

La Facturation au « fil de l'eau »

Vision du Médecin D.I.M.
d' Etablissements de Santé Privés

LFSS 2004, la T2A harmonise les modes de financement des secteurs Publics et Privés

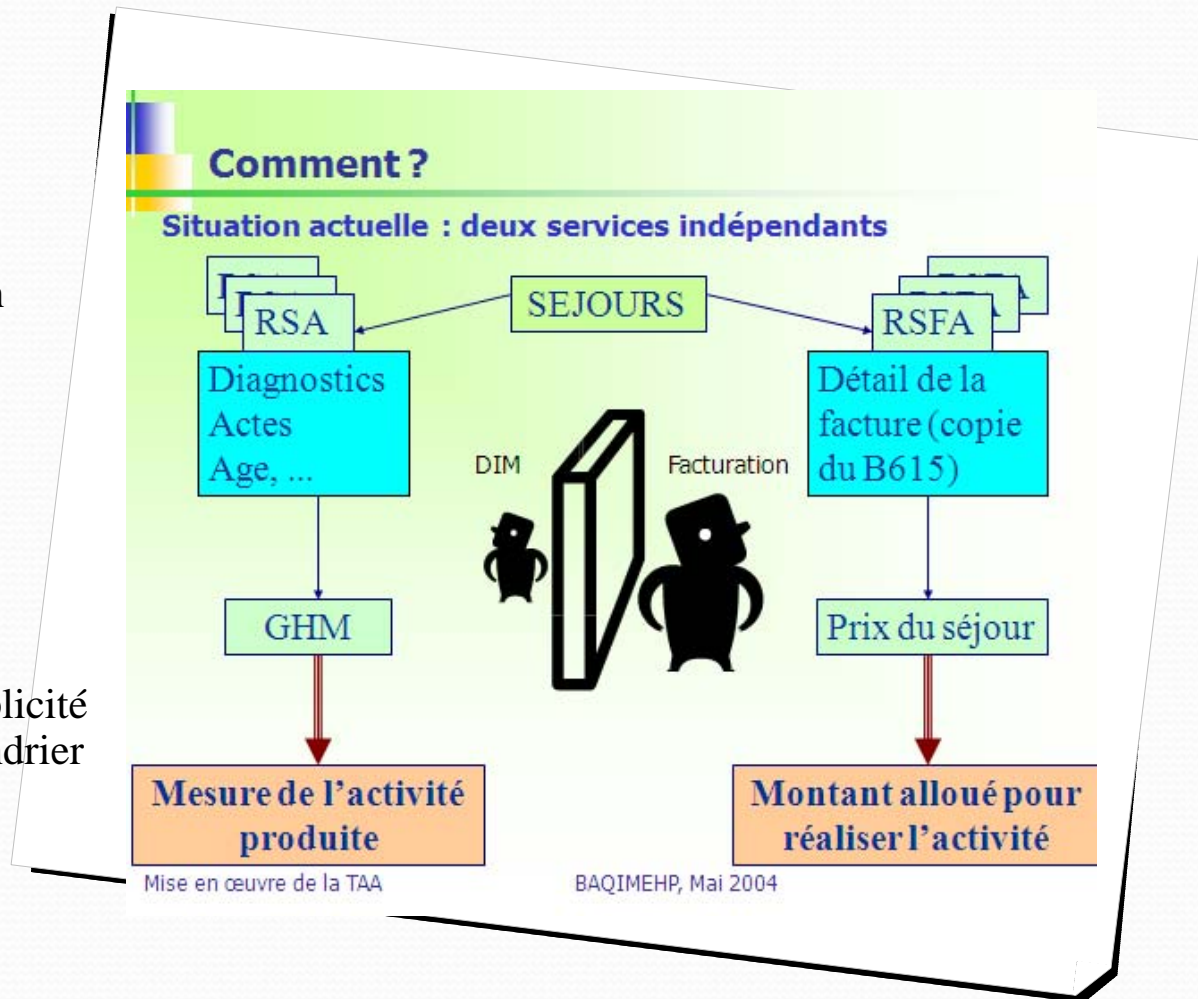
Les établissements Privés, nous avons trois mois pour la mise en place:

- Nouvelles règles
- Nouvelles problématiques

Face:

- SIH balbutiant
- Aucun support global Facturation/PMSI/Admin

Et surtout dans l'urgence: multiplicité de réformes, contraintes de calendrier
Du COUP par COUP

