



Monsieur le Directeur Général de l'offre de soins  
Monsieur le Directeur de la sécurité sociale  
14 avenue Duquesne  
75350 Paris cedex SP 17

Paris le, 17 juillet 2012

**Objet** : recours gracieux relatif à la Circulaire n° 240 du 18 juin 2012

**Réf** : 12-404

Monsieur le Directeur de la Sécurité sociale,  
Monsieur le Directeur général de l'Offre de soins,

La FHF et les Conférences de directeurs tiennent à vous faire part de leur étonnement et de leur désaccord sur les dispositions prévues par la Circulaire n° 240 du 18 juin 2012 relative au délai dont disposent les établissements de santé pour l'émission et la rectification des données de facturation à l'assurance maladie.

Notre étonnement tient au fait que ce texte n'a été soumis à aucune concertation préalable et que vos services n'ont pas non plus jugé opportun de nous l'adresser lors de sa diffusion. Cette circulaire n'est d'ailleurs, à ce jour, toujours pas en ligne sur le site internet dédié.

Ce texte s'inscrit dans le cadre de la mise en application de l'article 62 de la Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012.

Si l'article fixe bien à un an le délai dont disposent les établissements de santé pour facturer, la présente circulaire étend la contrainte aux rejets de facturation sans que ceux-ci n'entraînent l'ouverture d'un nouveau délai. Au-delà de l'interrogation liée au vecteur juridique employé, la FHF et les Conférences de Directeurs considèrent cette disposition inacceptable et mettent en doute sa conformité aux règles d'opposabilité des créances publiques.

Plusieurs arguments étayent notre position et démontrent le caractère irréaliste de la réduction à un an du délai de facturation, sans autre disposition permettant une applicabilité réelle de la loi.

Ce texte, générateur d'une forte contrainte à l'égard des établissements, est sans contrepartie pour l'Assurance Maladie, sauf à considérer son engagement moral de traiter les factures reçues dans un « délai resserré ». Faute de délai obligatoire de réponse des caisses, la prescription peut être atteinte sans que les établissements n'aient été informés de la suite donnée au titre émis (paiement ou rejet).

./...

L'obligation faite aux établissements ne peut s'envisager sans obligation réciproque.

De plus, ce texte ignore la situation de dépendance dans laquelle se trouvent les établissements. Celle-ci est de différentes natures.

- la "dépendance" vis-à-vis de la Trésorerie pour le recouvrement des créances

L'expérience démontre que des injonctions réitérées du Trésor Public peuvent conduire un patient présumé payant à faire la preuve de sa couverture sociale à l'hôpital. Les titres émis initialement doivent alors être ré-émis à l'encontre de l'Assurance Maladie, et le délai d'un an s'en retrouve gravement amputé.

- la "dépendance" de l'établissement vis-à-vis de l'Assurance Maladie

L'élément principal ici négligé réside dans la situation des patients. En effet, la demande d'ouverture de droits pour un patient en ALD, l'obtention d'une couverture sociale ou l'immatriculation d'un migrant sont des procédures chronophages, dont les délais s'imposent aux établissements, même à ceux dont les services d'admission/facturation et services sociaux sont performants. Or, la réactivité des caisses n'est pas encore un principe général.

De plus, la situation actuelle des rejets B2 qui seront la norme fait apparaître que des titres restent à l'état ou au statut d' « envoyé », sans savoir si le titre est payé ou rejeté.

- la "dépendance" de l'établissement vis-à-vis des éditeurs

De surcroît, un titre peut être rejeté en raison d'un problème de paramétrage dans le système d'information. La solution se trouve souvent dans une nouvelle version du logiciel, fréquemment livrable dans des délais excédant une année.

Cette remarque trouve à s'appliquer pour l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH), éditeur du logiciel LAMDA, dont la date annuelle d'ouverture déterminerait désormais la validité ou non des créances des hôpitaux publics – compte tenu qui plus est du délai d'examen des demandes d'utilisation de LAMDA à soumettre par les établissements à leur ARS respective.

Enfin, ce texte est en contradiction avec les principes généraux du projet FIDES qui interdit toute émission de facture complémentaire, contrairement à ce que prévoit la présente circulaire. En l'absence de retrait de ce texte, la FHF et les Conférences des Directeurs seraient amenées à inviter les établissements publics de santé à se désengager de l'expérimentation FIDES.

Le risque d'une généralisation des contentieux dès le premier rejet, seul moyen dont disposeraient désormais les établissements pour agir contre le risque de forclusion, achève de démontrer le caractère inopérant de ce texte.

L'ensemble de ces éléments conduit aujourd'hui la FHF et les Conférences des Directeurs à demander le retrait de la circulaire n° 240 du 18 juin 2012.

/...

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Directeur Général de l'offre de soins, Monsieur le Directeur de la sécurité sociale, l'expression de notre considération la meilleure.

Président de la conférence des  
Directeurs Généraux des CHU

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'A. Hériaud', with a long, sweeping underline.

Alain Hériaud

Délégué général de la Fédération  
Hospitalière de France

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'G. Vincent', with a stylized 'G' and a horizontal line under the 't'.

Gérard Vincent

Président de la conférence des  
Directeurs Généraux des CH

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'D. Fréchou', with a stylized 'D' and 'F'.

Denis Fréchou

Copie au cabinet du Ministre