCAISSEMENT EN REGIE	100%	60%	67%	41%	67%	71%	60%	90,0% Taux d'encaissement en régie en nombre (encaissement direct pour les ES privés)
COORDINATION ET SUPPORT	100%	67%	26%	32%	15%	11%	25%	
SYNTHESE	48%	62%	40%	42%	60%	46%	49%	



- Publication d'un premier retour d'expérience des établissements expérimentateurs passés en facturation individuelle réelle sur les ACE
- Version 1 : Différentes phases du projet
- Objectifs :
  - **Capitaliser sur les retours d'expériences** des établissements pilotes afin de préparer au mieux la généralisation du projet FIDES
  - **Identifier les difficultés** rencontrées afin de **fiabiliser** les processus de tous les acteurs



- Développement de **2 modules de formations** sur la « Performance du processus de facturation-recouvrement »
  - Module 1 : « Piloter son processus de facturation-recouvrement »
  - Module 2 : « Optimiser son processus de facturation-recouvrement »

- Déploiement de ce dispositif de formation dans le cadre d'un partenariat conclu avec la **FEHAP**



CAMPAGNE NATIONALE DE FORMATION - en partenariat avec l'ANAP

### Deux formations pour se préparer à la généralisation de la facturation au fil de l'eau (FIDES)

Le projet de facturation individuelle des établissements hospitaliers publics et privés d'intérêt collectif (FIDES) est entré dans une véritable phase opérationnelle avec une expérimentation de la facturation individuelle et directe des consultations et séjours aux caisses d'Assurance-Maladie pour des établissements-pilotes. Le plan de généralisation pour les établissements publics de santé et ex-DG (ESPIC et ex-DG non PSH) concernés se prépare progressivement à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2013. Les premiers enseignements de l'expérimentation conduite avec 55 établissements permettent d'engager à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2013 la généralisation du dispositif mais celle-ci interviendra de manière graduelle et progressive. Elle distinguera notamment les actes et consultations externes (généralisation à compter du 1/01/2013) et les séjours (généralisation à compter du 1/01/2014). Enfin, il est prévu que la généralisation concernera l'ensemble des établissements au plus tard le 1<sup>er</sup> mars 2016.

La DGO5 a confirmé à la FEHAP le 12/12/2012 que les ESPIC auront pour les consultations externes jusqu'en septembre 2014 pour basculer, et pour les établissements qui doivent changer de système de facturation jusqu'au 31 décembre 2014.

Ce mode de facturation devrait permettre de disposer des données détaillées sur les prestations de santé des établissements hospitaliers concernés, en vue notamment d'une maîtrise renforcée des dépenses de santé. Pour chaque établissement, ce projet doit permettre de dynamiser l'organisation globale, du recueil des informations à la gestion de la trésorerie, et d'harmoniser les collaborations DIM/facturation.

Afin de se préparer à cette nouvelle modalité, la FEHAP propose aux établissements adhérents ex-DG (ESPIC et ex-DG non PSH) en T2A deux formations pour permettre aux participants d'anticiper les pré requis nécessaires sur le plan technique, ainsi que d'initier les moyens internes organisationnels et humains pour piloter sereinement le projet.

- **Piloter son processus de facturation-recouvrement**  
Formation d'une journée pour les directeurs, les chefs de pôle et les Présidents de CME  
**Lieu et dates :** session 1 : le 22 mars, à Paris  
session 2 : le 5 avril, à Paris
- **Optimiser son processus de facturation-recouvrement**  
Formation de deux journées non consécutives pour les DAF, contrôleurs de gestion, médecins DIM, DSI, responsables de la facturation, cadres du bureau des entrées/admissions  
**Lieux et dates :** session 1 : les 17 avril et 4 juin, à Paris  
session 2 : les 30 mai et 26 juin, à Lyon  
session 3 : les 31 mai et 27 juin, à Metz  
session 4 : les 10 juin et 28 juin, à Paris