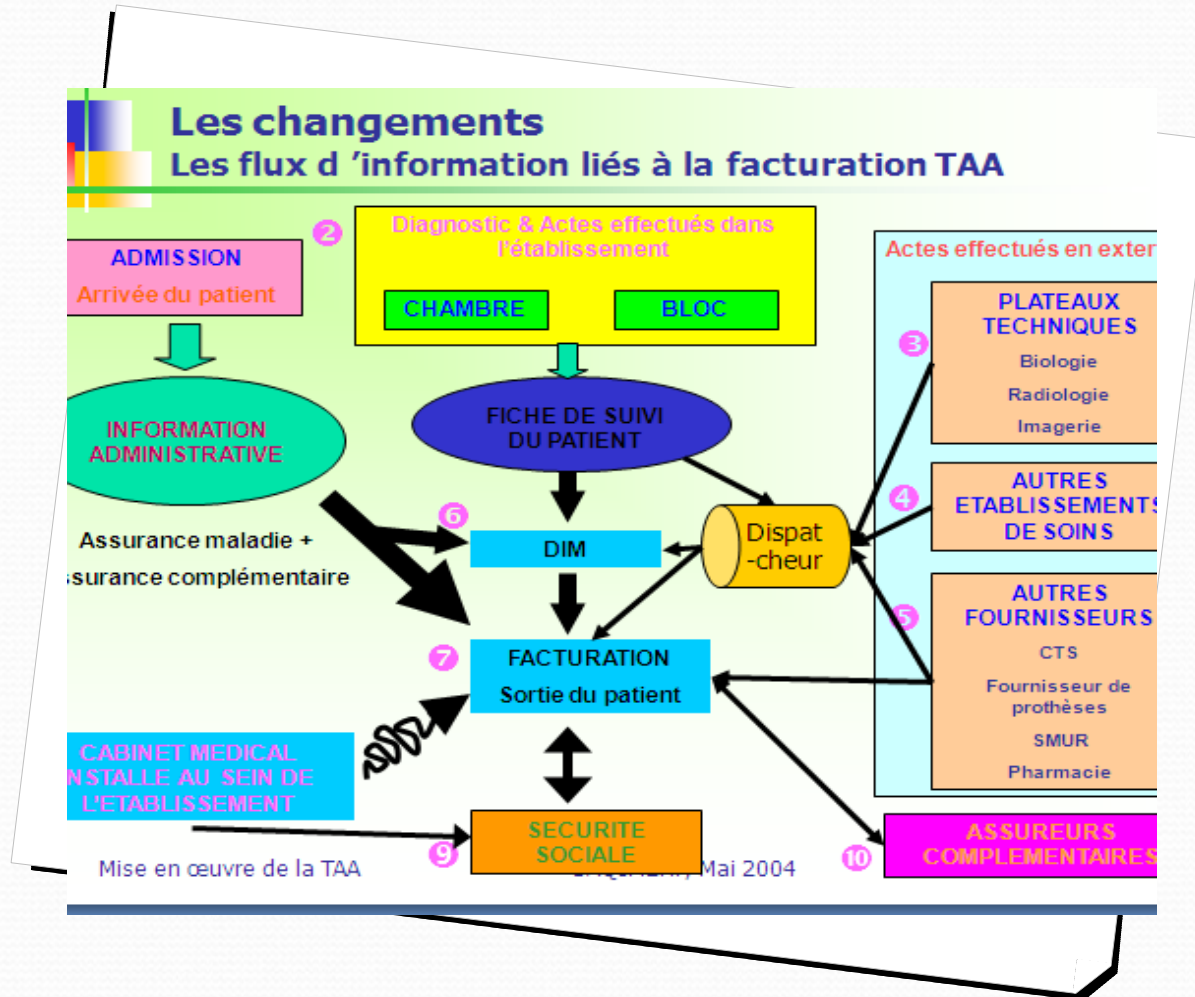


Gestion de la T2A et de la Facturation

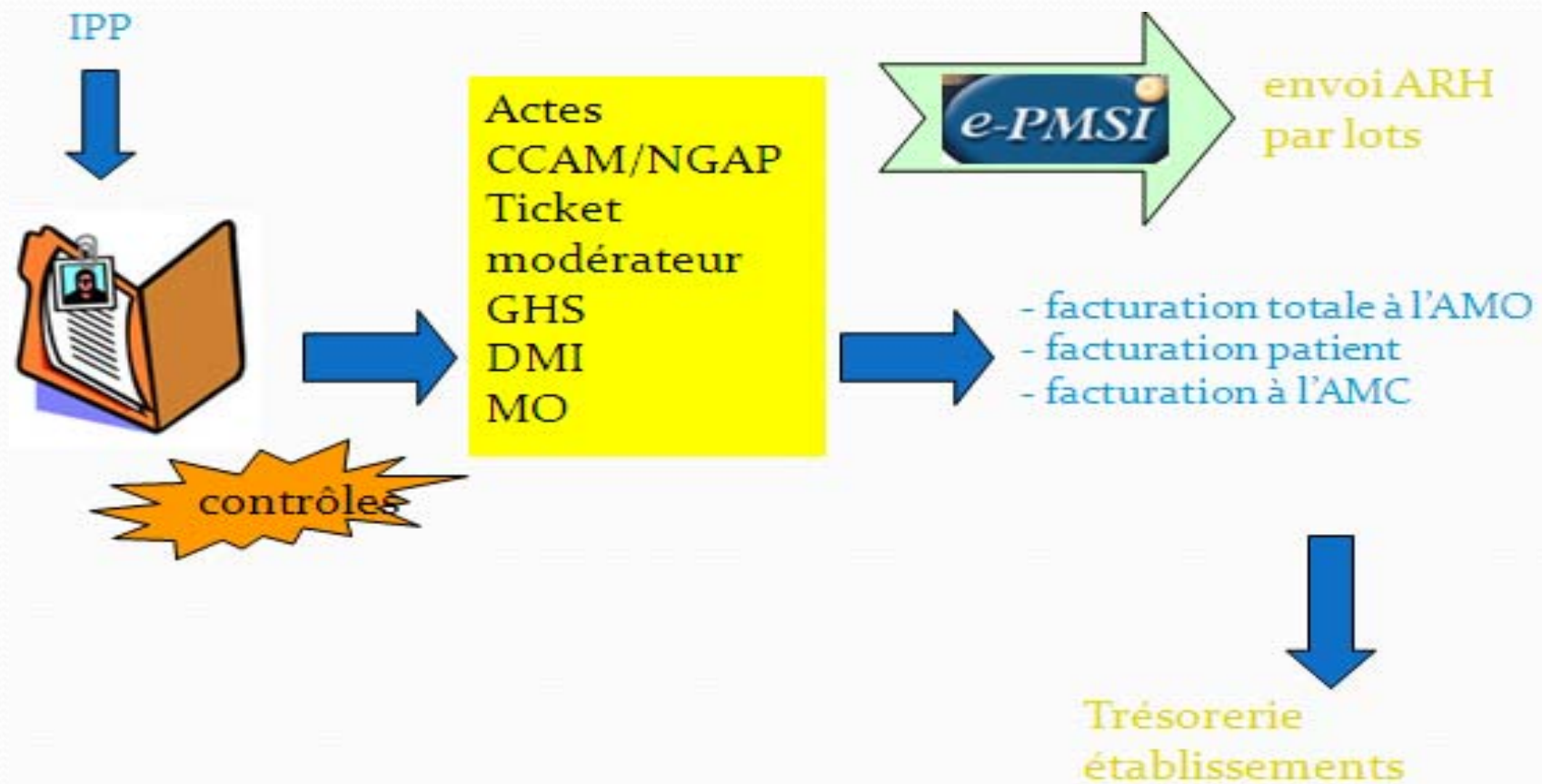
- Rappel contexte:
 - Année 2004 Mise en place de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) pour le recueil des données PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information)
 - 1^{er} mars 2005:
 - Application de la Tarification à l'Activité: mode de facturation unique au GHS des séjours avec un coefficient correcteur et de transition (suppléments)
 - Tarifs des actes en CCAM /Disparition partie de la NGAP (Nomenclature Générale des Actes Professionnels)
 - Avances de trésorerie par la CNAMTS pour les Etablissements de Santé Privés et pour les Praticiens pendant 6 mois

Le Circuit de l'Information mis en place (source BAQIMEPH)

