

CIRCULAIRE

CIR-9/2018

Document consultable dans Médi@m

Date :

23/04/2018

Domaine(s) :

gestion du risque

Nouveau	<input checked="" type="checkbox"/>
Modificatif	<input type="checkbox"/>
Complémentaire	<input type="checkbox"/>
Suivi	<input type="checkbox"/>

Objet :

LPP – Titre I – Chapitre 1 – nouvelle nomenclature du traitement par pression positive continue (PPC)

Liens :

Plan de classement :

P10-02

Emetteurs :

DDGOS

Pièces jointes : 3

à Mesdames et Messieurs les

<input checked="" type="checkbox"/> Directeurs	<input checked="" type="checkbox"/> CPAM	<input type="checkbox"/> CARSAT	<input checked="" type="checkbox"/> Cnam
<input checked="" type="checkbox"/> Agents Comptables	<input checked="" type="checkbox"/> UGECAM	<input type="checkbox"/> CGSS	<input type="checkbox"/> CTI
<input checked="" type="checkbox"/> DCGDR			
<input checked="" type="checkbox"/> Médecins Conseils	<input checked="" type="checkbox"/> Régionaux		<input checked="" type="checkbox"/> Chef de service

Pour mise en oeuvre immédiate

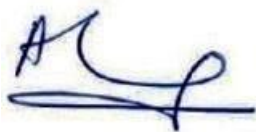
Résumé :

L'arrêté du 13/12/17 a modifié les conditions de prise en charge du traitement des apnées du sommeil par pression positive continue (PPC) et a introduit de nouveaux forfaits de facturation à la LPP ; ceux-ci se déclinent en fonction de l'observance du patient et du choix de celui-ci pour son relevé. La présente circulaire a pour objet de préciser l'ensemble des nouveautés associées à cette modification de la nomenclature.

Mots clés :

Apnées du sommeil ; PPC ; Observance ; Forfait télésuivi ; Forfait pédiatrique

La Directrice Déléguée
à la Gestion et à l'Organisation des Soins



Annelore COURY

Le Directeur Délégué
aux Opérations



Pierre PEIX

CIRCULAIRE : 9/2018

Date : 23/04/2018

Objet : LPP - Titre I - Chapitre 1 - nouvelle nomenclature du traitement par pression positive continue (PPC)

Affaire suivie par : Dr Sylvie TORRE – 2617 – sylvie.torre@cnamts.fr
Mme Lémou SIBY – 2314 – lemou.siby@cnamts.fr
M. Frédéric GIRAUDET – 1625 – frederic.giraudet@cnamts.fr

L'arrêté du 13 décembre 2017 paru au journal officiel du 16 décembre 2017 modifie les modalités d'inscription et les conditions de prise en charge du dispositif médical à pression positive continue (PPC) et des prestations associées, au Titre I de la liste des produits et prestations (LPP) prévue à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité Sociale à compter du 1^{er} janvier 2018.

Un avis de tarifs publié simultanément au JO en date du 16 décembre 2017 fixe les tarifs des prestations et le calendrier de baisse tarifaire pour 2018.

La présente circulaire a pour objet de présenter :

- les conditions de prise en charge de la PPC,
- les différents forfaits et leurs conséquences en matière de prise en charge et de tarification,
- leur articulation,
- la gestion des situations particulières.

Sont désignés comme « prestataires » dans la présente circulaire : les prestataires de service et distributeurs de matériel au sens de l'article L. 5232-3 du code de la santé publique.

Plan de la circulaire :

- I. Objectifs et principales modifications introduites par la nouvelle nomenclature
 - I. A. Objectifs
 - I. B. Principales innovations

- II. Les nouvelles conditions de prise en charge de la PPC
 - II. A. Conditions d'éligibilité à la prise en charge du traitement
 - II. B. Définition des forfaits et principes de tarification
 - II. B. 1. Le critère de l'observance
 - II. B. 1. a. Définition de l'observance
 - II. B. 1. b. Le contrôle de l'observance
 - II. B. 2. Les forfaits adultes
 - II. B. 3. Les forfaits enfants
 - II. C. Signalement d'une erreur dans l'arrêté

