



l'Assurance Maladie
des salariés-sécurité sociale
caisse nationale

CIRCULAIRE

CIR-137/2002

Document consultable dans Médi@m

Date :

14/10/2002

Domaine(s) :

Risques maladie

Nouveau	☒
Modificatif	☐
Complémentaire	☐
Suivi	☐

Objet :

LPP - Titres I et IV - nouveau dispositif conventionnel ; modalités d'application.

Liens :

Plan de classement :

25202

Emetteurs :

DDRI

Pièces jointes : 6

à Mesdames et Messieurs les

☒ **Directeurs**

☒ CPAM ☒ CRAM ☐ URCAM
☐ UGECAM ☒ CGSS ☐ CTI

☐ **Agents Comptables**

☐ **Médecins Conseils**

☐ Régionaux ☐ Chef de service
☐ Médecin Chef de la Réunion

Pour mise en oeuvre Immédiate

Résumé :

Nouvelle convention conclue avec les professionnels exerçant dans les domaines des Titres I et IV de la LPP à l'exception des pharmaciens. Exposé des principales dispositions ; modalités d'application.

Mots clés :

LPP ; convention

Le Directeur
Délégué aux Risques

Pierre-Jean LANCERY

CIRCULAIRE : 137/2002

Date : 14/10/2002

Objet : LPP - Titres I et IV - nouveau dispositif conventionnel ; modalités d'application.

Affaire suivie par : Frédéric GIRAUDET (DDRI/DM2)-☎ : 01 42 79 35 89
Sandrine AUJOUX-DE MATOS (DDRI/DM2)-☎ : 01 42 79 30 11

Madame, Monsieur le Directeur,

La présente circulaire a pour objet de vous exposer le nouveau dispositif conventionnel national conclu avec les représentants des prestataires commerciaux et associatifs intervenant dans les champs des Titres I et IV de la LPP. Il se substitue en ce sens aux conventions respectivement conclues dans ces deux champs s'agissant de la pratique de la dispense d'avance des frais : la convention-type de 1992 (arrêté du 27 février) pour le Titre I et la convention nationale du 13 janvier 1977 pour le Titre IV.

- La mise en œuvre d'un nouveau dispositif conventionnel a été principalement motivée par l'intérêt d'un développement des échanges entre l'Assurance Maladie et ses partenaires dans un secteur en rapide essor (15,18 % d'évolution sur l'année 2001) générant 1,8 milliard d'euros de dépenses tous régimes par an et par la nécessité de promouvoir et valoriser les impératifs de qualité devant conditionner le service des prestations dans ce secteur.
- Les partenaires de l'Assurance Maladie dans le cadre du régime conventionnel instauré par ce dispositif, cosignataires avec les trois caisses nationales des régimes obligatoires, sont les trois organisations professionnelles représentant les prestataires précités :
 - le SNADOM, Syndicat National des Associations d'Assistance à Domicile, représentant les associations de la Fédération ANTADIR et du GARAD (Groupement des Associations Régionales d'Assistance à Domicile) dont la présidence est actuellement assurée par Monsieur le professeur JONQUET, chef de service en réanimation médicale et assistance respiratoire au CHU de Montpellier ;