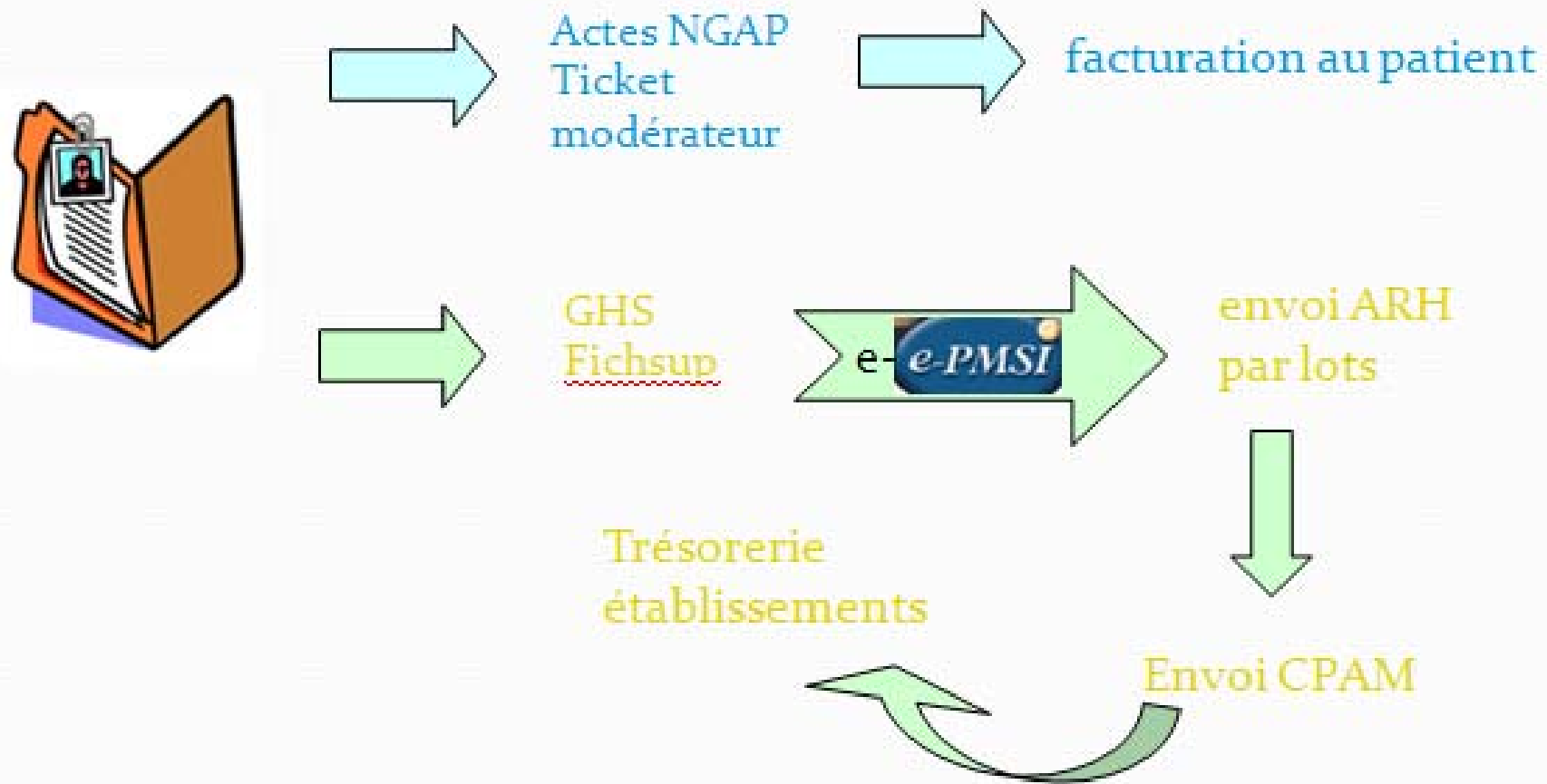
L'Objectif était le remboursement des factures liés à l'activité MCO directement au fil de l'eau: aux Caisses d'Assurance Maladie et aux Organismes Complémentaires, une fois les Systèmes informatiques de facturation adaptés



Les Etablissements Santé ex-OQN: le financement dépend d'un seul circuit



Les Etablissements Ex-DG: le financement dépend de deux circuits ce jour (source GMSIH)