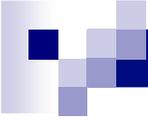


### **Module 1 : « Piloter son processus de facturation-recouvrement »**

- **Publics cibles : directeurs d'établissements, présidents de CME et chefs de pôle**
- **Objectifs :**
  - Sensibiliser les DG aux enjeux d'un pilotage efficace du processus de facturation-recouvrement
  - Les inciter à s'impliquer dans ce pilotage
- **Contenu :**
  - Grands principes du financement MCO actuel
  - Analyse des enjeux chiffrés sur la base d'exemples
  - Grands principes de la facturation individuelle à l'AMO et premiers bilans de l'expérimentation sur les ACE
  - Identification des impacts de la facturation individuelle sur les RH et le SI
  - Identification des leviers
  - Présentation et analyse de modèles d'organisation des fonctions admission-facturation
  - Présentation des indicateurs clés, du niveau de performance cible et du mode de pilotage à mettre en place
  - Structuration et pilotage d'un projet d'amélioration
- **Durée de la formation : 1 jour**

### **Module 2 : « Optimiser son processus de facturation-recouvrement »**

- **Publics cibles : responsables opérationnels DAF, DIM, DSIO, responsables des BE...**
- **Objectifs :**
  - Préparer l'accompagnement des équipes dans la mise en œuvre d'actions d'amélioration du processus de facturation-recouvrement, notamment dans la perspective de FIDES
  - Réaliser un diagnostic de l'établissement et structurer un plan d'actions adapté à son contexte (sur la base de l'outil Performance ANAP)
- **Contenu :**
  - Grands principes du financement MCO actuel
  - Analyse des enjeux chiffrés sur la base d'exemples
  - Grands principes de la facturation individuelle à l'AMO et premiers bilans de l'expérimentation sur les ACE
  - Identification des impacts de la facturation individuelle
  - Leviers d'action
  - Présentation et utilisation de l'outil Performance de l'ANAP
  - Analyse des indicateurs clés et des enjeux associés
  - Présentation et analyse de modèles d'organisation des fonctions admission-facturation
  - Présentation de l'organisation projet à mettre en œuvre
- **Durée de la formation : 2 jours non consécutifs espacés d'un mois environ**



## Sommaire

- Contexte et objectifs
- Expérimentation
- Premiers bilans de l'expérimentation
- Comment se préparer ?
- **Généralisation FIDES ACE**
- Spécificités des établissements de santé PNL
- Annexes



## Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2013

- L'article 33 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifié par la LFSS pour 2013 a fixé
- la **fin** de la généralisation de la facturation individuelle (FIDES) au **1<sup>er</sup> mars 2016 au plus tard**
- pour **tous** les établissements de santé publics et **privés non lucratifs**
- et pour **tout le périmètre d'activité** MCOO (activité externe, séjours, urgences, HAD, dialyse...).



## Calendrier de généralisation de FIDES ACE

- Le calendrier de déploiement prend en compte la **catégorie** et la **taille** des établissements de santé
- **Les 153 ESPIC basculent en facturation individuelle au 1<sup>er</sup> septembre 2014 au plus tard**
- **Pour les établissements publics de santé**
  - Le passage à FIDES exige que les **titres** de recette soient **dématérialisés**
    - La moitié des établissements dispose aujourd'hui d'une solution de dématérialisation dans le cadre d'un **accord local**
    - [L'arrêté du 3 août 2011](#) rend obligatoire au **1<sup>er</sup> janvier 2015** le protocole de dématérialisation PESV2 dans l'**ensemble** des hôpitaux publics, CHU inclus (hors AP-HP)
  - Bascule des 468 **CH** en facturation individuelle sur les ACE au **1<sup>er</sup> janvier 2015 au plus tard**
  - Bascule des 26 **CHU/CHR** en facturation individuelle sur les ACE au **1<sup>er</sup> janvier 2016 au plus tard**
  - Bascule des **HCL, AP-HM et AP-HP** en facturation individuelle sur les ACE au **1<sup>er</sup> mars 2016 au plus tard**



## Plan de déploiement du projet – Modalités de déploiement

- En introduction / complément des formations
- Une journée FIDES est organisée et animée par l'équipe projet nationale semestriellement pour chaque inter-région à destination de tous les opérationnels qui le souhaitent
  - première réunion en Ile de France le 11 septembre
  - deuxième à Rouen le 8 octobre
  - ...