- le SYNALAM, Syndicat National des Services et Technologies de Santé au Domicile, représentant des sociétés commerciales, entre autres les grands groupes à rayon d'action national dont la présidence est actuellement assurée par Monsieur PELAY, PDG d'une société commerciale (E.F.M.) sise à Paris dont l'activité est dédiée aux Titres I et IV de la LPP.
- l'UNPDM, Union Nationale des Prestataires de Dispositifs Médicaux, représentant des sociétés commerciales et des associations, ainsi que les orthésistes et les pharmaciens non concernés par la convention ici présentée dont la présidence est actuellement assurée par Madame WITTEVRONGEL, pharmacien et présidente de la commission d'exercice professionnel de la Fédération des Syndicats des Pharmaciens de France.
- Huit titres constituent l'architecture de cette convention nationale :
 - le Titre I expose l'objet et la portée du régime conventionnel ;
 - le Titre II définit les modalités d'adhésion du prestataire à la convention ;
 - le Titre III fixe les critères d'organisation de l'exercice professionnel et détermine les conditions de dispensation des prestations ;
 - le Titre IV engage les prestataires à pratiquer des prix modérés au profit des bénéficiaires de la CMU et à ne pas dépasser certains tarifs de remboursement ;
 - le Titre V précise les modalités de facturation et de règlement des prestations ;
 - le Titre VI organise le paritarisme conventionnel et les procédures afférentes ;
 - le Titre VII prévoit des échanges de données économiques entre les partenaires ;
 - le Titre VIII envisage les conditions temporelles de la vie conventionnelle.

Les nouvelles règles sont ci-dessous présentées et commentées.

I - Portée et mise en œuvre du nouveau régime conventionnel

1° Les prestataires concernés

Sont visés tous les prestataires, à l'exception des pharmaciens, susceptibles de servir tout ou partie des prestations inscrites aux Titres I et IV de la LPP, qu'il s'agisse de sociétés commerciales ou d'associations. Aucun autre dispositif conventionnel visant le même champ et les mêmes acteurs visés ci-dessus ne peut demeurer en vigueur.

L'attention des caisses est attirée sur le fait que les pharmaciens ne relèvent pas du présent régime conventionnel. L'avenant n° 1 au protocole d'accord du 30 septembre 1975 régissant cette profession, relatif notamment au Titre I de la LPP, demeure donc applicable en tant que fondement des rapports conventionnels avec l'Assurance Maladie lorsque les pharmaciens délivrent des produits et prestations inscrits au Titre I. Il en va de même pour la convention nationale du 13 janvier 1977 régissant les fournisseurs de véhicules pour handicapés physiques lorsque les pharmaciens délivrent ces appareillages. La dispense d'avance des frais reste donc une modalité de facturation offerte aux pharmaciens lorsqu'ils exercent dans les champs du Titre I et IV de la LPP sur la base des textes précités.

2° Le caractère national de la convention

L'article L.165-6 alinéa 5 du code de la sécurité sociale envisage des accords nationaux entre les caisses nationales d'assurance maladie et les organisations professionnelles. Ce caractère national garantit l'harmonisation et l'homogénéité des dispositifs conventionnels applicables. La nouvelle convention est donc une convention nationale ; le rôle antérieurement dévolu aux organismes régionaux est néanmoins peu modifié :

- ➡ les partenaires régionaux, organismes et représentants des syndicats, n'ont plus à signer de conventions régionales ;
- ➡ en revanche, c'est toujours au niveau régional que chaque prestataire se place individuellement sous régime conventionnel en adhérant à la convention nationale.

Les articles 4 à 10 définissent les conditions et les modalités de cette adhésion des prestataires à la convention (cf. annexe 2) :

- il appartient au prestataire de solliciter son adhésion au nouveau dispositif conventionnel (article 4). Il adresse pour ce faire une demande expresse d'adhésion à la caisse régionale du régime général (articles 6) ;

- cet organisme lui adresse en retour, dans un délai d'un mois à compter de la demande, un formulaire d'adhésion dont le modèle est annexé à la convention (article 7 alinéa 1).

Toutefois, un aménagement est nécessaire pour assurer la transition entre l'ancienne convention régionale et la nouvelle convention nationale pour les prestataires déjà conventionnés au titre de la première : l'article 7 alinéa 1^{er} prévoit que ceux-ci reçoivent directement de la caisse régionale le formulaire d'adhésion à lui retourner, ce qui les dispense de faire une demande préalable. Cette dérogation transitoire se justifie dans la mesure où ces prestataires sont déjà identifiés par la caisse. Il appartient aux CRAM de procéder dans les meilleurs délais à cet envoi du formulaire d'adhésion aux prestataires antérieurement conventionnés.