- III. Gestion des situations particulières
 - III. A. Forfaits à associer - nouveauté
 - III. B. Les périodes d'hospitalisation
 - III. B. 1. Règles générales applicables en cas d'hospitalisation
 - III. B. 2. Gestion des situations particulières
 - III. B. 2. a. Cas où l'hospitalisation du patient est connue a posteriori
 - III. B. 2. b. Gestion des périodes d'hospitalisation en cas de relevés semestriels en 2018
 - III. C. La fin du traitement

I. Objectifs et principales modifications introduites par la nouvelle nomenclature

I. A. Objectifs

Cette nomenclature est axée sur un dispositif conçu de manière à améliorer l'observance des patients éprouvant des difficultés à suivre leur traitement de manière assidue.

L'observance du traitement par PPC est, en effet, essentielle car en dépendent l'amélioration de la qualité de vie, la prévention des accidents liés à une somnolence anormale ainsi que la réduction de la morbidité cardiovasculaire.

La notion d'« observance » dans la présente circulaire désigne « l'utilisation par le patient du dispositif médical » au sens de l'article de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 (JO du 24.12.16).

I. B. Principales innovations

Des critères médicaux de prise en charge sont pérennisés : l'éligibilité d'un patient à ce traitement est appréciée en fonction des événements de type apnée/hypopnée relevés par analyses polygraphique ou polysomnographique. Les principaux apports de la nouvelle nomenclature sont :

1. L'extension de la prise en charge de la PPC aux enfants.
2. La nécessité d'évaluer en 1^{ère} intention l'alternative thérapeutique : l'orthèse d'avancée mandibulaire pour les patients adultes.
3. La définition de l'observance.
4. L'évaluation de l'observance sous réserve de l'acceptation du patient et dans le respect de son libre choix des modalités de suivi : télé-suivi ou relevé des données sur appareil.
5. La limitation de la prescription initiale et de la première prescription de renouvellement du traitement à certaines spécialités de prescripteurs.
6. La dégressivité de la tarification proportionnellement au niveau de l'observance, ce qui valorise le travail d'éducation et d'adaptation du matériel pour obtenir celle-ci.
7. Le contrôle des données relatives à l'observance du patient par le Service Médical de l'Assurance Maladie Obligatoire selon des modalités déterminées, à partir du 1^{er} janvier 2019, par convention entre celle-ci et les représentants de la profession.
8. La nécessité de redéfinir les règles régissant les relations inter professionnels à l'occasion de la réalisation des actes de polysomnographie et de polygraphie dans le cadre conventionnel.

II. Les nouvelles conditions de prise en charge de la PPC

II. A. Conditions d'éligibilité à la prise en charge du traitement

Le remboursement du traitement par les organismes d'assurance maladie est soumis à accord préalable.

