



l'Assurance Maladie
des salariés-sécurité sociale
caisse nationale

CIRCULAIRE

CIR-173/2002

Document consultable dans Médi@m

Date :

24/12/2002

Domaine(s) :

RISQUES MALADIE

Nouveau	☐
Modificatif	☒
Complémentaire	☐
Suivi	☐

Objet :

LPP - Titre I - Chapitre -
Section 2 : diffuseur et pompe -
initialisation de la perfusion en
clinique - modalités de prise en
charge.

Liens :

Circ DGR 20/1998

Plan de classement :

25202

Emetteurs :

DDRI DSM

Pièces jointes : 1

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 :

Modalités de prise en charge des diffuseurs portables et des pompes pour perfusion à domicile posés à des patients en cliniques privée en vue d'un traitement à domicile ; le remboursement de ces dispositifs médicaux doit intervenir sur le risque en sus du forfait de chimiothérapie anticancéreuse ambulatoire ou des cotations prévues à la NGAP dès lors qu'ils sont posés et remplis au sein de la clinique, pour assurer la réalisation effective du traitement au domicile du patient. Transmission en ce sens de la lettre ministérielle DSS/FSS/1C du 30 août 2002 relative tout particulièrement aux diffuseurs.

Mots clés :

LPP ; diffuseurs - pompes

Le Directeur
Délégué aux Risques

Pierre-Jean LANCERY

Le Médecin Conseil National Adjoint

Yvette RACT



l'Assurance Maladie
des salariés-sécurité sociale
caisse nationale

CIRCULAIRE : 173/2002

Date : 24/12/2002

Objet : LPP - Titre I - Chapitre - Section 2 : diffuseur et pompe - initialisation de la perfusion en clinique - modalités de prise en charge.

Affaire suivie par : Sandrine AUJOUX-DE MATOS (DRM-DM2)-☎ : 01 42 79 30 11

Odile VANDENBERGHE (DSM-DPS)-☎ : 01 42 79 31 48

Claude POUILLOUX (DRM-DAHMES)- ☎ : 01 42 79 42.49

La présente circulaire a pour objet de vous faire part des modalités de prise en charge des diffuseurs portables et des pompes pour perfusion à domicile lorsque ces dispositifs médicaux sont délivrés aux patients en clinique privée. Elle vous expose tout particulièrement la position adoptée par le Ministère de la Santé, de la Famille et des personnes handicapées, en concertation avec la CNAMTS, en matière de prise en charge des diffuseurs.

I – Rappel de la situation actuelle

1) les instructions de la CNAMTS

Par circulaire DGR n° 20/98 du 2 mars 1998, la CNAMTS précisait aux caisses la position qu'il convenait d'adopter à l'égard des demandes de prise en charge sur le risque de dispositifs de perfusion (diffuseurs et pompes) pour traitement à domicile lorsque ces matériels étaient délivrés en milieu hospitalier privé au cours d'une séance de chimiothérapie ambulatoire.

Cette solution consistait à n'admettre la prise en charge du dispositif de perfusion sur la base du TIPS que lorsque les frais liés à la prise en charge globale du patient dans le cadre du forfait de séance n'étaient pas facturés pour des dates concomitantes. Toute facturation d'un forfait de séance ou d'une cotation et d'un système de perfusion devait donc donner lieu au rejet de la prise en charge du dispositif de perfusion.

La facturation à titre individuel d'un dispositif de perfusion ne pouvait donc intervenir, dans ce cadre, que le jour suivant la sortie du patient du milieu hospitalier. Il en allait de même pour le forfait de mise à disposition de ces matériels.

La possibilité de facturer à l'Assurance Maladie le dispositif le jour suivant la sortie du patient de la clinique ne pouvait cependant concerner que les dispositifs de perfusion mis à disposition à la location, c'est-à-dire, essentiellement les pompes. Pour les diffuseurs portables dont la prise en charge n'est prévue qu'à l'achat, aucune facturation sur le risque ne devait être admise : ces matériels étaient délivrés au moment où le patient se trouvait en milieu hospitalier, leur coût était donc considéré comme inclus dans le forfait de séance rémunérant la clinique.

Cette position procédait de la volonté d'éviter tout cumul de prise en charge s'agissant de traitements "mixtes" car associant une initialisation en milieu hospitalier et une poursuite au domicile du patient.

2) La jurisprudence de la Cour de Cassation

Cette position a été vivement contestée par les professionnels du secteur et a donné lieu à des contentieux (arrêt de la cour de Cassation du 11 mai 2001, trois arrêts de la Cour d'Appel de Bordeaux du 21 mars 2002).

La Cour de Cassation a en l'espèce défini une jurisprudence constante selon laquelle, dès lors que le dispositif de perfusion posé en clinique est utilisé au domicile du patient, il n'est plus possible de considérer que le traitement s'inscrit dans le cadre d'une chimiothérapie ambulatoire. Selon cette logique, ne peut être qualifié comme tel que le traitement suivi au sein de l'établissement de santé et sous sa surveillance.

L'application de la convention du 4 septembre 1980 ne saurait donc être retenue en l'espèce ; au surplus, il n'a pas été considéré que ce texte prévoyait l'inclusion du coût des diffuseurs ou des pompes dans le forfait qu'il fixe : ces dispositifs n'existaient pas à l'époque et le forfait n'apparaît pas suffisamment valorisé pour couvrir leur coût.

La prise en charge à titre individuel du dispositif de perfusion et de son forfait de livraison sur la base de la LPP doit par conséquent être admise selon la Haute juridiction.

