

Date :
21/09/2001

Origine :
AC
DDRI
DSI

Réf. :
AC n° 43/2001
DDRI n° 118/2001
DSI n° 15/2001
 n° /

MMES et MM les Directeurs
MMES et MM les Agents Comptables

- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
- des Caisses Générales de Sécurité Sociale
- des Centres de Traitements Informatiques
(pour attribution)

- des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
- des Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie
(pour information)

Plan de classement :

100

Titre :

OQN 98

Résumé :

Opération de revalorisation consécutive à l'annulation, par arrêt du Conseil d'Etat du 7 juillet 2000, de l'avenant n° 1 à l'accord tripartite national du 31 mars 1998 fixant l'OQN 1998, portant réalisation d'une mesure d'économie sur les forfaits de séance d'hémodialyse en centre.

Pièces jointes : 01

Liens :

Date d'effet :

Dossier suivi par:
Téléphone :

AC/M. JOUIN
01.42.79.36.91

Date de Réponse :

DDRI/S. LIBOUBAN
01.42.79.31.29

DSI/P. ROUET
01.45.61.76.06

21/09/2001

MMES et MM les Directeurs
MMES et MM les Agents Comptables

Origine :
AC
DDRI
DSI

- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
- des Caisses Générales de Sécurité Sociales
- des Centres de Traitement Informatique
(pour attribution)
- des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
- des Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie
(pour information)

N/Réf. : AC n° 43/2001 – DDRI n° 118/2001 – DSI n° 15/2001

Objet : Opération de revalorisation consécutive à l'annulation, par arrêt du Conseil d'Etat du 7 juillet 2000, de l'avenant n° 1 à l'accord tripartite national du 31 mars 1998 fixant l'OQN 1998, portant réalisation d'une mesure d'économie sur les forfaits de séance d'hémodialyse en centre.

Par arrêt du 7 juillet 2000, le Conseil d'Etat a annulé les articles 1, 2 et 3 de l'avenant n° 1 du 17 septembre 1998 complétant l'accord national tripartite annuel du 31 mars 1998 relatif à la fixation de l'Objectif Quantifié National des établissements de santé privés pour l'année 1998.

Cet avenant précisait les modalités de réalisation d'une mesure d'économie, de 100 millions de francs – en année pleine tous régimes confondus - sur les forfaits de séance d'hémodialyse en centre.

Le Ministère a, par lettre du 11 mai 2001 (jointe en annexe et transmise par circulaire CNAMTS DDRI n° 16/2001 du 27 juin 2001), précisé à la CNAMTS les conditions dans lesquelles les opérations de régularisation consécutives à l'annulation devaient être conduites.

Considérant que les tarifs applicables pour l'année 2000 sont devenus définitifs du fait de l'absence de recours contre l'accord national du 1^{er} mars 2000 fixant les taux d'évolution des tarifs pour 2000, les principes arrêtés par le Ministère sont les suivants :

- limitation du reversement des sommes dues aux structures, ayant subi une baisse tarifaire du fait de l'application de l'avenant, à la période du 1^{er} avril 1998 au 30 avril 2000. Il est établi en revanche que pour l'année 2000 les avenants tarifaires sont devenus définitifs et donc qu'aucun remboursement ne doit intervenir au titre de la décision d'annulation du Conseil d'Etat,
- aucune nécessité de reprendre les avenants tarifaires pour procéder à ces remboursements,
- réalisation d'un suivi statistique des sommes remboursées.

1 - LES MODALITES DE REGULARISATION

En tenant compte des dispositions susdécrites, la CNAMTS a calculé les revalorisations à effectuer pour les prestations versées au titre du Régime Général (hors Sections Locales Mutualistes), afin d'assurer le versement par l'applicatif paiement/mandatement des sommes dues aux établissements de santé concernés par la CPAM gestionnaire de l'établissement.

La régularisation s'applique sur la base des tarifs des forfaits de séance d'hémodialyse en centre, à l'exclusion de la part des tarifs destinée à financer les dépenses d'érythropoïétine.

La solution retenue par la CNAMTS repose sur l'extraction des données de paiement depuis la base SNIREP National, le calcul au niveau national des revalorisations à verser et de leur intégration dans le système automatisé de Paiement/Mandatement.

La régularisation se déroulera ainsi suivant trois étapes :

- extraction des données depuis le SNIREP National,
- calcul et traitement des revalorisations par le CENTI d'Evreux, à partir des données extraites et des différentiels de tarifs des séances déterminés (le différentiel correspondant à l'écart entre le tarif appliqué et celui qui devait être appliqué),
- agrégation des données revalorisées et intégration automatique dans l'application Paiement Mandatement pour paiement aux établissements et alimentation automatique des produits comptables et statistiques.