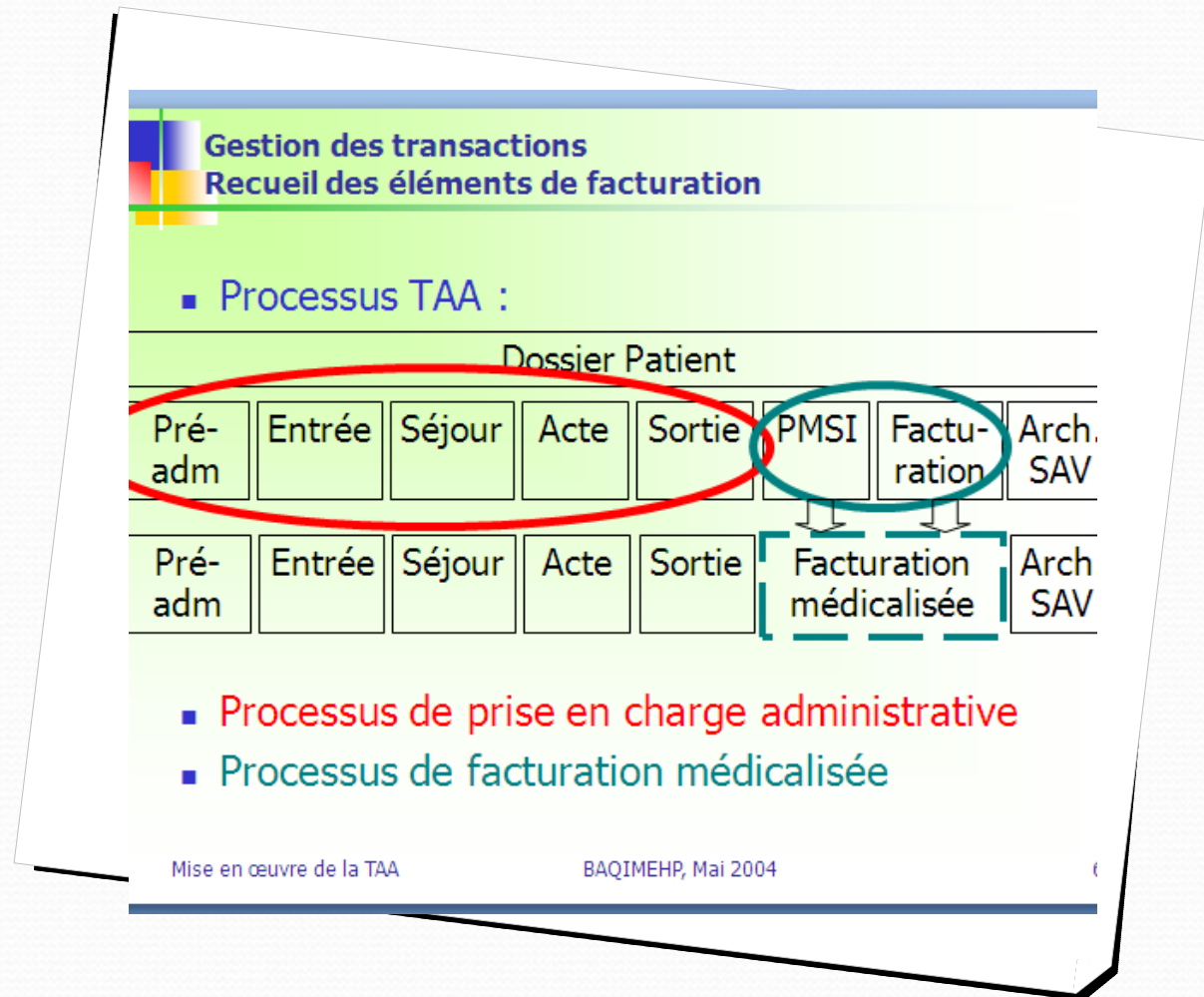
Production des données pour la T2A

- Industrialisation des processus de recueil/production des données avant transmission au service facturation
 - Dossier de pré-admission
 - Bureau des Entrées (BDE): carte vitale, PEC, mutuelles
 - Bloc opératoire: Choix d'un collecteur d'Actes CCAM
 - Dispensation nominative des Médicaments et DMI
 - Circuit du Dossier patient maîtrisé et contrôlé
 - Suivi journalier de la production de codage
 - Logiciel de veille journalier, pour la qualité selon DAtIM

Point de départ de notre Chaîne de facturation T2A

*Permis de renforcer les organisations du Bureau des Entrées (BDE)

*De rapprocher les services du Département d'Information Médicale, du service de facturation, jusqu'à créer dans de petite structure des **SIME** (Service d'Information Médico-Economique)



Obligations de La Chaîne de Facturation

- Traitement de l'information en flux tendus : BDE, Bloc, dossiers
- Données individuelles rattachées au séjour : DMI, MO
- Spécificités: PIE, SEH, UHTCD, ATU, suppléments autorisations
- contrôles internes et « externes » continus
- Une transmission au service de facturation
- une facture "médicalisée »
- ..validée par le DIM
- ..produite dès la sortie du séjour: T.M. 18€, 1€
Parcours de soins,
Dépassements Horaires
-télétransmise à l'assurance maladie obligatoire et organismes complémentaires.
- dépenses gagées par des recettes : impact sur la trésorerie, Délai moyen de Facturation.

Objectifs Communs le Bordereau de facturation UNIQUE: S3404

Partage de la
connaissance des
règles de sa
constitution:

- Entre le D.I.M. et la Facturation
- Gestion des rejets, des contentieux, des devis, des recouvrements et des retours Noémie

MODE OPERATOIRE DU BORDEREAU S 3404

Version 0.7

27 Juillet 2005

A- PRESENTATION

Ce document est un mode opératoire qui décrit les modalités et les consignes de remplissage de la feuille de soins mentionnée à l'article R.161-40 et suivants du code de la sécurité sociale, également dénommée bordereau de facturation S 3404. Au terme de la réglementation précitée ce bordereau est exigé :

- pour le remboursement à l'assuré des actes de soins et des prestations en nature de l'assurance maladie directement liées à une hospitalisation dans un établissement de santé privé mentionné aux d) et e) de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale.
- pour le paiement des actes ou prestations au professionnel, à l'établissement ou à l'organisme responsable du séjour ou de leur délivrance, dans le cadre de la dispense d'avance des frais, telle que prévue à l'article L.162-21-1 du code de la sécurité sociale.

Le bordereau est constitué d'un formulaire unique réglementaire qui tient lieu de support de facturation.

- Il remplace l'ancien bordereau 615 qu'il adapte pour prendre en compte les modalités de

Outil facturation: Partie Haute du S 3404

établissements de santé privés – bordereau de facturation



articles R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale

date d'élaboration

n°

identification de l'établissement dont n° FINESS

coefficient MCO :

références à rappeler
 N° LOT
 N° FACTURE
 N° D'ENTREE
 N° FEUILLET

signature de l'assuré(e)

absence de signature

Le bénéficiaire des soins

nom de naissance et prénom(s)
(insérer s'il y a lieu le nom d'usage)

n° d'immatriculation et clé à défaut, date et rang de naissance

code organisme de rattachement date début hospitalisation

entrée le à heures sortie le à heures

L'assuré(e) (s'il est différent du bénéficiaire des soins)

nom de naissance et prénom(s)
(insérer s'il y a lieu le nom d'usage)

n° d'immatriculation et clé

adresse

maladie conditions de prise en charge de bénéficiaire des soins
 code excécution

maternité date du début de grossesse ou date d'accouchement AT/MP n° ou date

soins en rapport avec l'art. L. 115

accident causé par un tiers non oui date

fraîs de structure et de soins (1)

transfert	mode de facturation	DMT	prescripteur	n° CTS	période		prix unitaire	quantité	coeff	montant facturé	codes éco
					du	au					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

fraîs de structure et de soins (2)

transfert	mode de facturation	DMT	prescripteur	n° CTS	période		prix unitaire	quantité	coeff	montant facturé	codes éco
					du	au					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

sous-total 1 sous-total 2

produits de la LPP facturable et cotéabilité pharmaceutique (insérer la prescription)

transfert	mode de facturation	DMT	prescripteur	n° CTS	n° d'identification du prescripteur	date de prescription	date d'implantation	libellé	code	tarif de référence ou prix unitaire	quantité	montant facturé
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dr B. Beauneau-Puici - Médecin DIM Aquitaine - HIT Paris 1008

