

l'Assurance Maladie

des salariés – sécurité sociale
caisse nationale

Circulaire CNAMTS

Date :
04/01/2001

Origine :
DDRI
AC

Réf. :
DDRI n° 2/2001
AC n 1/2001
n /
n /

MMES et MM les Directeurs
MMES et MM les Agents Comptables

- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
- des Caisses Générales de Sécurité Sociale

Pour attribution

Plan de classement :

25202

Titre :

DISPOSITIONS TRANSITOIRES D'URGENCE - TIPS - Titres I & IV : Diverses recommandations et explications relatives à de récents arrêtés parus au J. O.

Résumé :

TIPS - Titre I : diverses recommandations et explications relatives aux modalités d'application des trois dispositifs réglementaires suivants :
- arrêté du 25 octobre 2000 (JO du 5/11) relatif aux lits médicaux;
- arrêté du 20 septembre 2000 (JO du 5/10) relatif aux matériels et nutriments nécessaires à la nutrition entérale à domicile;
- arrêté du 24 août 2000 (JO du 20/09) modifiant le Titre IV et relatif aux véhicules pour handicapés physiques.

Pièces jointes :

Liens :

Com.circ DDRI 129/2000 ENSM 46/2000

Date d'effet :

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

Mlle AUJOUX S. - M.GIRAUDET F. (DDRI/DM2) - Mme NICAISE F. (AC)

Téléphone :

01.42.79.30.11 01.42.79.35.89 01.42.79.42.27

@

Direction Déléguée aux Risques
Agence Comptable

04/01/2001

MMES et MM les Directeurs
MMES et MM les Agents Comptables

Origine :
DDRI
AC

- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
- des Caisses Générales de Sécurité Sociale

Pour attribution

N/Réf. : DDRI n° 2/2001 - AC n° 1/2001

Objet : DISPOSITIONS TRANSITOIRES D'URGENCE - TIPS - Titres I & IV :
diverses recommandations et explications relatives à de récents arrêtés parus au
Journal Officiel.

L'attention de la CNAMTS a été attirée sur les difficultés d'interprétation et d'application qui peuvent résulter de la mise en œuvre de trois récents arrêtés relatifs au TIPS pris respectivement dans le domaine des lits médicaux (Titre I chapitre 2, section 1)¹, de la nutrition entérale à domicile (Titre I chapitre 1, section 5)² et des véhicules pour handicapés physiques (Titre IV).

La présente circulaire a pour finalité de procéder à l'étude des questions posées par le réseau dans ce cadre afin d'y apporter des solutions conformes à l'esprit des nouveaux textes réglementaires, ce, notamment, dans l'attente de prochains arrêtés ministériels portant réinscription de matériels et prestations suspendus par les textes précités.

1 & 2 : nouvelle classification résultant de l'arrêté du 27 octobre 2000 (JO du 16/11).

I - *Arrêté du 25 octobre 2000* (JO du 5/11) relatif aux lits médicaux

Ce texte réglementaire définit de nouvelles modalités de prise en charge des lits médicalisés en prévoyant notamment :

- la prise en charge des lits médicaux à l'achat,
- des indications médicales de prise en charge encadrant strictement l'attribution et le renouvellement de ces matériels, d'abord de façon générale (la prise en charge des lits médicaux ne peut pas être assurée pour des patients ayant leur autonomie motrice), puis de façon plus précise lorsqu'ils sont prescrits à l'achat (la prise en charge n'est alors assurée que pour les patients atteints d'affections neuromusculaires),
- la réforme de la tarification de cette prestation qui s'est notamment traduite par la détermination de tarifs "tout compris".

Ces nouvelles dispositions ont suscité un certain nombre d'interrogations qui portent sur les thèmes suivants :

1°) Modalités de prise en charge des pieds à sérum et des potences "relève malade"

La réglementation antérieure à l'arrêté du 25 octobre 2000 ouvrait la possibilité d'assurer la prise en charge de ces matériels à la location indépendamment du lit. Un forfait de livraison spécifique avait, par ailleurs, été défini dans ce cadre.

Dans la nouvelle réglementation, le pied à serum et la potence "relève malade" ne peuvent plus être remboursés distinctement du lit médical. Le coût de ces matériels ainsi que de la plupart des autres accessoires du lit médicalisé est, en effet, considéré comme étant inclus dans les tarifs de remboursement et ce, quelle que soit la modalité de prise en charge sollicitée (achat/location).

Le choix de cette option a principalement résulté des conclusions issues des groupes de travail réunis sous l'égide des pouvoirs publics auxquels participaient les professionnels du secteur. Il était en effet ressorti des débats que ces matériels n'avaient quasiment aucun usage en dehors de l'utilisation d'un lit médicalisé.