II – Nouvelles règles désormais applicables

Au regard des difficultés rencontrées par les caisses et de la réflexion menée en concertation avec les professionnels du secteur (représentants des cliniques et des prestataires ainsi que les médecins), la CNAMTS, après confirmation, par lettre ministérielle en date du 30 août 2002, de sa position, demande aux caisses de promouvoir les règles qui suivent. Elles ressortent de la lecture des textes actuellement en vigueur en matière de chimiothérapie ambulatoire :

- Le décret n° 2001-356 du 23 avril 2001 (JO du 25) pris en application de l'article L. 162-22-1 du Code de la Sécurité Sociale ;
- l'arrêté du 23 avril 2001 (JO du 29) relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation des établissements mentionnés à l'article L. 6114-3 du Code de la Santé Publique.

Cette position ne vise, certes, que les diffuseurs. En effet, comme il vous l'a été exposé plus haut, la difficulté, tenant aux modalités de financement des dispositifs de perfusion dans le cas envisagé par la présente circulaire, s'est posée avec une acuité toute particulière concernant les diffuseurs, dans la mesure où ils ne sont disponibles qu'à l'achat. Les pompes pour diffusion ne doivent cependant pas être écartées de cette logique ; leur prise en charge doit être soumise au même régime que celle des diffuseurs selon les modalités suivantes :

1) Les prestations dispensées en clinique

1.1 La séance de chimiothérapie ambulatoire

La séance de chimiothérapie anticancéreuse est dispensée au sein de l'établissement de santé sous sa surveillance et sa responsabilité ; la diffusion des médicaments anticancéreux est réalisée dans son intégralité à l'intérieur de l'établissement ; le malade sort de l'établissement sans dispositif de perfusion (pompe, ou diffuseur). **La facturation en sus du forfait de séance, d'un dispositif de perfusion, de son système de remplissage et de pose et du forfait de mise à disposition qui y est relatif n'est donc pas admise** (article R. 162-31 CSS – arrêté du 26 avril 2001).

1.2 La pose du dispositif de perfusion en vue du retour à domicile

A l'issue de la séance de chimiothérapie ambulatoire, le patient quitte la clinique équipé d'un dispositif de perfusion destiné à diffuser les produits médicamenteux à son domicile. Ce dispositif, bien que posé à la clinique à l'issue ou au cours de la séance de chimiothérapie anticancéreuse sert à traiter le patient à son domicile, il est d'ailleurs délivré par un fournisseur. Son usage correspond donc bien à sa vocation définie par la LPP : le traitement à domicile.

Par conséquent, **sa prise en charge doit intervenir sur le risque au titre de la LPP**. Il en est de même du forfait de mise à disposition qui lui est assorti.

En conséquence la caisse est désormais autorisée à prendre en charge pour le même jour :

- un forfait de séance de chimiothérapie anticancéreuse ambulatoire,
- la facturation du dispositif de perfusion (achat du diffuseur ou de la pompe ou 1^{er} jour de location de la pompe) et de son système de remplissage et de pose.

La facture établie par le fournisseur qui a mis à disposition le dispositif de perfusion est accompagnée de la prescription médicale établie par le médecin prescripteur.

2) La continuité du traitement au domicile du patient

Lorsqu'un traitement de chimiothérapie est réalisé à domicile, le dispositif de perfusion doit être changé et rempli régulièrement, parfois quotidiennement pour les diffuseurs.

2.1 La pose et le remplissage du dispositif sont effectués à domicile

La continuité du traitement se fait à domicile sans que le patient ne se déplace en établissement. La délivrance du dispositif est assurée par un prestataire de service ; son remplissage est assuré par un(e) infirmier(e) ou un médecin (cotations AMI 3 ou K 3 visées par la lettre ministérielles).

La prise en charge sur le risque du dispositif de perfusion au titre de la LPP est admise.

La facturation de cette prestation doit intervenir comme suit, conformément à la prescription médicale :

- * établissement d'une feuille de soins par le prestataire relative à un ou plusieurs dispositifs de perfusion et au forfait de mise à disposition ;
- * établissement d'une feuille de soins relative à la cotation de l'infirmier(e) ou du médecin pour le remplissage et la pose du diffuseur.

2.2 La pose et le remplissage du dispositif sont effectués à la clinique

Le patient n'a pas à faire l'objet d'un suivi médical ou para-médical particulier justifiant sa mise sous surveillance comme cela est prévu dans le cadre d'une séance de chimiothérapie ambulatoire. Il vient dans l'établissement uniquement pour la pose et le remplissage du dispositif puis réintègre immédiatement son domicile.

Le dispositif de perfusion est destiné au traitement à domicile. **La prise en charge à titre individuel sur la LPP peut intervenir, la facturation par le médecin de la pose et du remplissage est admise conformément à la NGAP (cotation K3) ; aucune facturation d'un forfait de séance n'est possible.**

La facturation de cette prestation doit intervenir comme suit, conformément à la prescription médicale :

- * établissement d'une feuille de soins par le prestataire relative à un ou plusieurs diffuseurs délivrés préalablement au patient, et au forfait de mise à disposition ;
- * établissement d'une feuille de soins relative à la cotation du praticien qui a eu en charge le remplissage et la pose du diffuseur.

Il vous est donc demandé de bien vouloir mettre en œuvre les règles de prise en charge ci-dessus exposées.

III – C o n t r ô l e

Le contrôle pouvant être mis en place en la matière consiste à vérifier que des forfaits de chimiothérapie ambulatoire ne sont pas facturés par les cliniques uniquement pour la pose et le remplissage de dispositifs de perfusion destinés au traitement à domicile.

Une enquête nationale, annexée au PNIR 2003, portera sur la prise en charge de la chimiothérapie anticancéreuse qu'elle soit pratiquée en établissement, en ambulatoire ou à domicile. Elle est actuellement en cours de test et doit débuter en février 2003. Elle pourra fournir des éléments pour orienter les contrôles.