Outil facturation: Partie Basse du S 3404

relevé des honoraires médicaux, para médicaux et actes de laboratoire

joindre la prescription médicale

soins-totaux 1+2+3

transfert n° de la	numéro d'identification du prescripteur	spécialité	numéro d'identification de l'exécutant	spécialité	date des actes	date de la prescription	n° OFIS	actes effectués					quantité ou coefficient	honoraires Exclusifs	autres	numéro des actes
								acte acte ou laboratoire	1	2	3	4				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
																2
																3
																4
																5
																6
																7
																8

soins-totaux 4

transfert provisoire - n° FINESS établissement 1

n° FINESS établissement 2

MANDATAIRE(S)

signature du directeur de
l'établissement

MONTANT TOTAL
en euros (1+2+3+4)

l'assuré(e) n'a pas payé la part
obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part
complémentaire

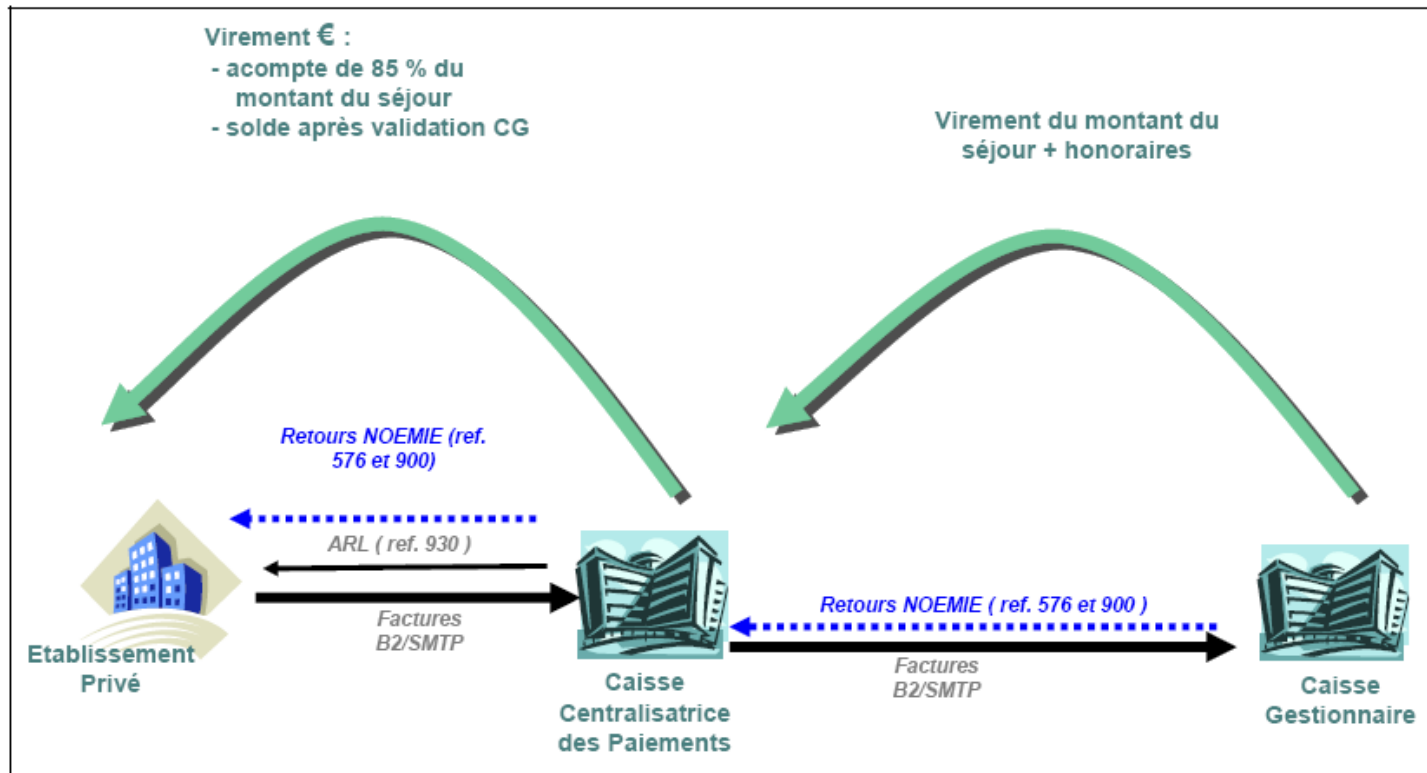
Dr S. Beaufigeau-Pulci - Médecin DIM Aquitaine-
HIT Paris 2008

Impact organisationnel de la Facturation au « fil de l'eau »

- Mise en place d'un SI intégré, réactif, ergonomique
- Référentiels internes et externes robustes et à jour: Centré IPP
- Fonctions d'automatisation et de contrôles
- Maturité échanges dématérialisés: Pivot norme B2, messagerie Sécurisée, CPS étab.
- Mouvements saisis en temps réel
- Codage à la source au fil de l'eau
- Production des RUM au fil de l'eau
- Lien étroit entre les informations médicales et non médicales
- Chaîne de production des informations: « qualité, rapidité, et exhaustivité »

La dematerialisation des supports d'échanges et télétransmissions

Etablissements privés :