Il importe en outre de considérer que, pour ces seuls prestataires déjà conventionnés, une phase de transition s'ouvre durant laquelle ils demeurent conventionnés en attendant que la procédure de leur adhésion au nouveau dispositif ait été menée à bien.

- à réception du formulaire rempli par le prestataire dans un délai maximal de deux mois (article 7 alinéa 2), la caisse régionale vérifie que les conditions d'exercice professionnel satisfont aux dispositions réglementaires et conventionnelles (article 7 alinéa 3). La conformité aux conditions d'installation et d'organisation de l'exercice décrites aux articles 5, 13, 14 et 15 de la convention doit être particulièrement contrôlée à cette occasion ;
- la caisse régionale identifie ensuite le prestataire qui adhère à la convention en lui attribuant un numéro d'adhésion unique à 4 chiffres, dans la mesure du possible, afin de faciliter l'identification nationale de ces professionnels par les caisses primaires d'Assurance Maladie (cf. circulaire CNAMTS DGA n° 16/96 du 8 octobre 1996). Concernant les prestataires déjà conventionnés au titre du dispositif de 1992, les anciens numéros d'adhésion sont à conserver afin de ne pas modifier l'identification actuelle de ces fournisseurs.

La caisse régionale dispose d'un délai de deux mois, à compter de la réception du formulaire d'adhésion, pour notifier au prestataire la reconnaissance de son adhésion à la convention ;

- enfin, l'article 10 prévoit l'établissement et la mise à jour régulière par les caisses régionales du régime général de listes des prestataires conventionnés dans leur circonscription. A cet égard, bien que les pharmaciens ne relèvent pas de ce même régime conventionnel, il importe que ces listes qui ont vocation à être consultées par les assurés (article 10 alinéa 5) répertorient également les pharmaciens de la circonscription. En effet, ceux-ci sont susceptibles de délivrer aux assurés les mêmes produits que les prestataires commerciaux ou associatifs.

➡ de même sont pérennisées les instances paritaires régionales (infra).

3° L'obligation conventionnelle

Aux termes de l'article L.165-6 alinéa 5, les accords nationaux sont susceptibles d'être rendus opposables à tous les acteurs d'un secteur déterminé par une approbation ministérielle. Cela implique :

- qu'en soi, la convention ne rend pas obligatoire l'adhésion conventionnelle des prestataires, hormis lorsqu'ils souhaitent pratiquer la dispense d'avance des frais car cette pratique requiert l'accord formel des deux parties ;
- que seule la publication d'un arrêté ministériel peut la rendre obligatoire y compris pour les acteurs ne pratiquant pas la dispense d'avance des frais.

La CNAMTS a saisi le Ministère d'une demande d'approbation de la convention.

Il est donc souligné qu'en l'état, la prise en charge des prestations inscrites aux Titres I et IV de la LPP n'est pas subordonnée à une quelconque obligation pour le prestataire de se placer sous régime conventionnel dès lors qu'il ne pratique pas la dispense d'avance des frais.

Les caisses seront ultérieurement informées de l'éventuelle approbation future de la convention par le pouvoir réglementaire et des implications précises de cette approbation.

II - Les règles afférentes à la qualité des prestations servies

Le champ couvert par les Titres I et IV de la LPP est exempt de règles légales définissant les critères de compétence des prestataires. L'article L.5332-1 du code de la santé publique crée le fondement de textes réglementaires appelés à régir, entre autres, le champ couvert par la convention mais dont la parution ne peut être escomptée qu'à moyen terme.

Les partenaires nationaux se sont donc efforcés de baliser, dans la convention, l'activité professionnelle en la soumettant à des normes minimales vouées à être développées et enrichies par avenant à l'avenir.