## Plan de déploiement du projet – Modalités de déploiement

- Une prestation d'accompagnement métier pour une dizaine d'établissements d'une même région

	Durée en nombre de jours
Lancement	1
Formation	3
Soutien (téléphone / mail)	2
Réunions collectives mensuelles de suivi de la mise en œuvre des plans d'actions	12
Deux bilans d'étape	4
Bilan final à 9 mois	2
<b>Total</b>	<b>24</b>

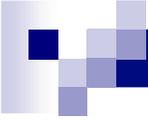
- Formation destinée aux chefs de projet des établissements à partir des supports de formation ANAP
- Soutien (téléphone / mail) auprès des établissements pour qu'ils élaborent leur auto-diagnostic et plan d'action à partir de l'outil ANAP
- Réunions collectives mensuelles de suivi de la mise en œuvre des plans d'actions
- Deux bilans d'étape, exposés aux équipes projets des établissements lors d'une rencontre collective régionale organisée par l'ARS
- Bilan final à 9 mois, restitué lors d'une rencontre collective régionale d'une journée, organisée par l'ARS

- ce mode d'accompagnement collectif a été mis en œuvre avec succès dans différentes régions (Ile de France, Rhône Alpes, Bretagne)
- ce marché sera national



## Plan de déploiement du projet – Modalités de déploiement

- Un accompagnement technique de proximité des établissements
  - Une prestation d'accompagnement technique **sur site par l'éditeur de logiciel** de facturation hospitalière pour les ACE
    - sur site (3 jours) : pour la préparation des test, lors des tests et lors de la bascule en réel
    - + soutien technique (téléphone / mail) auprès des établissements jusqu'à ce que l'établissement soit en régime de croisière en réel (1 jour)
  
- Des enveloppes régionales FIR seront,
  - fléchées et utilisées en fonction des besoins
  - validées par l'ARS sur justificatif et payées à l'usage



## Sommaire

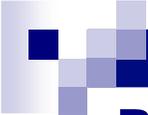
- Contexte et objectifs
- Expérimentation
- Premiers bilans de l'expérimentation
- Comment se préparer ?
- Généralisation FIDES ACE
- **Spécificités des établissements de santé PNL**
- Annexes

## Facturation – Spécificités pour les établissements PNL

- Les établissements PNL tiennent une comptabilité de droit privé
  - ✓ La norme comptable du secteur public M21/M22 **n'est pas appliquée**
- La comptabilité privée **n'introduit pas** la notion de titre de recettes
  - ✓ Ne pas comptabiliser de titre de recettes
- L'enregistrement des écritures de ventes est automatisé dans le logiciel comptable de l'établissement (AMO/AMC/Particulier)
- L'identification d'une facture est fondée sur:
  - ✓ Le numéro à 15 caractères (norme B2)
    - ✓ **Les anomalies sur les 15 caractères disparaissent avec FIDES du fait de la dématérialisation de toutes les factures**
  - ✓ La date de soin (ou de sortie du patient)
    - ✓ **Cette date est également nécessaire pour suivre le délai de prescription des factures, à date de soins**
  - ✓ Le montant de la facture

## Païement des factures émises par les établissements PNL – Points clés (1/2)

- Le fait générateur de la comptabilisation du paiement est le flux d'information **retour Noémie 578**
- Date comptable du retour Noémie 578 = Date comptable de l'ordre du virement initié par la CPU (la veille du virement)
  - Certains établissements PNL rencontrent des problèmes sur la date du virement, (selon les banques des établissements PNL) : saisir la date du virement dans votre logiciel comptable pour gommer ce problème
- 1 seul retour Noémie 578 Fides par jour  1 seul virement Fides par jour
- Sur la base du retour Noémie (fait générateur 578), **les factures payées sont comptabilisées automatiquement dans le logiciel de facturation** (imputation ou lettrage automatique à partir des 15 caractères:
  - ✓ Ceci est vrai pour TOUS les éditeurs de logiciels des établissements
  - ✓ Si le lettrage n'est pas automatique dans votre établissement, revoir le paramétrage avec votre éditeur



## **Païement des factures émises par les établissements PNL – Points clés (2/2)**

- **1 rapprochement bancaire généralement mensuel :**
  - ✓ Pour information dans le secteur public, le rapprochement bancaire est quotidien
  - ✓ Le rapprochement bancaire dans le public: rapprochement entre les montants quotidiens des 578 et des virements quotidiens
- **Un suivi généralement quotidien des recettes**
- **Les dates contenues dans les flux de virement :**
  - ✓ Date de règlement
  - ✓ Date de valeur = date prise en compte dans la comptabilité