Un document joint en annexe précise le détail des opérations de régularisation

2 - LA PROCEDURE DE PAIEMENT

La Caisse primaire d'assurance maladie gestionnaire de l'établissement procédera au règlement des sommes dues au titre de la part obligatoire pour le Régime Général (hors SLM).

Le paiement aux établissements de santé devra avoir lieu avant la fin septembre 2001.

Au préalable, un fichier constitué par le CENTI, sera transmis aux Caisses gestionnaires des établissements, via STAC.

Ce fichier contiendra les informations relatives aux paiements, à savoir, pour chaque établissement, le montant de la revalorisation par année de soins et par nature de prestations (SNS, FS, FSE, selon le code acte utilisé lors de la facturation des séances de dialyse).

Cet état des sommes à verser permettra de valider la journée de traitement avant paiement.

Le montant total de la revalorisation sera intégré par les CTI, au virement de la journée de prestations **dans un délai de 2 jours après réception du fichier transmis aux CPAM**. Il fera l'objet ensuite de la procédure habituelle de paiement aux établissements concernés.

3 - POINTS PARTICULIERS

Pour les CPAM qui auraient déjà versé des montants à certains établissements à titre d'acomptes, il conviendra de régulariser ces situations au regard des opérations de revalorisation des établissements concernés. Au vu de l'état transmis par la CNAMTS, qui indique le montant total dû à l'établissement, il conviendra d'en déduire le montant restant à payer après déduction de l'acompte versé à l'établissement. De plus, afin de ne pas payer en automatique la totalité du montant revalorisé, les Caisses devront mettre en paiement Agence Comptable (VIN) les montants relatifs à l'établissement concerné, pour ne régler que le montant restant dû.

L'attention des caisses est attirée sur le délai de validation et de mise en paiement éventuelle par les agences comptables après réception du fichier qui leur est transmis par la CNAMTS, qui doit intervenir dans un délai maximum de 2 jours avant l'intégration par le CTI du fichier de paiement.

4 - BORDEREAU ACCOMPAGNANT LE PAIEMENT

L'établissement recevra dans le bordereau tiers (Noémie ou papier) récapitulatif de la journée de prestations, les montants perçus au titre de la revalorisation.



Mes services sont à votre disposition pour vous apporter toute information complémentaire, en ce qui concerne :

- la revalorisation : Philippe ROUET - DSI - ☎01.45.61.76.06,
- le paiement des sommes dues : Martine JOUIN - AC - ☎01.42.79.36.91,
- la situation des établissements : Sylvie LIBOUBAN - DDRI/DAHMEs – ☎01.42.79.31.29

Le Directeur Délégué
aux Risques

P.J. LANCERY

P/L'Agent Comptable
l'Adjointe

S. RESTOUT

Le Directeur
des Systèmes d'Information

A. BOUREZ

REVALORISATION O.Q.N. 98

LA TARIFICATION A PARTIR DES DONNEES ISSUES DE L'INFORMATIONNEL ET RESTITUTION DES RESULTATS AUX CTI/CPAM

1 - PROCEDURE

A partir des données SNIREP National, il est procédé à l'extraction des informations relatives au règlement des séances de dialyse.

Cette opération vise à sélectionner les dépenses concernées par le réajustement de l'OQN .

Pour les prestations liquidées par les SLM, les données n'étant pas disponibles sur tous les exercices de SNIREP, elles ne sont donc pas traitées dans cette régularisation.

Un fichier est établi pour la Caisse gestionnaire de chaque établissement.

Il est construit selon les règles d'alimentation de la chaîne Paiement Mandatement afin de satisfaire au paiement, à l'édition d'un relevé de prestations et aux ventilations comptables et statistiques.

Les CTI intégreront les fichiers dans Paiement Mandatement.(programme LEX710)

Les règles de sélection et de tarification à mettre en œuvre à partir des éléments issus des extractions sont précisées ci-après.