- ➡ Un certain nombre de pratiques commerciales incisives qui ont pu être observées sont recensées et interdites (article 12). Le principe de l'interdiction des supports publicitaires faisant référence au remboursement de la prestation par l'Assurance Maladie Obligatoire et, notamment, à son montant, est ainsi posé ; de même que la rémunération des prescripteurs ou auxiliaires médicaux exerçant dans des établissements ou en libéral, ainsi que "l'achat de prescriptions".
- ➡ Des conditions d'organisation des locaux précisent l'affectation et l'aménagement des espaces (articles 13 et 21) : accueil des assurés, exposition des dispositifs médicaux commercialisés par le prestataire, stockage, désinfection des matériels loués ou mis à disposition au domicile des patients dans le cadre des prestations de traitement à domicile. Il est à noter que l'exigence tenant à la détention d'un local d'exposition ne concerne que les prestataires commercialisant des aides à la vie. Le professionnel dont l'activité ne serait circonscrite qu'aux prestations associées par exemple (nutrition entérale à domicile, oxygénothérapie...) n'est donc plus tenu de détenir un local d'exposition. Par ailleurs, il est rappelé qu'il entre dans les attributions des CRAM de ne conventionner que les prestataires dont les locaux sont conformes à la réglementation en vigueur en matière d'accessibilité. La charge de la preuve de cette conformité incombe pleinement au professionnel sollicitant son adhésion à la convention.
- ➡ Des modalités de réception des assurés sociaux imposent l'existence d'un espace adapté à cette finalité (article 13) et la présence indispensable d'un personnel qualifié à cette occasion (article 15).

La fonction de conseil et d'information est requise d'une manière générale. Elle est particulièrement mise en évidence au profit des bénéficiaires de la CMU (article 24).

La conformité des pratiques professionnelles à ces engagements que les prestataires souscrivent en se plaçant, par leur acte d'adhésion, sous régime conventionnel mérite de faire l'objet d'actions de contrôle de la part des caisses régionales.

III - Les règles de facturation

1° La dispense d'avance des frais

- La pratique de la dispense d'avance des frais par les prestataires se situe au cœur du dispositif, dès lors que tout prestataire souhaitant la pratiquer doit adhérer à la convention. Notons cependant que cette pratique n'est pas pour autant rendue obligatoire par le simple acte d'adhésion. Un prestataire conventionné peut ne pas facturer directement ses prestations aux caisses. Toutefois, les Titres I et IV sont des secteurs où la grande majorité des acteurs économiques pratiquent régulièrement la dispense d'avance des frais.
- L'article 26 alinéa 2 précise que la part des dépenses réglées par l'organisme de prise en charge doit intervenir dans un délai de 20 jours.
- L'article 27 pose le principe selon lequel le mode de facturation par télétransmission devra être privilégié. Il sera promu par un protocole d'accord national qui sera annexé à la convention par avenant. Ce protocole est en cours de négociation. Cette situation ne remet pas en cause les démarches actuelles initiées par les caisses primaires pour mettre en œuvre les télétransmissions au bénéfice des fournisseurs exerçant dans le domaine du Titre I.
- L'article 28 précise les modalités selon lesquelles les caisses primaires peuvent émettre des décisions de refus de prise en charge. La motivation de ces décisions doit être certaine afin qu'aucune contestation pour vice de forme ne soit recevable en cas de contentieux. Ainsi, l'objet du refus doit être clairement rappelé ; le(s) motif(s) doivent être énumérés et être justifiés notamment par référence aux dispositions réglementaires applicables (conditions de prise en charge, indications médicales etc.). Les voies de recours doivent être mentionnées précisément : recours possible devant la commission de recours amiable (article R. 142-1 CSS) ; en cas de contestation de la décision émise par la CRA, recours possible devant le tribunal des affaires de sécurité sociale (article R. 142-6 du CSS). Enfin, les coordonnées de la personne chargée du dossier doivent apparaître sur toute notification de décision conformément à la réglementation en vigueur (cf. circulaire CNAMTS référencée CIR-74/2002 du 14 mai 2002).