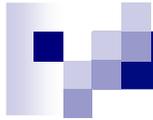
## Rejets des factures pour les établissements PNL – Points clés

- Rejet = retour Noémie 908
- 1 seul retour Noémie 908 par jour (comme pour les paiements 578)
- Sur la base du retour Noémie 908, des avoirs sont comptabilisés automatiquement dans le logiciel de facturation (imputation sur la facturation initiale)
  - ✓ **Ne pas envoyer l'avoir émis à l'AMO pour les factures rejetées par l'AMO**
- Le cas échéant, émission d'une **nouvelle facture** sur l'AMO selon les mêmes modalités que les factures initiales



## Corrections de factures à l'initiative de l'établissement – Points clés pour les établissements PNL

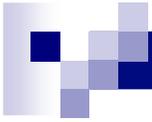
- A l'exclusion du cas des rejets AMO (retour Noémie 908), dans le cas où l'établissement juge nécessaire de corriger une facture :
  - ✓ Emission d'un avoir à **envoyer à la caisse gestionnaire AMO (uniquement dans ce cas)**
  - ✓ Émission d'une nouvelle facture sur l'AMO selon les mêmes modalités que les factures initiales
  - ✓ L'AMO ne stocke pas les factures rejetées ; elle contrôle les doublons au regard des factures déjà payées
- L'avoir et la nouvelle facture sont comptabilisés automatiquement dans le logiciel de facturation
- Remboursement le cas échéant (**pas de compensation, comme pour les établissements publics**)



## Avance de trésorerie – Points clés

**Le dispositif d'avance de trésorerie pour les établissements PNL est identique à celui des établissements publics**

**Ce dispositif est différent du dispositif d'acomptes pour les cliniques privées**



# Annexes

## Liste des établissements expérimentateurs

Région	Etablissement	Type	Editeur
Alsace	CH MULHOUSE HASENRAIN	CH	Mipih
Alsace	CH SAVERNE STE CATHERINE	CH	Cpage
<b>Alsace</b>	<b>GROUPE HOSPITALIER DU CENTRE ALSACE</b>	<b>ESPIC</b>	<b>Cerner</b>
Aquitaine	CH COTE BASQUE BAYONNE	CH	Siemens Health Services
<b>Aquitaine</b>	<b>ASS LES AMIS DE L'OEUVRE WALLERSTEIN</b>	<b>ESPIC</b>	<b>SIGEMS</b>
<b>Aquitaine</b>	<b>MSPB FONDATION MAISON DE SANTE PROTESTANTE BORDEAUX BAGATELLE</b>	<b>ESPIC</b>	<b>CSIS</b>
<b>Aquitaine</b>	<b>PAVILLON DE LA MUTUALITE</b>	<b>ESPIC</b>	<b>2CSI</b>
Auvergne	CH AURILLAC H.MONDOR	CH	McKesson
Auvergne	CH ISSOIRE	CH	Cpage
Auvergne	CH VICHY	CH	Agfa
Basse Normandie	CH COTE FLEURIE	CH	Cpage
Basse Normandie	CH ST LO MEMORIAL	CH	Mipih
<b>Basse Normandie</b>	<b>CLCC FRANCOIS BACLESSE - CAEN</b>	<b>ESPIC</b>	<b>Cerner</b>
Bourgogne	CHU DIJON	CHU / CHR	Cpage
Bretagne	CH BRETAGNE ATLANTIQUE VANNES	CH	Mipih
Bretagne	CH MORLAIX	CH	Mipih
Bretagne	CH PLOERMEL	CH	Mipih
Centre	CH BLOIS	CH	Agfa
Centre	CH CHATEAUROUX	CH	Medasys
Centre	CH LOCHES	CH	DIS Berger-Levrault
Centre	CH MONTARGIS	CH	Agfa
Corse	CH BASTIA	CH	Siemens Health Services (AO)
Haute Normandie	CH BERNAY	CH	Cpage
Haute Normandie	CHI ELBEUF-LOUVIERS VAL DE REUIL	CH	Siemens Health Services(AO)
Ile de France	CH RAMBOUILLET	CH	Cpage
Ile de France	CH ST DENIS	CH	Mipih
Ile de France	CHI MONTREUIL ANDRE GREGOIRE	CH	Agfa
<b>Ile de France</b>	<b>ASSOCIATION HOPITAL FOCH</b>	<b>ESPIC</b>	<b>Cerner</b>
<b>Ile de France</b>	<b>ASSOCIATION MARIE LANNELONGUE</b>	<b>ESPIC</b>	<b>Softway</b>
Languedoc Roussillon	CH ALES	CH	Agfa
Languedoc Roussillon	CHU MONTPELLIER	CHU / CHR	Mipih