Conditions de PEC	Patient \geq 16 ans	Patient < 16 ans
<p>Indications selon l'avis de la HAS du 15 juillet 2014</p>	<p>En présence d'au moins trois symptômes cliniques (sommolence diurne, ronflements, fatigue diurne nycturie, céphalées matinales, suffocation pendant le sommeil) et selon l'indice d'apnées- hypopnées (IAH) par heure d'enregistrement à l'analyse polygraphique ou par heure de sommeil à l'analyse polysomnographique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - IAH \geq 30 IAH par heure d'enregistrement - IAH \geq 15 et < à 30 par heure de sommeil avec somnolence diurne sévère et/ou risque accidentel pouvant entraîner un dommage corporel direct ou indirect - IAH \geq 15 et < 30 événements par heure d'enregistrement ou de sommeil chez les patients avec comorbidité cardiovasculaire ou respiratoire grave associée <p>Obligation de disposer des résultats d'une analyse polygraphique et/ou analyse polysomnographique, lors de la prescription initiale.</p> <p>NB : la prise en charge ne peut être assurée pour un patient ayant eu une orthèse d'avancée mandibulaire dans les 12 mois précédents</p>	<p>Un signe clinique doit avoir été observé par les parents (ronflement, efforts respiratoires pendant le sommeil...). Les symptômes ne doivent pas être expliqués par un autre trouble du sommeil, par l'utilisation de médicaments ou une pathologie associée.</p> <p>La très grande majorité des enfants de moins de 6 ans, nécessitant une PPC, ont une pathologie de type malformatif ou une maladie génétique sans signe clinique spécifique.</p> <p>Selon l'indice d'apnées (IA) ou d'apnées-hypopnées (IAH) par heure de sommeil à l'analyse polysomnographique ou polygraphique en présence ou non de symptômes cliniques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - IA (index d'apnée) obstructives >5 événements par heure de sommeil - IAH obstructive >10 événements par heure de sommeil <p>Obligation de disposer des résultats d'une polysomnographie ou à défaut une polygraphie ; elle peut être différée dans un délai de 3 mois après le début de la prise en charge.</p> <p>Elle doit être réalisée dans un centre de sommeil pédiatrique et analysée par un médecin ayant une compétence en sommeil de l'enfant.</p>
<p>Prescripteurs</p>	<p>Prescriptions initiales : primo prescription et 1^{ère} évaluation à 4 mois</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pneumologue - Médecin ayant un diplôme reconnu comme ouvrant droit au titre dans le domaine des pathologies du sommeil conformément au 5^{ème} alinéa de l'article R 4127-79 du CSP - Médecin dont le parcours de DPC « Sommeil » est attesté par le CNP de la spécialité concernée ou par le CMG selon l'article R 402-4-1 du CSP sur des règles communes dans le cadre de la FST « sommeil » et validé par le CNOM (validation obligatoire après le 1^{er} janvier 2020) 	<p>Prescription initiale et renouvellement</p> <p>La prescription doit être établie dans un centre hospitalier spécialisé, soit par un pneumo pédiatre, soit par un pédiatre spécialisé en sommeil ou ayant validé une FST « sommeil ».</p>

	<u>Renouvellement au bout de la 4^e prescription :</u> - Médecin spécialiste - Médecin traitant <i>seulement si les données d'observance sont correctes (cf infra) et absence d'évènements médicaux intercurrents</i>	
--	---	--

* FST : Formation Spécialisée Transversale (maquette des diplômes d'études spécialisées – arrêté du 27/11/17)

Conditions de PEC	Patient ≥ 16 ans	Patient < 16 ans
Durée de prescription	Prescription initiale : 4 mois. Renouvellement : 1 an après les 4 mois suivant la prescription initiale.	Prescription initiale : 4 mois. Renouvellement : 4 mois après la prescription initiale puis : <ul style="list-style-type: none"> ➤ tous les 6 mois pour patients < 12 ans ➤ tous les ans pour les patients entre 12 ans et 16 ans
Demande d'accord préalable (DAP)	Prescription initiale : DAP avec compte rendu de la polygraphie ou de la polysomnographie. Renouvellement de la prescription annuelle : DAP non nécessaire si observance constatée, dans tous les autres cas, DAP obligatoire.	Prescription initiale: DAP avec compte rendu la polygraphie ou de la polysomnographie. Renouvellement : pas de DAP.
Consentement relatif à la communication des données d'observance du patient	Recueil par le prestataire ou le pharmacien.	Consentement des parents recueilli par le prestataire ou le pharmacien.

La conformité aux indications médicales conditionnant la prise en charge s'apprécie au regard des résultats d'une analyse polygraphique ou polysomnographique qui doivent être transmis à l'appui de la demande d'accord préalable.

Seul le prescripteur est habilité à effectuer ces examens. Le prestataire ou le pharmacien ne peut prétendre jouer aucun rôle dans leur réalisation : ni la fourniture des appareils de polygraphie ou de polysomnographie, ni l'assistance technique ; que ce soit directement ou indirectement par le biais d'un de ses proches ou de ses salariés sous couvert d'une entité distincte agissant en qualité de sous-traitant.

➤ **Les alinéas 4 et suivants de l'annexe 2 de la convention nationale des prestataires du 15 juillet 2015 approuvée par arrêté interministériel du 30 mai 2016 et publiée au Journal Officiel du 3 juin 2016, est donc caduque en ce qu'il autorisait le prestataire à fournir le matériel nécessaire aux tests au prescripteur et à assister techniquement celui-ci.**

Le formulaire de demande d'accord préalable CNAMTS 629 pour un traitement d'assistance respiratoire de longue durée à domicile doit être utilisé. Ce formulaire doit faire l'objet de modifications en raison de la nouvelle nomenclature ; une correction sera apportée s'agissant des orthèses d'avancée mandibulaire. Une nouvelle DAP sera mise à disposition à la fin du premier semestre 2018.