2° La feuille de soins

La convention ne reprend pas les règles afférentes aux pièces nécessaires à la prise en charge des prestations, afin d'éviter toute redondance inutile par rapport à la réglementation en vigueur. Toutefois, il convient de rappeler ici que seule la feuille de soins S3115e doit être utilisée. Une circulaire spécifique a été adressée aux caisses ; elle est référencée CIR-106/2002 et datée du 1 août 2002. Il est demandé aux caisses primaires de bien vouloir veiller à l'approvisionnement suffisant de leur stock afin d'en éviter toute rupture.

3° Les accords de modération des prix

La convention utilise la possibilité offerte par l'article L.165-6 alinéas 1 et 6 du code de la sécurité sociale de fixer des prix par la voie conventionnelle. Ainsi les partenaires nationaux ont-ils élaboré, à l'article 23, un dispositif de détermination et de révision d'une liste de produits ou prestations inscrits aux Titres I et IV de la LPP pour lesquels les prestataires s'engagent à pratiquer des prix ne dépassant pas les tarifs de remboursement arrêtés par la LPP (cf. annexe 1).

Ces produits et prestations faisant l'objet d'un plafonnement conventionnel de leurs prix sont répertoriés sur la liste figurant à l'annexe II de la convention. Leurs prix maximum, égaux aux tarifs de remboursement, sont rappelés en annexe de la présente circulaire.

Ces prix ne sont opposables qu'aux prestataires qui se placent sous régime conventionnel. En l'état, certains acteurs qui ne désireraient pas pratiquer la dispense d'avance des frais et n'adhéreraient donc pas à la convention ne seraient donc pas soumis à ces dispositions financières. Toutefois, à partir du moment où la convention aura été approuvée par arrêté, tous les prestataires seront tenus de se conventionner et de respecter tous les termes du dispositif.

Il importe de considérer que le non respect de ces prix plafonnés par un prestataire conventionné constitue une surfacturation motivant, de la part des caisses d'assurance maladie, une action conventionnelle à son encontre.

IV - Paritarisme et partenariat conventionnels

1° Les échanges entre partenaires

Les signataires de la convention ont souhaité mettre en valeur la nécessité d'assurer la régularité des échanges entre l'Assurance Maladie et la profession afin de faciliter la connaissance de la réglementation et de remédier en commun aux problèmes d'interprétation que peut poser son application dans leur champ.

- A cet égard, les commissions paritaires régionales (CPR), prévues par l'article 30 de la convention et qui seront créées dans chaque circonscription de CRAM, offrent aux partenaires régionaux l'occasion d'évoquer les questions touchant à l'application du régime conventionnel qui peuvent se poser dans une circonscription régionale, ainsi que les éventuels problèmes de mise en œuvre de la réglementation afférente à la prise en charge des dispositifs médicaux et des prestations associées.

Les CPR peuvent jouer, de ce point de vue, un rôle important de remontée des informations vers les caisses nationales lorsque les problèmes rencontrés sont susceptibles d'être résolus par des mesures nationales ; par exemple quand d'éventuelles difficultés d'application de la nomenclature motiveraient des propositions de modification de celle-ci.

Il est donc recommandé à chaque CRAM d'organiser, au moins une fois par an, une réunion de la CPR qu'elle gère afin de faire le point sur les questions intéressant l'exercice de la profession couverte par la convention et sur ses relations avec l'Assurance Maladie.

Les CPR, à l'instar de la Commission Paritaire Nationale (CPN), comportent 12 sièges : 6 pour la section sociale où chaque régime possède 2 sièges ; 6 pour la section professionnelle où 2 sièges sont attribués à chaque syndicat. Il est recommandé aux caisses régionales d'organiser une première CPR dans les 6 mois suivant la présente circulaire.

- Par ailleurs, les articles 32 à 36 instituent des échanges de données économiques entre les partenaires nationaux. Ces données feront l'objet d'informations des caisses afin qu'elles puissent prendre l'initiative de les analyser et les commenter avec les représentants régionaux des organisations professionnelles.