2 - LA SELECTION

Elle est opérée sur les dépenses enregistrées dans SNIREP correspondant aux critères suivants :

Rubrique	Libellé	Longueur	Valeurs ou règle de gestion
ETA_NU8	Numéro FINESS	8	Fait partie de la liste des FINESS
PSH_DMT	Discipline de prestation	3	797 ou 798
PSH_MDT	Mode de traitement	2	19
NOE_RGM	Code grand régime	2	01
EXE_DRD	Date de soins	6	Comprise entre 01/04/1998 et 30/04/2000
PRS_NAT	Nature de la prestation	3	SNS FSE FS
MUT_COD	Code mutuelle	3	000
REM_MOI	Mois de remboursement	2	Inférieur à 07 pour l'année 2000

3 - L'EXTRACTION DES DONNEES

Liste des données à extraire car utiles à la tarification et aux ventilations :

Rubrique	Libellé	Longueur
ETA_NUM	N° d'Etablissement	8
ETA_CLE	Clé du N° d'Etablissement	1
PSH_STJ	Statut Juridique	2
PSH_MFT	Mode de Fixation des Tarifs	2
PSH_CAT	Catégorie de l'Etablissement	3
ASU_NAT	Nature de l'Assurance	2
EXO_MTF	Motif d'exonération du ticket modérateur	4
RAP_SOI	Soins en rapport avec l'affection	1
EXE_DRD	Date des soins ou date début	6
PSH_DMT	Discipline Médico Tarifaire	3
PSH_MDT	Mode de traitement	2
PRS_NAT	Nature de la prestation	3
CPL_COD	Code complémentaire de la Nature de la prestation	2
ACT_COE	Coefficient de l'acte	5,2
REM_TAU	Taux de remboursement	3
REM_MNT	Montant remboursé	9,2
CAI_ORG	Caisse d'origine paiement	3

4 - LA TARIFICATION

Le principe consiste à identifier dans SNIREP le nombre de séances par établissement puis de valoriser ce nombre avec le différentiel de tarif de la séance.

4.1 - Détermination du différentiel sur prix de la séance

Pour déterminer le montant du rappel à valoir pour chaque séance, il est nécessaire de rapprocher ,en fonction de la date de soins de la dépense, le différentiel du tarif de la séance et le nombre de séances de la période correspondante.

PRINCIPE GENERAL :

Pour chaque établissement, par date de début d'application du tarif et date de fin d'application du tarif, est déterminée la valeur du différentiel par séance. Le différentiel constitue le prix unitaire.

Cette règle s'applique pour toutes les séances issues de la sélection de SNIREP dont la date de soins est comprise entre la date de début de tarif et la date de fin de tarif.

Considérant que les tarifs réellement applicables après annulation du Conseil d'Etat sont les suivants :

- tarif applicable au 1/04/1998, ce tarif s'applique jusqu'au 30/04/1999,
- baisse du tarif de 0,61 % à compter du 1/05/1999 jusqu'au 30/04/2000 par application de la mesure OQN 1999,

trois différentiels ont été calculés :

- 1^{er} différentiel = tarif au 15/11/1998 – tarif au 31/03/1998 (compte tenu de l'avenant n° 1 à l'accord OQN du 31/03/1998, qui précisait que la mesure d'économie était obtenue par la réduction des frais de dialyse en centre à compter du 15/11/1998 avec effet rétroactif au 1^{er} avril 1998. Le tarif appliqué du 15/11/1998 au 31/12/1998 a pris en compte la régularisation de la période du 1/04/1998 au 15/11/1998.
- 2^{ème} différentiel = tarif au 31/03/1998 – tarif au 01/01/1999 (au 01/01/1999 s'appliquent les nouveaux tarifs issus de la mesure d'économie).
- 3^{ème} différentiel = (tarif au 31/03/1998 – 0,61 %) – (tarif au 30/04/1999 – 0,61 %)

Le nombre de séances se rapportant à chacun de ces différentiels a été calculé sur les périodes suivantes :

- période du 15/11/1998 au 31/12/1998 (pour le 1^{er} différentiel)
- période du 01/01/1999 au 30/04/1999 (pour le 2^{ème} différentiel)
- période du 01/05/1999 au 30/04/2000 (pour le 3^{ème} différentiel)

La base de remboursement est le résultat de la multiplication du Prix Unitaire (montant du différentiel) par le Coefficient (qui représente le nombre de séances).

Le montant remboursé est le résultat de la multiplication de la base de remboursement par le taux.

La donnée RGM_COD (code régime) est initialisée à la valeur 101.

Les données CMU_TUX, ALM-TUX, FNS-TUX, MUT-NUM, CMU_MNT, ALM-MNT, FNS-MNT sont initialisées à zéro, FNA_EXO est initialisée à space.

5 - L'AGREGATION DES DONNEES

S'agissant d'une procédure exceptionnelle visant à permettre le règlement global de la dette à chaque établissement, et compte tenu du volume de prestations considéré, il est nécessaire de véhiculer à Paiement Mandatement les informations sous une forme agrégée.