Calendrier du déploiement de la télétransmission sécurisée ES ex-DG

Planning général

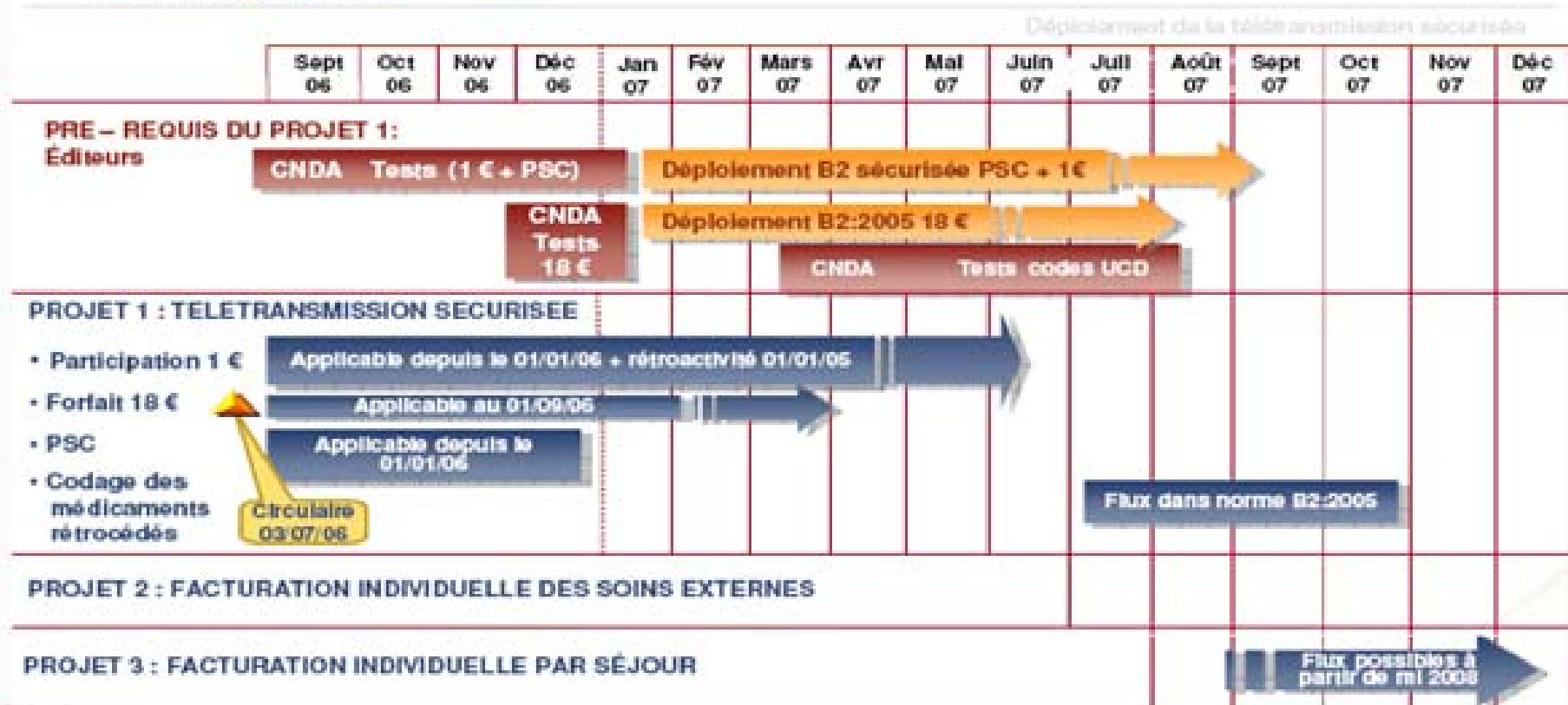


Schéma d'organisation cible de nos SIH pour la facturation « au fil de l'eau »

- Dans les ES-ex OQN la priorité a été le collecteur d'actes:
 - Avantages:
 - décentraliser la saisie des actes au Bloc
 - Responsabiliser les Praticiens à la saisie de leur Honoraires CCAM et des modificateurs
 - Alléger le travail de la facturation
- Le SI Administratif et PMSI est intégré et centré sur l' IPP
- Le SI de Facturation est intégré et centré sur IPP
- Le SI de soins est parfois multiples, centré sur IPP
- Le SI pilotage quand il existe travaille sur le modèle cible qui suit

Le Système d'Information actuel(gmsih)