La mise en œuvre du codage, programmée pour le second semestre 2003, favorisera la présentation et l'analyse conjointe des dépenses d'assurance maladie par les partenaires conventionnels aux deux niveaux.

2° Le déclenchement de la procédure conventionnelle contre un prestataire (cf. annexes 3, 4, 5 et 5 bis)

Dans l'hypothèse où un prestataire ne respecterait pas ses engagements conventionnels ou ne respecterait pas la réglementation de la LPP, la procédure conventionnelle peut être actionnée par la caisse régionale du régime général. La détection des manquements susceptibles de donner lieu à la mise en œuvre de cette procédure peut procéder aussi bien d'une action locale signalée aux organismes régionaux que d'une action régionale.

- Les modalités procédurales décrites à l'article 31 de la convention doivent être suivies précisément afin de garantir la validité juridique de la procédure ; notamment :
 - une demande préalable d'explication est adressée au prestataire visé. Il dispose d'un mois pour y répondre ; de deux mois lorsque les anomalies détectées sont antérieures de plus d'un an à la demande d'explication ;
 - l'éventuelle convocation en CPR est envoyée un mois avant la réunion de celle-ci ; il est nécessaire qu'elle soit complétée par une présentation des faits reprochés et accompagnée des pièces du dossier étayant cette présentation ;
 - de manière à préserver intégralement les droits de la défense, le prestataire doit être placé en situation de s'exprimer et d'argumenter en séance. Il peut se faire assister d'un conseil.
- Lorsqu'une sanction se révèle nécessaire, celle-ci doit être notifiée par la caisse régionale du régime général (article 32), la CPR n'émettant qu'un avis. La sanction est proportionnelle à la gravité des faits détectés et tient compte de l'éventuelle bonne foi du prestataire auquel des anomalies sont imputables.

Les partenaires nationaux ont convenu de la nécessité d'établir une échelle des sanctions susceptibles d'être prononcées et de l'intégrer à la convention par avenant dans de rapides délais.

La notification de la sanction doit être impérativement motivée et indiquer les voies de recours dont dispose le prestataire (recours devant la CPN ; recours juridictionnel de droit commun).

- Le prestataire peut saisir la CPN dans un délai de deux mois afin de contester un déconventionnement prononcé à son encontre. En revanche, un avertissement ne peut être porté devant cette instance nationale. Celle-ci se réunit dans le délai d'un mois à compter de la réception du recours adressé par lettre recommandée avec accusé de réception à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs salariés. Cette saisine est suspensive. La CPN émet un avis qui est communiqué à la caisse régionale du régime général. Les organismes régionaux demeurent responsables de la décision définitive.

La CNAMTS organisera à la fin du premier semestre 2003 une réunion avec l'ensemble des CRAM afin de faire le point sur les conventionnements dans le champ ici visé et rechercher des réponses aux interrogations soulevées à l'occasion de la mise en œuvre de la nouvelle convention.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur le Directeur, l'assurance de ma considération distinguée.

Le Directeur Délégué aux Risques
Pierre-Jean LANCRY

ANNEXE 1 / Nomenclature et tarifs des produits et prestations objet de l'accord de modération de prix prévu à l'article 23 de la présente convention

ANNEXE 2 / Adhésion du prestataire à la convention

ANNEXE 3-A / Procédure conventionnelle contre un prestataire : Détection d'anomalie par les organismes de prise en charge et Saisine de la CPR

ANNEXE 3-B / Procédure conventionnelle contre un prestataire : Procédure devant la CPR

ANNEXE 3-C / Procédure conventionnelle contre un prestataire : Recours ouvert au prestataire : la CPN

ANNEXE 4 / 1 exemplaire de la convention nationale organisant les rapports entre les trois caisses nationales de l'Assurance Maladie Obligatoire et les prestataires délivrant des dispositifs médicaux, produits et prestations associées inscrits aux titres I et IV de la liste prévue à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale.