

Règles de calcul

Périodes transitoire et définitive

**Détermination des modalités de remboursement
des aides et soins non dispensés ayant induit un coût
d'opportunité pour le prestataire**

Table des matières

1	Contexte du document	2
2	Cadre légal et pré-requis	3
3	Définitions	4
3.1	Liste des abréviations et variables	4
3.2	Lexique	5
3.2.1	Période et périodes mensuelles	5
3.2.2	Plafond	6
3.2.2.1	Plafonds légaux	6
3.2.2.2	Plafonds hebdomadaires individuels	6
3.2.2.3	Plafonds adaptés par période	6
3.2.3	Limites de remboursement des aides et soins non dispensés	7
3.2.3.1	Limite mensuelle de remboursement des aides et soins non dispensés	7
3.2.3.2	Limite annuelle de remboursement des aides et soins non dispensés	7
4	Remboursement des prestations déclarées non dispensées	8
4.1	Modalités de remboursement habituelles	8
4.2	Convention-cadre du 22 décembre 2006	9
4.2.1	Article 65	9
4.2.2	Remarque	10
4.3	Limite mensuelle de remboursement des aides et soins non dispensés	10
4.4	Limite annuelle de remboursement des aides et soins non dispensés	10
4.4.1	Calcul de la limite annuelle de remboursement des aides et soins non dispensés	11
4.4.2	Modalités relatives à la restitution	11
5	Notes pour la modélisation ARIS	12
	Références et autres livrables associés	13

Chapitre 1

Contexte du document

Le présent rapport est un document de synthèse relatif aux règles de calculs mises en place dans le cadre de l'assurance dépendance.

Il fait partie d'une série de documents visant à synthétiser les principes retenus en matière de règles de calcul, lesquelles ont trait aux limites et particularités de prise en charge en fonction des domaines de prestation pour les aides et soins (AEV, TD, SO, CS) et/ou des catégories de prestataires.

Ce support se veut orienté "Métier" et est à considérer en complément des autres documents existants tels que les modélisations ARIS détaillées correspondantes, les jeux d'essai définis sous support informatique, le détail des règles de calculs avec historique des propositions faites, etc.

La partie "Références et autres livrables associés" en fin de document a pour but recenser les textes légaux liés au contenu de ce rapport et les documents qui détaillent ou illustrent certains calculs ou raisonnements.

Chapitre 2

Cadre légal et pré-requis

Faisant suite à la loi du 23 décembre 2005 ayant trait à l'assurance dépendance ainsi qu'à la convention-cadre du 22 décembre 2006 entre l'Union des caisses de maladie et la Confédération des organismes prestataires d'aides et de soins, le présent document se propose de présenter la synthèse des règles de gestion et de calcul nécessaires à la détermination des modalités de remboursement des aides et soins non dispensés ayant induit un coût d'opportunité pour le prestataire.

Cette loi prévoit, pour des prestations en nature - correspondant à des actes essentiels de la vie, des tâches domestiques, des activités de soutien et des actes de conseil - déclarées par le(s) prestataire(s) facturier(s)

- leur prise en charge sur base d'un plafond légal considéré comme maximum de prise en charge¹ en période transitoire.
- leur prise en charge sur base d'un plan de prise en charge établi par la cellule d'évaluation et d'orientation en période définitive.

La convention-cadre prévoit, quant à elle, le remboursement des aides et soins non dispensés ayant entraîné un coût d'opportunité² pour le prestataire, sur base de deux mécanismes propres à ces actes :

- le remboursement des aides et soins déclarés, par le prestataire, comme n'ayant pas été dispensés à une personne dépendante, s'effectue sur base d'une limite mensuelle établie à partir des aides et soins effectivement prestés et opposables à l'UCM pour cette personne dépendante,
- un contrôle propre aux aides et soins en question s'effectue annuellement et aboutit à la restitution des prestations, par le prestataire, à l'UCM, en cas de dépassement d'une limite annuelle établie sur base de tous les actes opposables à l'UCM et effectivement prestés déclarés par le prestataire.

1. En période transitoire, il n'y a qu'un plafond commun aux domaines de prestations actes essentiels de la vie, tâches domestiques, activités de soutien et activités de conseil.

2. Actes déclarés, par le prestataire facturier, comme n'ayant pas été dispensés par un prestataire exécutant correspondant à un réseau d'aides et de soins ou à un centre semi-stationnaire.