- ***Tous les renouvellements pour les patients non observants sont soumis à accord préalable : patients dont l'observance sur les 12 dernières périodes consécutives de 28 jours a été inférieure à 112 heures sur plus de 3 périodes sur 12 ou 56 heures au cours de plus de 2 périodes sur 12.***

II. B. Définition des forfaits et principes de tarification

II. B. 1. Le critère de l'observance

II. B. 1. a. Définition de l'observance

Les différents forfaits de prise en charge recouvrent différents niveaux d'observance. Celle-ci se définit comme suit :

« L'observance s'apprécie par période de 28 jours consécutifs (4 semaines).

Au cours de cette période, le patient doit utiliser effectivement son appareil de PPC pendant au moins 112 heures. Le décompte des périodes consécutives de 28 jours débute le 1^{er} jour de la 14^{ème} semaine après le début de la prise en charge.

Afin de tenir compte de difficultés temporaires, il est toléré une observance ≥ 56 heures et < 112 heures par période de 28 jours ».

Cette définition s'applique pour tout patient ayant opté, soit pour la téléobservance, soit pour le relevé de ses données d'observance par le prestataire ou le pharmacien.

En moyenne, c'est une observance minimale de 4 heures par nuit qui est visée avec une tolérance en cas de difficulté temporaire entre 2 et 4 heures par nuit sur une période de 28 jours.

Le patient a désormais le choix du suivi de l'observance de son traitement :

- le télésuivi avec transmission automatique de l'observance,
- le relevé de ses données d'observances par le prestataire ou le pharmacien au cours d'une visite à partir de celles de sa machine.

Il peut refuser le suivi de son observance.

C'est au prestataire ou au pharmacien de mettre tous les moyens en œuvre pendant le période initiale pour rendre le patient observant : le choix et la qualité du matériel, particulièrement celle du masque sont déterminants.

- ***Le patient conserve la faculté de modifier sa décision initiale relative au suivi ou non de son observance ou sa décision initiale relative au télésuivi ou au relevé de données. Corrélativement, le forfait jusqu'alors facturable par le prestataire ou le pharmacien s'en trouve modifié (cf. les cas de figures à l'annexe 2 de la présente circulaire).***

II. B. 1. b. Le contrôle de l'observance

La nouvelle nomenclature subordonne la prise en charge des traitements de PPC dispensés par les prestataires ou les pharmaciens à la communication au Service Médical de l'Assurance Maladie Obligatoire des données d'observance sur la base desquelles ils établissent leur facturation.

Cette transmission doit se faire par une mise à disposition de ces données sur des serveurs informatiques dédiés. En raison du temps nécessaire aux prestataires et aux pharmaciens pour procéder aux développements nécessaires à cette solution cible, la CNAM a accepté que celle-ci soit atteinte en trois étapes :

- ↳ depuis le 1^{er} janvier 2018, les prestataires et les pharmaciens ont l'obligation de recueillir les données de leurs patients sous PPC ;
- ↳ à compter du 1^{er} juillet 2018, les prestataires et les pharmaciens devront être en capacité de transmettre au Service Médical de l'Assurance Maladie Obligatoire, à la demande de celui-ci, les données de leurs patients, soit par CDRom, soit par clé USB sécurisés par un mot de passe ;
- ↳ à partir du 1^{er} janvier 2019, les prestataires et les pharmaciens devront avoir créé un serveur Extranet sécurisé stockant les données d'observance de leurs patients et ouverts au contrôle du Service Médical de l'Assurance Maladie Obligatoire.

➡ ***Conformément au point VIII.15 de l'arrêté du 13 juillet 2017, les modalités d'accès du Service Médical à ces serveurs seront déterminées par accord entre l'UNCAM et les organisations professionnelles concernées.***

II. B. 2. Les forfaits adultes

La nouvelle nomenclature met en œuvre une nouvelle typologie de forfaits hebdomadaires.