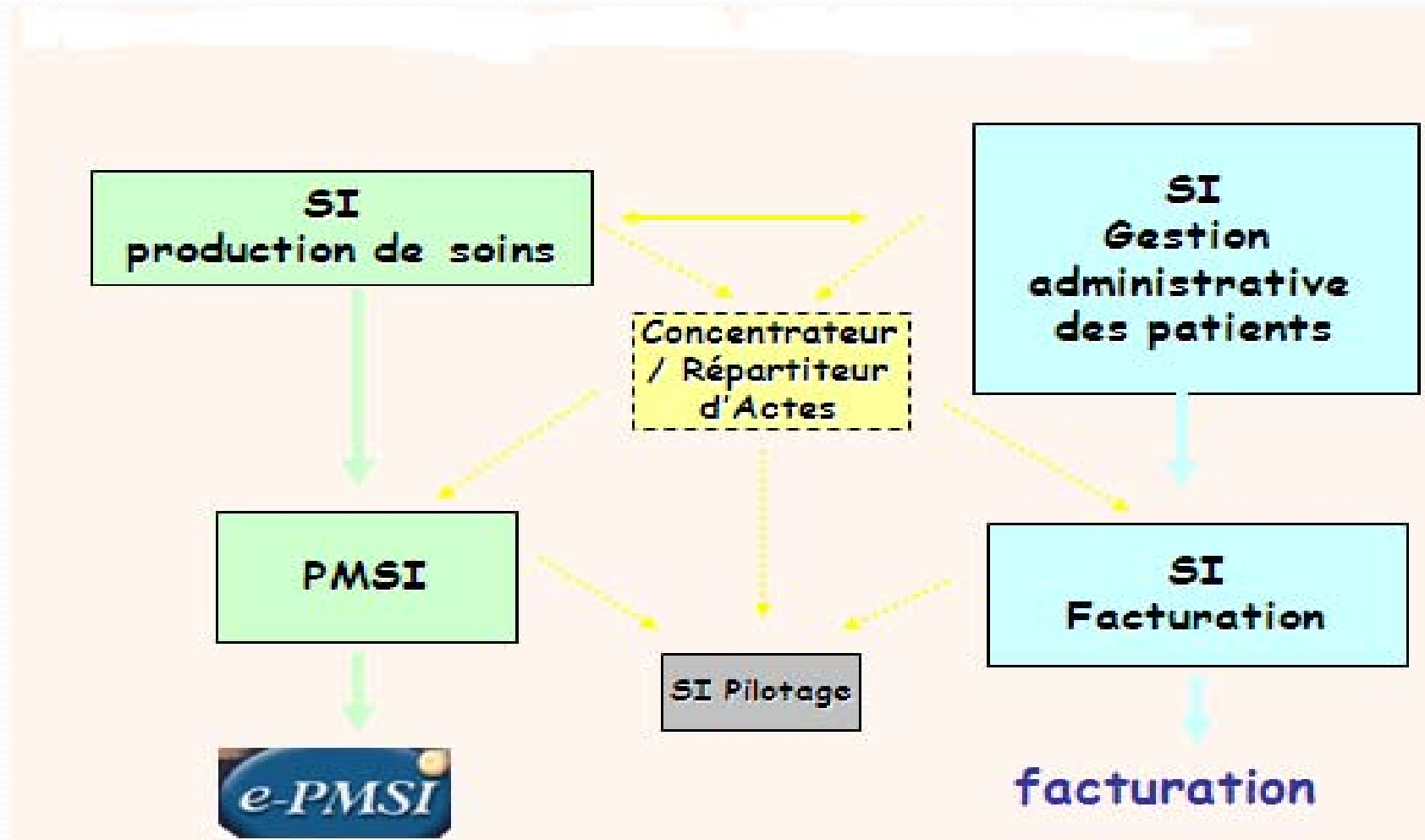
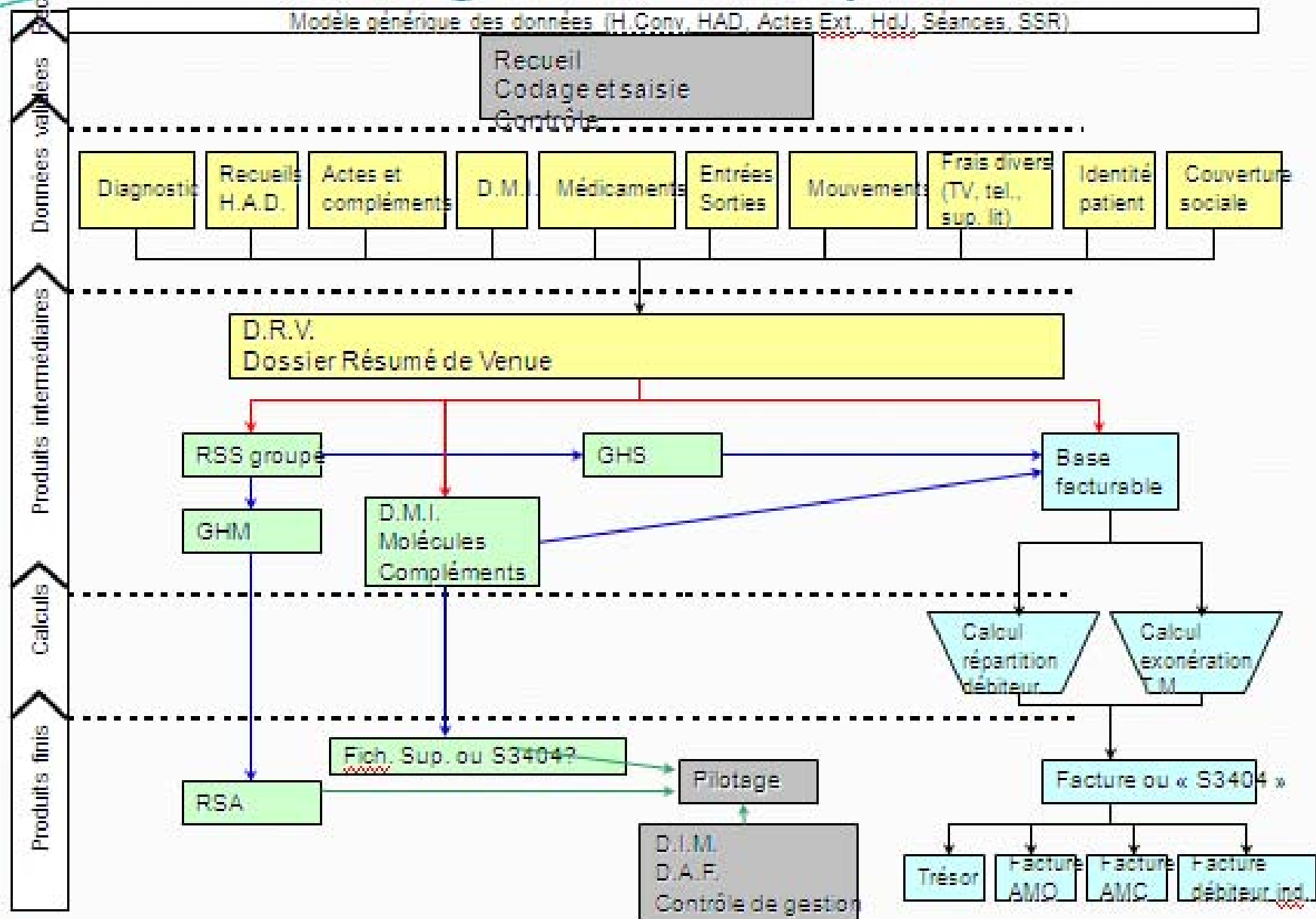
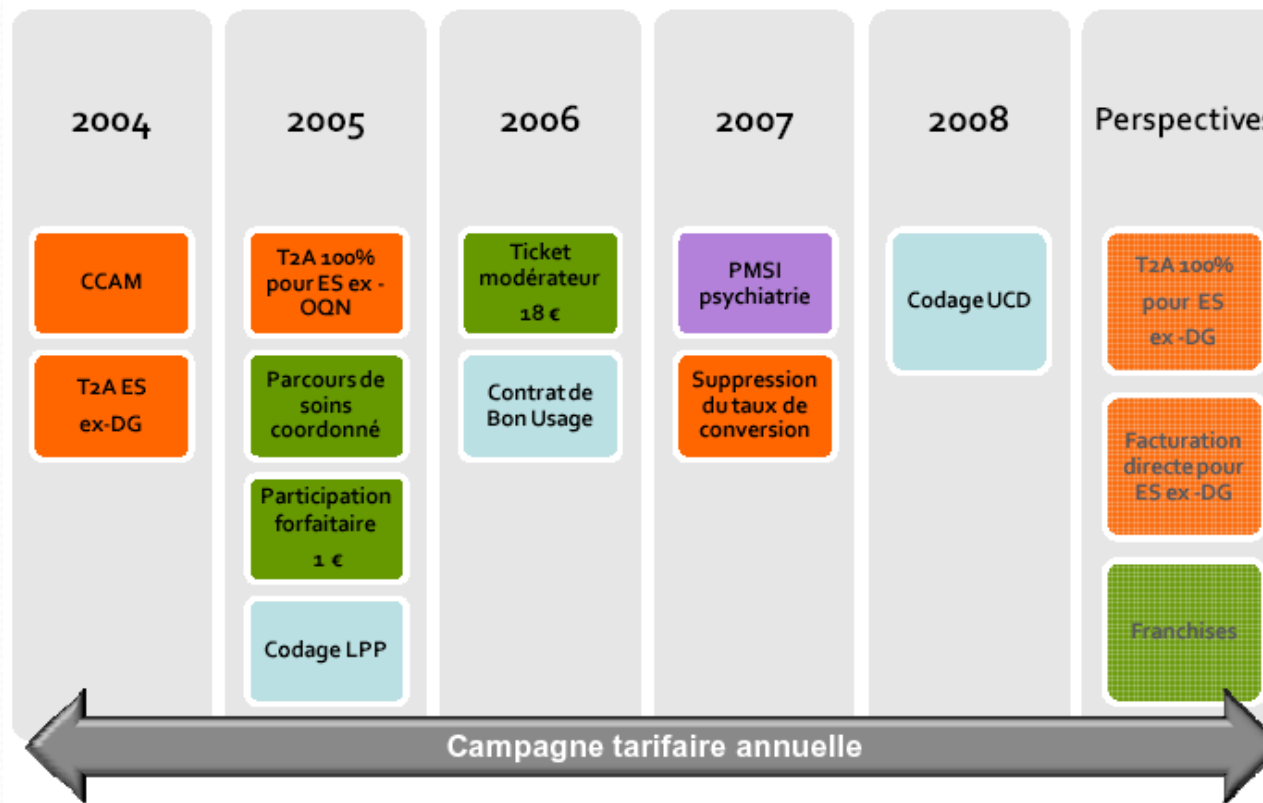