Chapitre 3

Définitions

3.1 Liste des abréviations et variables

- $PlaPT_{Période}$ = plafond adapté par période mensuelle pour la période mensuelle considérée se trouvant en période transitoire.
- $PlaAEV_{Période}$ = plafond adapté par période mensuelle pour les actes essentiels de la vie et pour la période mensuelle considérée.
- $Dep_{Période}$ = dépassement fluctuations imprévisibles adapté par période mensuelle pour la période mensuelle considérée.
- DSO_i = durée hebdomadaire, pondérée par l'intensité, de l'activité de soutien i ,
= plafond hebdomadaire individuel pour les activités de soutien i .
- $Subst_k$ = substitut k
= $k^{\text{ème}}$ ensemble d'activités de soutien reprises au catalogue de facturation et remplaçables entre elles.
- DSO_{Subst_k} = durée hebdomadaire, pondérée par l'intensité, des activités de soutien appartenant au $k^{\text{ème}}$ ensemble des activités de soutien remplaçables entre elles ($Subst_k$).
= plafond hebdomadaire individuel pour les activités de soutien appartenant au $k^{\text{ème}}$ ensemble des activités de soutien remplaçables entre elles ($Subst_k$).
- $Capital_i$ = capital conseil pour une activité de soutien i .
- And_m = paramètre mensuel actes non dispensés.
= paramètre correspondant au pourcentage des aides et soins effectivement prestés et opposables à l'UCM par mois par personne dépendante, utilisé pour établir la limite $LimR$ de remboursement des prestations non dispensées à une personne dépendante au cours du mois considéré. Au 1^{er} janvier 2007, ce paramètre est égal à 0,1.

- And_a = paramètre annuel actes non dispensés.
= paramètre correspondant au pourcentage des aides et soins opposables et effectivement prestés par le prestataire en une année, utilisé pour établir la limite $LimR(aaaa)_f$ de remboursement des prestations non dispensées déclarées par un prestataire facturier au cours de l'année considérée. Au 1^{er} janvier 2007, ce paramètre est égal à 0,02.
- $LimR$ = limite mensuelle de remboursement des aides et soins non dispensés.
= limite de remboursement des aides et soins déclarés par le prestataire facturier comme n'ayant pas été dispensés à la personne dépendante pour le mois calendrier considéré.
- $LimR(aaaa)_f$
= limite annuelle de remboursement des aides et soins non dispensés.
= limite de remboursement de tous les aides et soins déclarés par le prestataire facturier f comme n'ayant pas été dispensés au cours de l'année considérée³.
- $Dcum(mmaaaa)_f$
= durée mensuelle⁴ cumulée, pondérée par l'intensité, des aides et soins dispensés et remboursés au prestataire facturier f pour la personne dépendante considérée.
- $Dcum(aaaa)_f$
= durée annuelle³ cumulée, pondérée par l'intensité, des aides et soins remboursés au prestataire facturier f .
- $DcumR(aaaa)_f$
= durée annuelle³ cumulée, pondérée par l'intensité, des aides et soins non dispensés et remboursés au prestataire facturier f .
- $RecupR(aaaa)_f$
= montant à récupérer auprès du prestataire facturier f pour les aides et soins non dispensés qui lui ont été indûment remboursés l'année considérée³.
- $VM(aaaa)$ = valeur monétaire à l'indice moyen pour l'année considérée³.

3.2 Lexique

3.2.1 Période et périodes mensuelles

Une **période** est un intervalle de temps dans lequel s'appliquent certaines caractéristiques d'autorisation et/ou d'exécution.

Etant donné le caractère mensuel de la facturation, il est nécessaire, pour les besoins de cette dernière, de scinder toute période s'étalant sur plusieurs mois calendaires en **périodes** dites **mensuelles**.

3. Pour l'année $aaaa$ considérée.

4. Le mois mm de l'année $aaaa$ considéré.

Ainsi, si une période s'étend sur plusieurs mois comme sur la figure 3.1 et si, dans cette période, n'intervient aucun changement au niveau de l'autorisation ou de l'exécution tels qu'un changement de prestataire facturier ou une hospitalisation par exemple, on identifiera autant de périodes mensuelles.