Il semble cependant avéré, au regards de nombreux signalements concordants, que l'usage des pieds à serum et des potences "relève malade" peut être dissocié de celui d'un lit médical.

La Commission Consultative des Prestations Sanitaires saisie par la CNAMTS sur le sujet a donc, en sa séance du 14/12/2000, émis un avis favorable à la réinscription spécifique de ces matériels au TIPS. Un arrêté devrait prochainement entériner cette délibération et affecter respectivement un tarif de remboursement spécifique aux deux lignes ainsi créées. Dans l'attente de sa parution au journal officiel, **il est recommandé aux caisses de continuer à assurer la prise en charge de ces matériels sur la base des tarifs hebdomadaires en vigueur avant la publication du nouvel arrêté : 15 F puis 10 F à partir de la 65^{ème} semaine pour les potences "relève malade" ; 8 F puis 5 F à partir de la 65^{ème} semaine pour les pieds à serum.**

Cette anticipation dans l'application de la future réglementation concerne l'ensemble des dossiers correspondants à des prestations à la location ayant fait l'objet d'un refus de prise en charge à compter de l'entrée en vigueur de l'arrêté, soit le 7 novembre 2000. Il est donc demandé aux caisses de bien vouloir accepter de prendre en charge les périodes de location non remboursées entre le 7 novembre et la date de parution de la présente circulaire afin de régulariser ces périodes au regard des présentes dispositions.

Les caisses sont avisées que la CNAMTS informera l'organisation professionnelle représentative des fournisseurs concernés, l'UNIDOM, de la position adoptée en l'espèce. Cette organisation pourra ainsi informer ses ressortissants de la possibilité qui leur est faite de présenter à nouveau au remboursement les facturations de périodes de location qui auraient fait l'objet d'un refus de prise en charge à compter du 7 novembre 2000. Pour ce faire, il sera demandé aux fournisseurs de produire à l'appui de leur demande de régularisation un duplicata de la facture acquittée par l'assuré ainsi qu'un duplicata de la notification de refus de prise en charge adressée par la caisse.

2°) Modalités de prise en charge des prestations prévues à l'achat

- **La prise en charge des barrières** dans le cadre de la prescription d'un lit médical à la location ne soulève aucun problème particulier : en effet, ces accessoires sont désormais inclus dans le tarif forfaitaire de location au même titre que les autres accessoires listés par l'arrêté. Le montant de ce forfait a été établi selon une pondération calculée au regard des taux de délivrance des différents accessoires par rapport à l'ensemble des prestations afférentes aux lits médicaux loués.

Il n'en est pas de même lorsque le lit médical est prescrit à l'achat. Les barrières bénéficient en ce cas d'une ligne de nomenclature et d'un tarif spécifiques. Ceci se justifie par le fait que ces accessoires ne sont pas indispensables à l'utilisation du lit médical. Leur remboursement n'est d'ailleurs admis sur prescription que s'ils sont justifiés médicalement. Leur prise en charge peut donc intervenir concomitamment à celle du lit médicalisé ou de façon différée.

Il convient de considérer, dans ce cadre, que les barrières sont, certes, des accessoires des lits médicalisés, mais cependant, totalement indépendants de la prise en charge de ceux-ci. A ce titre, leur remboursement au titre de l'Assurance Maladie peut être admis pour tout lit médicalisé prescrit à l'achat, quelle que soit sa date de délivrance sous réserve que l'indication médicale prévue par la nomenclature actuelle soit respectée : le patient doit être atteint d'une affection neuromusculaire au moment de la demande de prise en charge des barrières. Cela implique qu'il ait bien acquis un lit médicalisé même si ce dernier l'a été avant la nouvelle réglementation.

- **Les demandes de prise en charge de réparations** relatives à des lits médicalisés achetés sous couvert de l'ancienne réglementation peuvent ouvrir droit au remboursement, dans la mesure où le lit auquel elles se rapportent est remboursable. En d'autres termes, il faut que l'attribution de ce dernier soit conforme aux règles du TIPS au moment où la demande de prise en charge des réparations est formulée. La question qu'il convient de se poser est donc de savoir si le lit médical concerné pourrait faire l'objet d'une prise en charge à l'achat au regard de la nouvelle réglementation (indications médicales).

3°) Modalités de mise à disposition des accessoires dans le cadre de la formule location

Une liste exhaustive des accessoires du lit à la location, compris dans le forfait de celui-ci, est définie.

Cette disposition qui fixe le principe d'un tarif "tout compris" ne doit pas être interprétée de façon à exiger du fournisseur la mise à disposition systématique de l'ensemble des accessoires listés (supra 2° : caractère pondéré du forfait). En effet, il convient de ne pas négliger le cas où la prescription médicale distinguerait clairement les accessoires nécessaires à l'assuré en n'énumérant qu'une partie de ceux listés par l'arrêté. En l'espèce, aucune sanction ne pourrait être prise à l'encontre du fournisseur qui n'aurait délivré que les accessoires prescrits.