Schéma d'organisation possible (gmsih)



La chronologie de la facturation au « fil de l'eau » ES ex-DG et ES exDG

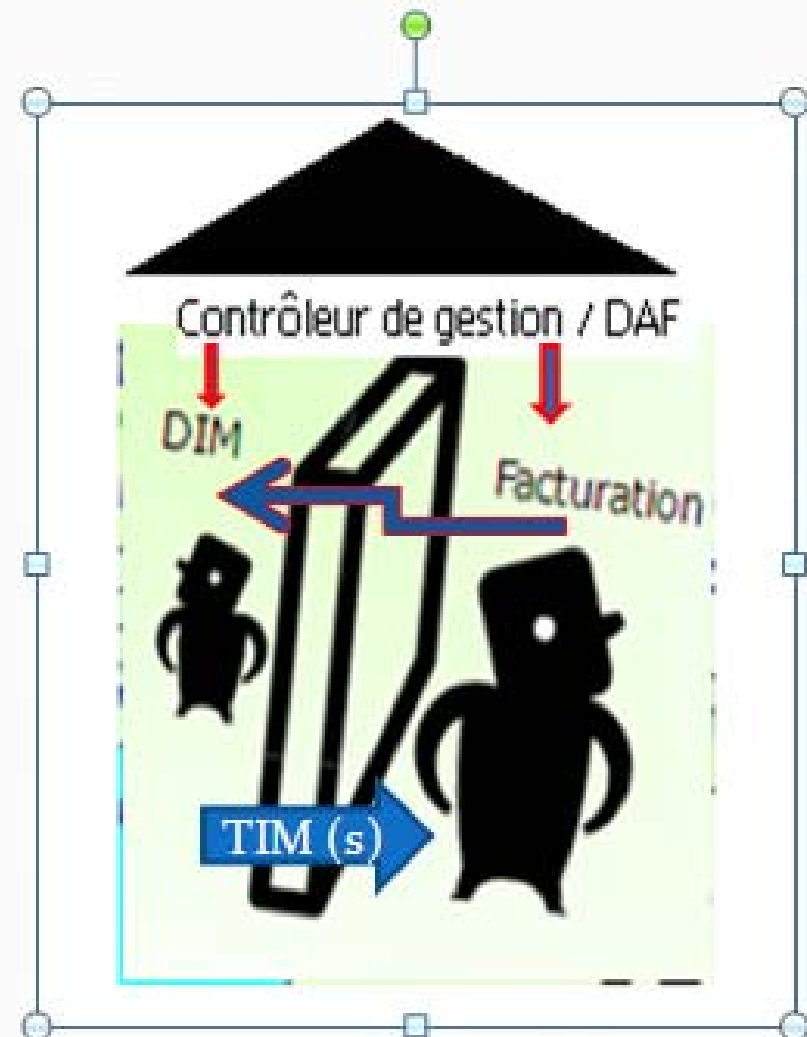
Etat des réformes du financement et de l'assurance maladie et impacts sur les systèmes d'information des établissements de santé au 01/09/2007 (gmsih 2007)



Dr S.Beaufigeau-Pulci - Médecin DIM Aquitaine-
HIT Paris 2008

Problème culturel: D.I.M. et Facturation

- Analyse des coûts par séjour
- Outils de pilotage prospectifs
- Organisations évolutives
- Hôpital, collaboration de professionnels :
- Chef d'établissement / président CME/ Médecin DIM
- TIM/bureau des admissions
- DIM/DAF et contrôle de gestion



Problème culturel Médecin DIM et Facturation

- Nécessité de mise en perspective de l'ensemble
- Décloisonnement des métiers:
Sortir de la vision « actes et diag »=PMSI et Informations administrative = Facturation
- Nouvelles missions pour le DIM: Expert métiers Médecin/Techniciennes de l'Information Médicale
- Mettre en place « Workflow » processus métier commun
- Mais facteurs humains et difficultés pour le partage des responsabilités
- Obtenir un climat d'émulation, de partage dans le respect des obligations de chacun.

turbulences de la facturation au « fil de l'eau »

- L'Expert transversal médical

En interne:

Conseil auprès de ses confrères, CME, EPP

Analyste pour la gestion médicalisée auprès de la Direction, DSI:

Spécialiste des autorisations, de la réglementation, des règles des contrôles,

Modérateur face aux pressions des délais moyen de facturation, des volontés de centralisation ou décentralisation excessives,

Garant des besoins de cohérence médicale pour les analyses épidémiologiques,

Gardien du respect des règles de confidentialité

Conciliateur entre compétences médicales et administratives.

Acteur du développement du SIH

En externe:

Relai pour les envois e-pmsi et les contrôles de cohérence DAfIM

Expert pour les contrôles externes T2A

Médiateur entre son établissement et les Tutelles

L'équipe BDE/DIM/Facturation: Barreur de la facturation au fil de l'eau !