## Liste des établissements expérimentateurs

Région	Etablissement	Type	Editeur
Lorraine	CH EPINAL JEAN MONNET	CH	Agfa
Lorraine	CHR METZ-THIONVILLE	CHU / CHR	McKesson
Midi - Pyrénées	CHI CASTELSARRASIN-MOISSAC	CH	McKesson
Midi - Pyrénées	CHU TOULOUSE	CHU / CHR	Mipih
<b>Midi - Pyrénées</b>	<b>CLCC INSTITUT CLAUDIUS REGAUD</b>	<b>ESPIC</b>	<b>Cerner</b>
Nord - Pas de Calais	CH CAMBRAI	CH	Mipih
Nord - Pas de Calais	CH SAMBRE AVESNOIS	CH	Mipih
Océan Indien	CH LA REUNION SAINT PAUL GABRIEL MARTIN	CH	Mipih
<b>PACA</b>	<b>ASSOCIATION INSTITUT SAINTE CATHERINE</b>	<b>ESPIC</b>	<b>Institut Sainte Catherine</b>
<b>PACA</b>	<b>MATERNITE CATHOLIQUE PROVENCE L'ETOILE</b>	<b>ESPIC</b>	<b>SIGEMS</b>
Pays de la Loire	CH CHATEAUBRIANT	CH	DIS Berger-Levrault
Pays de la Loire	CH FONTENAY LE COMTE	CH	Mediane
Pays de la Loire	CH ST NAZAIRE	CH	McKesson
Pays de la Loire	CHD LA ROCHE SUR YON LUCON MONTAIGU	CH	Mipih
Pays de la Loire	CHU NANTES	CHU / CHR	Siemens Health Services (AO)
Picardie	CH ABBEVILLE	CH	Mipih
Picardie	CH BEAUVAIS	CH	Mipih
Picardie	CH HAM	CH	Mediane
Picardie	CHU AMIENS	CHU / CHR	Mipih
Poitou - Charentes	CH LA ROCHELLE	CH	McKesson
Poitou - Charentes	CH NIORT	CH	McKesson
Rhône - Alpes	CH VALENCE	CH	Agfa
Rhône - Alpes	CHU GRENOBLE	CHU / CHR	(AO)
<b>Rhône - Alpes</b>	<b>UNION RESAMUT (CLINIQUE MUTUALISTE LYON)</b>	<b>ESPIC</b>	<b>Cerner</b>



## Liste des établissements en réel FIDES ACE au 1<sup>er</sup> septembre 2013

- Septembre 2011 : CH Beauvais, **ESPIC Institut Sainte Catherine**
- Mars 2012 : CH Morlaix, CH Sambre Avesnois
- Avril 2012 : CH Bretagne Atlantique
- Mai 2012 : CH Ploërmel, CH Vichy
- Juin 2012 : CH Niort, CH Châteaubriant
- Septembre 2012 : CH Alès, CH Cambrai, **ESPIC Maison de Santé Protestante Bagatelle**
- Octobre 2012 : CH Côte Fleurie, CH Saint Denis, CH Valence, CHD La Roche-sur-Yon
- Novembre 2012 : CH Abbeville, **ESPIC CLCC François Baclesse**
- Janvier 2013 : CHU Toulouse
- Février 2013 : CH Bernay, CH Loches, **ESPIC Union Résamut Lyon**
- Mars 2013 : **ESPIC CLCC Claudius Régaud** et CH St Lo
- Avril 2013 : CHU Amiens, CHU Dijon, CH Bayonne et CH Issoire
- Juillet 2013 : CH Montargis
- Septembre 2013 : CH Fontenay le Comte, CH La Réunion, CHR Metz-Thionville, CH Mulhouse, **ESPIC GH Centre Alsace**, CH La Rochelle