Cette agrégation doit permettre de satisfaire :

- A l'émission du paiement et à l'édition sur les bordereaux tiers des informations relatives à ce paiement,
- Aux besoins des applicatifs de ventilations comptables et statistiques.

Une norme d'échange spécifique a été construite, et les données agrégées a minima sur les critères suivants :

Rubrique	Libellé	Longueur	Valeurs ou règle de gestion
CAI_NUM(1) (2)	N° Caisse gestionnaire de l'établissement	3	
ETA_NUM (1) (2)	N° d'Etablissement	8	
PSH_STJ (1)	Statut Juridique	2	
PSH_MFT (1)	Mode de Fixation des Tarifs	2	A la valeur 07
PSH_CAT (1)	Catégorie de l'Etablissement	3	
ASU_NAT (1) (2)	Nature de l'Assurance du décompte	2	
RGU_SEN	Sens de la régularisation	1	A la valeur P
PRS_MIL	Année exécution de la prestation	4	
RGM_COD (1)	Code régime	3	A la valeur 101
EXO_MTF (1)	Motif d'exonération du ticket modérateur	4	
RAP_SOI (1)	Soins en rapport avec l'affection	1	
PSH_DMT (1)	Discipline Médico-Tarifaire	3	
PSH_MDT (1)	Mode de traitement	2	
PRS_NAT (1)	Nature de la prestation	3	
CPL_COD (1)	Code complémentaire de la Nature de la prestation	2	
PRI_UNT (1)	Prix unitaire	9,2	Différentiel du tarif
REM_TAU (1)	Taux de remboursement	3	
REM_BAS	Base de remboursement	9,2	Valeur absolue $PRI_UNT \times ACT_COE$
REM_MNT	Montant remboursé	9,2	Valeur absolue $REMBSE \times REMTUX$
ALM_TUX (1)	Taux complémentaire Alsace Moselle	3	A zéro
ALM_MNT	Montant complémentaire Alsace Moselle	9,2	A zéro
CMU_TUX (1)	Taux complémentaire CMU CPAM	3	A zéro
CMU_MNT	Montant complémentaire CMU CPAM	9,2	A zéro
MUT_NUM	N° de l'organisme complémentaire	9	A zéro
FNA_TUX (1)	Taux complémentaire FNASS	3	A zéro
FNA_MNT	Montant complémentaire FNASS	9,2	A zéro
FNA_EXO	Code exonération FNASS	4	A blanc

(1) Critères d'agrégation

(2) Critères de tri

Le montant de la dépense est généré pour Paiement Mandatement au moment du formatage du DEC-ENR, à partir des montants remboursés.

Les rubriques "quantité" et "coefficient" ne sont pas transmises dans le fichier agrégé et sont forcées à la valeur "1" au moment du formatage du DEC-ENR.

6 - LES EDITIONS :

Un bordereau Tiers est édité comportant les informations suivantes :

- Dans la zone "nom de l'assuré" : "régularisation OQN" (ou similaire),
- Les natures de prestations,
- Le montant global pour chaque nature de prestation
- Les champs quantité et coefficient sont renseignés à la valeur "1",
- Le montant total du rappel.

NB : il n'y a pas d'édition de décompte pour avis à l'assuré.

7 - VENTILATION ET SOUS PRODUITS

Les applicatifs comptables et statistiques font l'objet d'une alimentation, selon les règles habituelles.

Exemple chiffré de calcul de la régularisation

	Tarif appliqué (1)	Tarif applicable (2)	Différentiel (3) = 2-1
Au 31.03.1998	1950	1950	-
Au 15.11.1998	1200 ⁽¹⁾	1950	+ 750
Au 1.01.1999	1800	1950	+ 150
Du 1.05.1999 au 20.04.2000	1764,90 porté à 1789,02 ⁽²⁾	1938,10 ⁽³⁾	+ 149,08

(1) Tarif tenant compte de la mesure d'économie avec effet rétroactif au 1^{er} avril 1999.

(2) Tarif ayant subi une réduction de 1,95 % dans le cadre de l'OQN 1999, soit $1800 \times 98,05 = 1\,764,90$.

Cette réduction a été ramenée à 0,61 % suite à l'annulation du Conseil d'Etat, soit $1800 \times 99,39 = 1\,789,02$. La régularisation a été effectuée en juillet et novembre 2000.

(3) Réduction de 0,61 % du tarif applicable au 1^{er} avril 1999.