



l'Assurance Maladie
des salariés-sécurité sociale
caisse nationale

CIRCULAIRE

CIR-79/2002

Document consultable dans Médi@m

Date :

27/05/2002

Domaine(s) :

Risques maladie

Nouveau	☐
Modificatif	☐
Complémentaire	☐
Suivi	☒

Objet :

Liste prévue à l'article L 165.1
du Code de la Sécurité Sociale
- Titre I - Oxygénothérapie de
longue durée/affaire Groupe
LVL Médical

Liens :

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 :

Cette circulaire porte à votre connaissance le sens et la portée exacts qu'il importe de donner à la nomenclature des forfaits 1 et 2 de l'oxygénothérapie de longue durée figurant sur la liste prévue par l'article L 165.1 du Code de la Sécurité Sociale (ex. TIPS) et vous communique des informations relatives à l'état d'avancement de l'affaire LVL Médical.

Mots clés :

Dispositifs médicaux -oxygénothérapie - forfait 2 - LVL Médical

Le Directeur
Délégué aux Risques

Pierre-Jean Lancry

Le Médecin Conseil National Adjoint

Dr Yvette Ract

CIRCULAIRE : 79/2002

Date : 27/05/2002

Objet : Liste prévue à l'article L 165.1 du Code de la Sécurité Sociale - Titre I -
Oxygénothérapie de longue durée/affaire Groupe LVL Médical

Affaire suivie par :Frédéric Giraudet (DDRI/DM2) – Tél : 01.42.79.35.89

Dr Odile Vandenberghe (DSM/DPS) – Tél : 01.42.79.31.48

Madame, Monsieur le Directeur,
Madame, Monsieur le Médecin Conseil et Chers Confrères,

A l'occasion d'une procédure conventionnelle intentée, dans la région Ile de France, à l'encontre d'établissements du groupe LVL Médical, prestataire intervenant dans le champ du titre I de la liste prévue par l'article L.165-1 du Code de la Sécurité Sociale, la CNAMTS a été alertée sur les problèmes d'interprétation pratique de la nomenclature des forfaits 1 et 2 de l'oxygénothérapie de longue durée figurant sur la liste prévue par l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale **(ex TIPS)**.

L'évolution récente du dossier nous conduit aujourd'hui à porter à votre connaissance le sens exact qu'il importe de donner à cette nomenclature et à vous communiquer des informations relatives à l'état d'avancement de l'affaire LVL Médical.

I - L'interprétation de la nomenclature d'oxygénothérapie de longue durée

Les interprétations déviantes décelées procèdent d'une des dispositions de cette nomenclature définissant les conditions de prise en charge du forfait 2 intitulé "forfait hebdomadaire pour oxygénothérapie à long terme, intensive ou de déambulation : oxygène liquide" : ***"sa prise en charge (...) peut être également accordée pour les patients relevant du forfait 1 dont la consommation excède dix bouteilles d'oxygène gazeux de 0,4 m3 par mois"***.

La majorité des prestataires ont considéré que cette disposition offrait, dans le cadre du forfait 2, une alternative à l'oxygène liquide. Elle permettrait ainsi la prise en charge, sur la base du tarif de 751 F correspondant à ce forfait, d'une prestation consistant en la mise à disposition d'un concentrateur et de bouteilles d'oxygène gazeux en un nombre mensuel supérieur à dix.

I.1 - Sens et portée restrictive de la nomenclature du forfait 2

Dans la phrase précitée, l'expression ***"sa prise en charge (..) peut également être accordée"*** s'applique à une prestation précisément délimitée dans l'intitulé du forfait 2 : "forfait hebdomadaire (...) : oxygène liquide". Seule cette prestation déterminée, l'attribution d'oxygène liquide, peut ainsi donner lieu à une facturation établie sur la base du montant de remboursement de 751 F dont elle est assortie dans la colonne tarifaire.

La nomenclature figurant sous cet intitulé a ainsi été conçue de manière à d'abord énumérer les conditions de prise en charge de l'oxygène liquide, puis à déterminer expressément les seuls matériels et fournitures afférents à la dispensation d'oxygène liquide qui doivent être délivrés pour respecter le forfait et ainsi justifier un remboursement sur la base du tarif de 751 F.

Concernant les conditions de prise en charge, la disposition précitée doit se lire comme suit : ***la prise en charge du "forfait hebdomadaire d'oxygène liquide" est également accordée pour les patients relevant du forfait 1 dont la consommation excède...*** ; cela signifie que des patients qui ne satisfont pas aux conditions médicales de prise en charge du forfait 2 (***déambulation et traitement intensif***) mais ont une forte consommation de bouteilles d'oxygène gazeux peuvent cependant prétendre à la prise en charge d'un traitement d'oxygénothérapie par oxygène liquide.

Notons qu'il en va de même des patients ayant une simple insuffisance respiratoire à l'effort.

C'est nécessairement le passage d'une prestation à une autre qui est promu, du poste fixe (***concentrateur + gazeux***) vers l'oxygène liquide, favorisant à cette condition seulement une facturation établie sur la base du tarif correspondant à cette prestation d'oxygénothérapie par oxygène liquide.

Cette disposition organisant le passage sous oxygène liquide se justifiait au regard des avis médicaux remis par les experts et faisant état de l'inadaptation, d'un point de vue médical, voire de la dangerosité d'une consommation mensuelle de plus de dix bouteilles d'oxygène gazeux. Il était donc nécessaire d'accepter un traitement sous oxygène liquide pour des patients déambulant peu et ne relevant pas d'une oxygénothérapie intensive, mais amenés à consommer beaucoup d'oxygène gazeux.