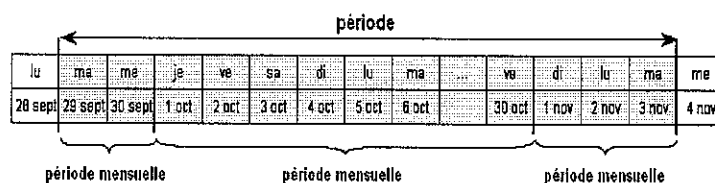


FIG. 3.1 – Période et périodes mensuelles

3.2.2 Plafond

Un **plafond** est une limite de prise en charge exprimée en durée minutes. On distingue les plafonds légaux des plafonds individuels ainsi que les plafonds hebdomadaires des plafonds adaptés par période.

3.2.2.1 Plafonds légaux

Les plafonds légaux correspondent aux limites de prise en charge établies par la loi portant introduction d'une assurance dépendance à l'intérieur desquelles doivent s'inscrire les plafonds hebdomadaires individuels.

En outre, la loi fixe le plafond hebdomadaire légal applicable tant qu'un plafond individuel hebdomadaire n'a pas été déterminé par la cellule d'évaluation et d'orientation (période transitoire).

3.2.2.2 Plafonds hebdomadaires individuels

Les plafonds hebdomadaires individuels correspondent aux limites de prise en charge établies par la CEO au travers du plan de prise en charge hebdomadaire en fonction de l'état de dépendance de la personne. Ils sont définis pour chaque domaine d'acte à partir des prestations prévues au plan de prise en charge de cette personne.

Pour une personne dépendante, un plafond hebdomadaire individuel rend donc compte de la régularité des besoins et de la délivrance des prestations au fil des semaines du mois.

3.2.2.3 Plafonds adaptés par période

Les plafonds légaux et individuels sont fixés sur une base hebdomadaire de besoin et de délivrance en prestation.

Pour les besoins de la facturation effectuée sur une base mensuelle, des plafonds adaptés par période mensuelle sont calculés à partir des plafonds hebdomadaires légaux ou individuels pour chaque période mensuelle identifiée à l'intérieur d'un mois.

3.2.3 Limites de remboursement des aides et soins non dispensés

Les limites de remboursement des aides et soins non dispensés sont des limites de prise en charge des aides et soins déclarés par un prestataire facturier comme n'ayant pas été dispensés, établies par l'UCM sur base des prestations dispensées et remboursées à ce prestataire.

3.2.3.1 Limite mensuelle de remboursement des aides et soins non dispensés

La limite mensuelle de remboursement des aides et soins non dispensés est établie pour une personne dépendante donnée et pour un mois donné à partir des prestations déclarées dans la facture pour cette personne.

C'est donc la limite de remboursement des aides et soins déclarés par un prestataire facturier comme n'ayant pas été dispensés à cette personne pour le mois calendrier considéré.

3.2.3.2 Limite annuelle de remboursement des aides et soins non dispensés

La limite annuelle de remboursement des aides et soins non dispensés est, quant à elle, établie pour un prestataire facturier donné et pour une année donnée, à partir des prestations déclarées dans les facture transmises par ce prestataire pour cette année.

C'est donc la limite de remboursement de tous les aides et soins déclarés par un prestataire facturier comme n'ayant pas été dispensés au cours de l'année considérée.

Chapitre 4

Remboursement des prestations déclarées non dispensées

Les modalités de remboursement des aides et soins non dispensés ayant induit un coût d'opportunité pour le prestataire consistent en trois étapes :

- (1) le contrôle des aides et soins déclarés par le prestataire facturier comme n'ayant pas été dispensés à la personne dépendante au cours d'un mois suivant les modalités de remboursement habituelles définies pour leur domaine de prestation (cf. section 4.1),
- (2) le contrôle des aides et soins déclarés par le prestataire facturier comme n'ayant pas été dispensés à la personne dépendante au cours d'un mois par rapport à la limite mensuelle de remboursement des aides et soins non dispensés calculée pour ce mois (cf. section 4.3),
- (3) le contrôle de tous les aides et soins déclarés par le prestataire facturier comme n'ayant pas été dispensés au cours d'une année par rapport à la limite annuelle de remboursement des aides et soins non dispensés calculée pour cette année (cf. section 4.4).

Il est à noter que pour une activité de conseil déclarée comme n'ayant pas été dispensée à la personne dépendante, le solde restant pour le capital conseil ne sera pas diminué de la durée de cette activité de conseil.

4.1 Modalités de remboursement habituelles

Un acte non dispensé doit être contrôlé suivant les modalités de remboursement habituelles définies pour son domaine de prestation, i.e.