II - Arrêté du 20 septembre 2000 (JO du 5 octobre) relatif au nutriments nécessaires à la nutrition entérale à domicile (NED)

Un certain nombre de nouvelles précisions apparaissent nécessaires s'agissant des modalités de prise en charge de la nutrition entérale à domicile.

1°) Délivrance de la prestation de NED par des établissements de santé publics

La circulaire DDRI n° 129 - ENSM n° 46 du 25 octobre 2000 précise en la matière que les établissements de santé publics seront dans l'impossibilité de facturer à l'Assurance Maladie la prestation de nutrition entérale à domicile à l'issue d'un délai transitoire dont la date butoir est fixée au 25 décembre 2000. En effet, l'inscription au TIPS de la prestation de NED a mis un terme à l'ancien régime de prise en charge instauré par voie de circulaires ministérielles et dans lequel les hôpitaux avaient l'exclusivité de la délivrance. Par ailleurs, il avait été estimé à l'époque de la rédaction de l'arrêté, que le nouveau système de prise en charge excluait les hôpitaux du champ de la prestation compte tenu de leur statut, de leurs missions mais surtout des règles de prise en charge des prestations de soins qui découlent de leur mode de financement.

De nombreux hôpitaux se sont cependant manifestés auprès des pouvoirs publics afin de se faire reconnaître le droit de continuer à délivrer la prestation dans le cadre d'une prise en charge à titre individuel par l'Assurance Maladie. Le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sensibilisé à cette demande, étudie à l'heure actuelle la validité d'une reconnaissance de la possibilité pour les hôpitaux de délivrer cette prestation à des patients non hospitalisés et de la facturer à l'Assurance Maladie sur la base du TIPS.

En conséquence, dans l'attente d'une position officielle des services ministériels compétents sur le sujet, les caisses sont informées de la prorogation, pour une période non déterminée aujourd'hui, du délai faisant initialement échoir au 25 décembre 2000 la dérogation qui autorisait les établissements publics de santé à facturer la prestation de NED à l'Assurance Maladie sur la base des tarifs préfectoraux fixés dans le cadre de la circulaire du 24 novembre 1988 modifiée.

2°) Détermination des services de soins spécialisés dans la prise en charge nutritionnelle des patients

L'arrêté conditionne la prise en charge de la prestation de NED à la délivrance d'une prescription médicale émanant d'un service ou d'un établissement spécialisé dans la prise en charge nutritionnelle des patients. Le ministère n'était pas en mesure de lister réglementairement, et donc de façon exhaustive pour être opposable, les services précisément visés.

Le Ministère et la CNAMTS recommandent aux caisses de se référer, à titre principal, à la liste des spécialités énumérées par la circulaire ministérielle du 24 novembre 1988, texte qui définissait jusqu'au 7 octobre 2000 les modalités de prise en charge de la prestation de NED. Les spécialités énoncées sont : **la gastro-entérologie, la néphrologie, la cancérologie, l'oto-rhino-laryngologie, la neurologie.**

Cette liste non exhaustive ne doit constituer qu'un référentiel. Elle ne peut être considérée comme parfaitement exclusive.

3°) Modalités de gestion de la prestation

L'attention des caisses est attirée sur le fait que la prestation de NED n'est pas soumise à la procédure de demande d'entente préalable. Aucun imprimé spécifique n'est donc nécessaire pour assurer la prise en charge de cette prestation.

Il est cependant recommandé de faire preuve de vigilance en la matière. Il est, en effet, important de veiller à ce que la prestation soit assurée dans sa globalité (fourniture des matériels, des nutriments et d'une prestation de service) par un unique prestataire, à l'exception des patients souffrant de maladies métaboliques héréditaires. Ces conditions, édictées par le cahier des charges de la prestation, sont indispensables à une prise en charge optimale des patients et doivent, en tant que telles, être strictement respectées par les professionnels. Ces derniers (pharmaciens, autres prestataires privés, associations) doivent donc se donner les moyens suffisants pour satisfaire à ces exigences.

Toute pratique contraire (prestation ne se limitant qu'à la simple délivrance des nutriments et/ou des matériels par exemple) devra être considérée comme une anomalie. Les facturations présentées dans ce cadre pourront donner lieu à une récupération d'indu à l'encontre du fournisseur sur la base de l'article L.133-4 CSS dans le cas où l'anomalie n'aura pas été détectée avant paiement. En effet, il conviendra de considérer, en l'espèce, que la facturation de la prestation ne respecte pas les conditions de prise en charge édictées par le TIPS.