I.2 - Confirmation de cette lecture par le pouvoir réglementaire

Le Comité Economique des Produits de Santé et notamment la Direction de la Sécurité Sociale et la Direction Générale de la Santé qui en sont membres ont été amenés par la CNAMTS à confirmer cette lecture de la nomenclature au cours de la séance du 26 octobre 2001 (*cf : extrait du relevé de décisions joint*).

Le comité limite la prise en charge de ce forfait à l'attribution d'oxygène liquide conformément au raisonnement précédemment exposé. Puis il observe cependant qu'une pratique nécessairement soumise à la tolérance des caisses a pu autoriser, de façon exceptionnelle, la prise en charge du forfait 2 pour des cas atypiques de consommation élevée d'oxygène gazeux dans un milieu de vie impropre à une prestation d'oxygène liquide.

II - Evolution de l'affaire LVL Médical Groupe

Le groupe LVL Médical semble avoir systématisé les anomalies de facturation visant à obtenir de l'Assurance Maladie le remboursement de prestations d'oxygénothérapie de longue durée par concentrateur et oxygène gazeux sur la base du tarif de responsabilité afférent à l'oxygénothérapie intensive ou de déambulation par oxygène liquide lorsque le nombre de bouteilles d'oxygène gazeux délivrées au patient était supérieur à 10 par mois.

La procédure conventionnelle engagée au niveau de la région Ile de France a abouti à une décision de déconventionnement de trois mois. Nous vous informons des perspectives d'évolution de ce dossier.

II.1 - Motifs de la recherche d'une réparation du préjudice financier

La CNAMTS a estimé devoir explorer une autre voie de réparation du préjudice subi :

- la détection d'un préjudice financier de l'Assurance Maladie, comptable de fonds prélevés sur la collectivité et arrêtés par le Parlement, justifie la recherche de la réparation de ce préjudice ;
- la solution du seul déconventionnement n'empêche pas la poursuite de l'activité et le caractère remboursable de celle-ci. Le déconventionnement ne fait qu'interdire la pratique de la dispense d'avance des frais. Ce sont donc les assurés qui pourraient subir les conséquences de cette sanction dans la mesure où il leur appartiendrait de faire l'avance des frais, ce qui pourrait limiter leur accès aux soins, surtout si d'autres prestataires ayant commis les mêmes erreurs de facturation faisaient l'objet de sanctions de déconventionnement applicables sur des périodes qui se superposeraient nécessairement dans le temps ;
- les services de la CNAMTS étant très régulièrement en contact avec les partenaires conventionnels de l'Assurance Maladie, ils ont appris que les mêmes anomalies de facturation pouvaient être imputées à tous les prestataires du secteur. Tous reconnaissent avoir souscrit à la même interprétation déviante de la nomenclature reprochée au Groupe LVL Médical ;

c'est donc contre l'ensemble des prestataires qu'il importe désormais de se retourner pour obtenir une réparation financière. Les contrôles déjà initiés localement étayeront cette logique. En revanche, il serait beaucoup plus délicat d'engager des procédures de déconventionnement de la quasi totalité des partenaires de l'Assurance Maladie dans ce secteur, car cela priverait les patients de la dispense d'avance des frais et ne serait pas sans incidence sur leur accès aux soins ;

les syndicats de prestataires ont d'ores et déjà été informés par la CNAMTS, au cours d'une réunion organisée le 4 février 2002, qu'une même démarche visant la récupération amiable et intégrale des sommes indument perçues sera conduite vis à vis de tous les prestataires auxquels les contrôles entrepris par les caisses et le Service Médical permettront d'imputer les mêmes anomalies de facturation que celles détectées de la part du groupe LVL Médical.

II.2 - Modalités de réparation du préjudice de l'Assurance Maladie

La réparation doit être intégrale. Elle ne peut en aucun cas procéder d'une transaction. Les implications de ce postulat sont les suivantes :

- ➡ la période donnant lieu à restitution de l'indû doit débuter à compter de l'entrée en vigueur de la nomenclature dont l'interprétation a été erronée, c'est à dire du 1^{er} janvier 1999, et s'achever avec l'arrêt des facturations non conformes, ce qui reste à déterminer mais semble être postérieur à septembre 2001 ;
- ➡ le montant doit être précisément établi sur la base du différentiel brut existant entre les montants tarifaires des forfaits 1 et 2 et doit être consolidé.

Cette consolidation sera faite grâce à une expertise consistant en un examen minutieux des comptes du groupe LVL Médical. Cette expertise a été confiée à un expert judiciaire qui a déjà réalisé plusieurs missions pour la CNAMTS et dont la compétence est avérée.

Les conclusions de cette expertise, si la conduite de celle-ci permet bien d'aboutir à la détermination d'un montant restituable réaliste, seront intégrées dans un projet de protocole dit de récupération de l'indû qui aura vocation à être conclu entre la CNAMTS, pour le compte de la totalité des organismes de prise en charge, et le groupe LVL Médical.

Ce projet de protocole sera ensuite examiné dans le cadre de la procédure conventionnelle : il sera ainsi soumis à la Commission Paritaire Nationale que le groupe LVL Médical a saisie.

En plus de cette réparation financière, la CNAMTS proposera à la commission une confirmation partielle du déconventionnement des établissements du groupe LVL Médical implantés en Ile de France : 15 jours permettant de tenir compte des anomalies ayant trait à la qualité des prestations servies par ces acteurs.

Nous vous tiendrons ultérieurement informés de l'évolution de ce dossier, ainsi que des actions que la CNAMTS entreprendra prochainement auprès des autres prestataires.

Je vous prie de croire, Madame, Monsieur le Directeur, Madame, Monsieur le Médecin Conseil et Chers Confrères, à l'assurance de ma considération distinguée.

PJ = 1