- par rapport au plafond adapté par période mensuelle $PlaPT_{Période}$, déterminé pour la période mensuelle considérée se trouvant en période transitoire, s'il s'agit d'un acte non dispensé au cours d'une période mensuelle se trouvant en période transitoire.

▷ Cf. document MRPT07.

- par rapport au plafond adapté par période mensuelle $PlaAEV_{Période}$ pour les actes essentiels de la vie, déterminé pour la période mensuelle considérée, s'il s'agit d'un acte essentiel

de la vie non dispensé au cours d'une période mensuelle se trouvant en période définitive.

▷ Cf. document MRAE07.

- par rapport au dépassement pour fluctuations imprévisibles adapté par période mensuelle $Dep_{Période}$, déterminé pour la période mensuelle considérée, s'il s'agit d'un acte essentiel de la vie non dispensé au cours d'une période mensuelle durant laquelle les fluctuations imprévisibles sont autorisées et que le plafond adapté par période mensuelle $PlaAEV_{Période}$ est déjà atteint.

▷ Cf. document MRFI07.

- que le forfait normal (ou supplémentaire) ne peut être versé au prestataire qu'une fois par semaine si l'acte non dispensé correspond à des tâches domestiques.

▷ Cf. document MRTD07.

- par rapport au plafond hebdomadaire individuel déterminé pour l'acte, s'il s'agit d'une activité de soutien non dispensée au cours d'une période mensuelle se trouvant en période définitive (DSO_i pour une activité de soutien i ne pouvant faire l'objet d'une substitution, DSO_{Subst_k} pour une activité de soutien appartenant à l'ensemble $Subst_k$ des activités de soutien remplaçables entre elles).

▷ Cf. document MRSO07.

- par rapport au capital conseil déterminé pour l'acte, si l'acte non dispensé est un acte de conseil et la période mensuelle durant laquelle a été presté cet acte se trouve en période définitive ($Capital_i$ pour une activité de conseil i).

▷ Cf. document MRCS07.

4.2 Convention-cadre du 22 décembre 2006

4.2.1 Article 65

Les aides et soins prévus au plan de prise en charge - ou le cas échéant, au plan de partage - qui ne peuvent être exécutés du fait de la personne dépendante (absence non planifiée, refus etc.) et qui ont été planifiés et induisent ainsi un coût d'opportunité pour le prestataire, ne peuvent être facturés que jusqu'à un plafond correspondant à 10% des aides et soins effectivement prestés et opposables à l'UCM par mois par personne dépendante.

Toutefois, la part des aides et soins facturés mais non prestés ne peut dépasser annuellement 2% des actes opposables effectivement prestés par le prestataire.

Tout dépassement du taux de 2% fera l'objet d'une restitution par le prestataire à l'UCM.

(...)

Les dispositions du présent article ne sont applicables que pour les RAS et les CSS visés à l'article 389 du CAS.

4.2.2 Remarque

Il est à noter que les limites de 10% et 2% ont été déterminées sur base des chiffres fournis par un prestataire facturier. Il a dès lors été décidé de contrôler l'atteinte de ces limites par prestataire facturier et non par prestataire exécutant.

4.3 Limite mensuelle de remboursement des aides et soins non dispensés

Les actes déclarés par un prestataire facturier, comme ayant été non dispensés à la personne dépendante au cours d'un mois donné, sont remboursés tant que la limite mensuelle de remboursement des aides et soins non dispensés pour cette personne dépendante n'est pas atteinte ou dépassée pour le mois considéré.

La limite mensuelle $LimR$ de remboursement des aides et soins non dispensés correspond à 10% des aides et soins effectivement prestés par le prestataire facturier le mois considéré, pour cette personne dépendante, et opposables à l'UCM, soit 10% des aides et soins dispensés et remboursés au prestataire facturier pour ce mois et cette personne dépendante.

$$LimR = And_m \times Dcum(mmaaaa)_f$$

où

- And_m est le paramètre mensuel actes non dispensés et vaut 0,1 au 1^{er} janvier 2007,
- $Dcum(mmaaaa)_f$ est la durée mensuelle⁴ cumulée, pondérée par l'intensité, des aides et soins dispensés et remboursés au prestataire facturier f pour la personne dépendante considérée.

4.4 Limite annuelle de remboursement des aides et soins non dispensés

Les actes déclarés non dispensés par un prestataire facturier f au cours d'une année et remboursés à ce prestataire ne peuvent, selon l'article 65 de la convention cadre, dépasser 2% des actes opposables effectivement prestés par le prestataire au cours de cette année. S'il s'avère que ce plafond annuel des 2% est dépassé, une restitution sera demandée par l'UCM au prestataire facturier.