4°) Modalités de liquidation de la prestation, code prestation à utiliser

La restructuration du Titre I du TIPS prévue par l'arrêté du 27 octobre 2000 (JO du 16/11) ne modifie pas les codes prestations anciennement attribués.

S'agissant des produits nouvellement inscrits, une prochaine circulaire CNAMTS récapitulera les codes prestations de l'ensemble des dispositifs médicaux, produits de santé et prestations référencées dans cette partie de la nomenclature.

Dans l'attente de la diffusion de cette circulaire, les caisses sont invitées à liquider la prestation de nutrition entérale à domicile (forfaits, matériels et nutriments) **sur la base du code prestation AAD.**

5°) Hospitalisation à domicile (HAD) et nutrition entérale

L'arrêté d'inscription au TIPS de la NED n'a eu aucune incidence sur les modalités de délivrance de cette prestation dans le cadre d'un service d'HAD. En effet, ces services fonctionnent à l'image des services hospitaliers habituels et sont, en tant que tels, financés par le biais de forfaits de soins. Ils ne sont donc pas admis à facturer leurs prestations en sus de leurs forfaits. Toutefois, et dans l'attente de la position adoptée par le ministère en la matière, la dérogation accordée par info CNAMTS n° 1900/90 du 2 novembre 1990 s'agissant du financement des nutriments peut être retenue dans les conditions strictement énoncées par cette recommandation et précisées, à l'époque, par les services ministériels compétents : **la prise en charge des nutriments en sus des prix de journée ne peut intervenir que si les conditions d'exploitation du service d'HAD ne permettent pas d'assurer la totalité des prestations nécessaires à l'état de santé des malades.**

Les modalités de délivrance et de financement des nutriments doivent être assurées conformément aux dispositions définies par la réglementation antérieure : l'hôpital qui délivre ces produits sera donc admis à les facturer à l'Assurance Maladie sur la base des tarifs préfectoraux définis dans ce cadre. **Aucune prise en charge sur la base du TIPS ne peut être admise.**

III Arrêté du 24 août 2000 (JO 20/09) relatif aux véhicules pour handicapés physiques

L'attention de la CNAMTS a été attirée sur la rupture de la continuité de la prise en charge de certaines prestations de réparations qui résulte de l'application de l'arrêté du 24 août 2000.

Ce texte réglementaire prévoit, dans un but de simplification, la création de forfaits annuels de réparation pour les VHP manuels et les VHP électriques en remplacement de la liste des différentes réparations remboursées que prévoyait l'ancienne réglementation. Or, pour les VHP à propulsion électrique, le recours au forfait annuel de réparation des roues fixé à 490 F en plus du forfait annuel de 2188,61 F est désormais impossible. L'ancienne réglementation permettait cependant ce cumul de forfaits.

La CCPS, saisie par la CNAMTS sur le sujet, a, en sa séance du 14 décembre 2000, émis un avis favorable à la réinscription du forfait annuel de réparation pour les roues au bénéfice des VHP électriques.

Dans l'attente de la parution au journal officiel du texte régularisant réglementairement la situation, les caisses sont invitées, à l'instar de la position adoptée pour les potences, à continuer d'assurer la prise en charge de cette prestation sur la base du forfait annuel de 490 F. Cette anticipation concerne l'ensemble des dossiers présentés au remboursement à compter de la date d'entrée en vigueur du nouvel arrêté, soit le 22 septembre 2000.

Les caisses sont avisées que la CNAMTS informera les organisations professionnelles représentatives des fournisseurs concernés, ainsi que celles représentant les personnes handicapées de la position adoptée en l'espèce. Ces organisations pourront ainsi informer leurs ressortissants de la possibilité qui leur est faite de présenter à nouveau au remboursement les facturations de périodes de location qui auraient fait l'objet d'un refus de prise en charge à compter du 22 septembre 2000. Les modalités de la régularisation suivent la même logique que celles explicitées pour les potences (duplicata de la facture acquittée par l'assuré et de la notification de refus de prise en charge de la caisse).

IV – Durée de validité de la circulaire :

La CNAMTS communique les présentes dispositions au Ministère afin de l'aviser des mesures prises par l'Assurance Maladie dans le but d'assurer la continuité du service rendu aux assurés sociaux telle que préconisée par la Commission Consultative des Prestations Sanitaires lors de sa séance du 14 décembre courant.

Les arrêtés de régularisation devraient paraître sous brefs délais. Toutefois, si tel n'était pas le cas, les préconisations de la présente circulaire cesseraient leurs effets au 1^{er} mars 2001.

Le Directeur du Département Médicament
et Dispositifs Médicaux

L'Agent Comptable

Pierre-Jean LANCRY

Alain BOUREZ

