

Réforme du financement des activités SSR– Etablissements OQN (cliniques privées)- Régularisation campagne tarifaire 2017

Mis à jour le 10/01/2019 par DDO/DMOA

Les modalités retenues par l'assurance maladie pour la régularisation des tarifs résultant de la campagne tarifaire 2017 doivent être revues.

Pour rappel, cette régularisation est intervenue dans le contexte du dispositif transitoire de mise en œuvre de la réforme de financement des activités de soins de suite et de réadaptation où la facturation des séjours des établissements sous OQN supporte un coefficient de minoration de 10% à compter du 1er juillet 2017.

En raison de l'application de ce coefficient de minoration, l'outil qui permet de réajuster automatiquement les factures des établissements à la suite de la mise à jour des tarifs résultant de la campagne tarifaire ne devait pas être utilisé.

Afin de régulariser les factures payées à l'ancien tarif et n'ayant pas fait l'objet de réajustement automatique, une régularisation globale pour chaque établissement a été mise en œuvre sur la période du 1er mars 2017 jusqu'au 28/02/2018.

Pour ce faire, une requête permettant de calculer par établissement l'écart entre les montants payés et ceux qui auraient dû être payés a été diffusée par l'ONAF en avril 2018.

Le différentiel tarifaire a été pris en compte :

- en totalité pour la période comprise entre le 1er mars et le 1er juillet 2017 pendant laquelle les établissements ont facturé sans application de la minoration des frais de séjours,
- à hauteur de 90 % pour la période postérieure au 1er juillet 2017 où la facturation supporte la minoration de 10%.

Les tarifs 2017 étant en moyenne inférieurs aux tarifs 2016, ce différentiel a donné lieu pour un grand nombre d'établissements à la notification d'indus.

La FHP a contesté la reprise de la totalité du différentiel sur la période du 1er mars au 30 juin 2017 au motif que le montant de la DMA 2017 notifiée par les ARS a été minoré du trop-perçu lié à la non application du coefficient frais de séjour sur cette même période.

Ainsi, bien que la facturation sur la période considérée n'ait pas été minorée, le calcul du différentiel tarifaire aurait dû aussi être limité à 90% du montant du nouveau tarif puisque la minoration a été en effet prise en compte dans la DMA. Cette analyse a été confirmée par le ministère.

Les calculs réalisés par la requête initiale pour cette période ont été revus afin de pouvoir restituer aux établissements les montants indûment demandés et pour les établissements qui ont bénéficié d'une majoration de tarifs, de notifier un indu de la somme versée à tort.

Les ARS et les fédérations des établissements ont été informés par le ministère qu'une procédure de restitution était engagée par les caisses d'assurance maladie.

Afin de simplifier la gestion de ces opérations, la caisse pivot doit procéder à l'ensemble de la régularisation pour les établissements relevant de sa circonscription.

Il convient d'opérer cette régularisation pour tous les établissements quelle que soit la méthode utilisée localement pour régulariser la campagne tarifaire dès lors que le différentiel tarifaire n'a pas été minoré de 10% sur la période considérée.

Afin d'assurer un suivi des montants effectivement régularisés, il est demandé de bien vouloir retourner, une fois les régularisations effectuées et au plus tard le 28 février 2019, le tableau intégré dans les consignes comptables disponibles en téléchargement (incluant également les montants à régulariser pour chaque établissement).