Le contrôle de la limite annuelle de remboursement des aides et soins non dispensés pour un prestataire facturier n'est donc pas effectué lors du contrôle des factures transmises par ce prestataire, mais à une date déterminée par l'UCM (Cf. annexe 11 de la convention cadre).

4.4.1 Calcul de la limite annuelle de remboursement des aides et soins non dispensés

La limite annuelle $LimR(aaaa)_f$ de remboursement des aides et soins non dispensés déclarés par le prestataire facturier f au cours de l'année considérée⁴ se calcule comme suit :

$$LimR(aaaa)_f = And_a \times Dcum(aaaa)_f$$

où

- And_a est le paramètre annuel actes non dispensés et vaut 0,02 au 1^{er} janvier 2007,
- $Dcum(aaaa)_f$ est la durée annuelle³ cumulée, pondérée par l'intensité, des aides et soins remboursés au prestataire facturier f .

4.4.2 Modalités relatives à la restitution

En cas de dépassement du plafond annuel de remboursement des aides et soins non dispensés, il est impossible de déterminer quels sont les aides et soins non dispensés qui ont été indûment remboursés au prestataire facturier. En revanche, la durée, pondérée par l'intensité, des aides et soins non dispensés, indûment remboursée pour l'année considérée³ au prestataire facturier f peut facilement être calculée.

Le montant des prestations non dispensées indues pour l'année considérée³ à réclamer au prestataire facturier f dépend du rapport de grandeur entre la durée annuelle cumulée, pondérée par l'intensité, des aides et soins non dispensés et remboursés au prestataire facturier f et la limite annuelle de remboursement des aides et soins non dispensés :

- si la limite annuelle de remboursement des aides et soins non dispensés n'est pas dépassée par le prestataire facturier, i.e. si $DcumR(aaaa)_f \leq LimR(aaaa)_f$, alors il n'y a rien à réclamer auprès de ce prestataire. Le montant des prestations non dispensées indues pour l'année considérée³ à réclamer au prestataire facturier f est donc nul.
- si la limite annuelle de remboursement des aides et soins non dispensés est dépassée par le prestataire facturier, i.e. si $DcumR(aaaa)_f > LimR(aaaa)_f$, alors le montant des prestations non dispensées indues pour l'année considérée³ à réclamer au prestataire facturier f est le suivant :

$$RecupR(aaaa)_f = (DcumR(aaaa)_f - LimR(aaaa)_f) \times VM(aaaa)$$

où

- $RecupR(aaaa)_f$ est le montant à récupérer auprès du prestataire facturier f pour les aides et soins non dispensés qui lui ont été indûment remboursés l'année considérée³,
- $DcumR(aaaa)_f$ est la durée annuelle³ cumulée, pondérée par l'intensité, des aides et soins non dispensés et remboursés pour l'année considérée au prestataire facturier f ,
- $LimR(aaaa)_f$ est la limite annuelle de remboursement des aides et soins non dispensés,
- $VM(aaaa)$ est la valeur monétaire à l'indice moyen pour l'année considérée³.

Chapitre 5

Notes pour la modélisation ARIS

Il est à noter qu'en vue d'effectuer d'éventuels stornos, la durée mensuelle cumulée, pondérée par l'intensité, des aides et soins dispensés et remboursés au prestataire facturier f pour la personne dépendante considérée ($Dcum(mmaaaa)_f$) doit être enregistrée une fois la tarification de la facture terminée. En effet, si cette facture est modifiée par le prestataire et réintroduite ultérieurement, la durée annuelle cumulée, pondérée par l'intensité, des aides et soins remboursés au prestataire facturier ($Dcum(aaaa)_f$) pourrait être modifiée.

Par conséquent, avant de contrôler les modalités de remboursement des actes déclarés dans cette nouvelle facture, la durée annuelle cumulée $Dcum(aaaa)_f$ doit donc être réinitialisée : $Dcum(aaaa)_f := Dcum(aaaa)_f - Dcum(mmaaaa)_f$ où $Dcum(mmaaaa)_f$ est la durée cumulée des aides et soins dispensés et remboursés pour l'ancienne version de la facture. La durée $Dcum(mmaaaa)_f$ est alors réinitialisée à 0 et le contrôle des modalités de remboursement de la facture modifiée peut commencer.