Les forfaits se déclinent selon la modalité de suivi de l'observance et de l'observance constatée sur une période de référence.

Les différents forfaits adultes

Forfaits adultes	Nombre de forfaits facturables	Critères d'attribution
Forfait initiation 9.INI	13 forfaits hebdomadaires	Absence de prise en charge dans les 40 semaines précédentes ; si prise en charge au cours des 40 semaines au titre d'un forfait PPC et que le nombre de forfaits est <13 le nombre de forfaits 9.INI sera diminué du nombre de forfaits déjà pris en charge. Absence de prise en charge d'une OAM pendant les 12 mois précédents, sauf dérogation du service médical
Forfaits Télésurveillance		Observance mesurée sur 4 semaines (28jours)
9 TL1	4 forfaits hebdomadaires	≥ 112 heures
9 TL2		≥ 56 heures et <112 heures
9 TL3		<56 heures
Forfaits suivi observance par relevé machine		Observance mesurée sur 6 périodes de 28 jours soit 24 semaines
9 TN1	24 forfaits hebdomadaires	≥ 112 heures pendant 5 / 6 périodes de 28 jours
9 TN2		≥ 112 heures pendant 4 / 6 périodes de 28 jours
9 TN3		Dans tous les autres cas
9 SR0		Refus du relevé d'observance

1^{er} cas : nouveau patient adulte

A l'initiation du traitement, quel que soit le choix du patient, une période d'initiation de 13 semaines doit permettre au prestataire ou au pharmacien d'obtenir l'observance du patient : **forfait hebdomadaire 9.INI**.

- Le patient opte pour la télésurveillance à l'issue des 13 semaines d'initiation

Le forfait 9 TL1 s'applique pour les 4 semaines qui suivent la période d'initiation et l'observance relevée par télésurveillance sur ces 4 semaines déterminera le forfait qui sera facturé pour les 4 semaines suivantes :

- 9 TL1 si observance ≥ 112 heures,
- 9 TL2 si observance ≥ 56 heures et <112 heures,
- 9 TL3 si observance est <56 heures.

Les forfaits sont réévalués tous les 28 jours selon les résultats de l'observance.

- **Le patient opte pour un relevé de son observance sur la machine**

Le forfait 9 NT1 s'applique à l'issue de la période d'initiation pour les 6 périodes consécutives de 28 jours qui suivent, soit 24 semaines ; le forfait facturé pour les 24 semaines suivantes sera fonction de l'observance relevée sur la machine :

- 9 NT1 si observance \geq 112 heures pendant 5 / 6 périodes de 4 semaines consécutives,
- 9 NT2 si observance \geq 112 heures pendant 4 / 6 périodes de 4 semaines consécutives, ou $>$ 56 heures pendant 5 / 6 périodes de 4 semaines consécutives,
- 9 NT3 dans les autres cas.

Les forfaits sont réévalués toutes les 24 semaines selon les résultats de l'observance.

- **Le patient refuse tout suivi de l'observance**

C'est le forfait 9 SR0 qui s'applique ; le patient a possibilité de revenir sur son choix ; celui-ci sera pris en compte à l'issue de la semaine au cours de laquelle la demande a été faite.

2^{ème} cas : le patient a bénéficié d'une prise en charge de plus de 13 forfaits de PPC dans les 40 semaines précédant la prescription avec des périodes d'interruption

Il n'est pas nécessaire de faire une demande d'accord préalable.

Le patient sera pris en charge avec :

- un forfait 9 TL3 s'il accepte la télésurveillance pour les 4 premières semaines,
- un forfait 9 NT3 s'il accepte le relevé de ses données d'observance pour les 24 premières semaines,
- un forfait 9 SR0 s'il refuse tout suivi de son observance.

Une présentation graphique de l'agencement des forfaits adultes est en annexe 2.

II. B. 3. Les forfaits enfants

L'observance pour les patients pédiatriques de moins de 16 ans doit être au moins de 112 heures par période de 28 jours consécutifs.

Toute observance inférieure doit être analysée par le médecin prescripteur avec les parents et le prestataire ou le pharmacien pour prendre les mesures appropriées.

Il n'y a pas de forfait « initiation » pour les enfants.

Si les parents acceptent la télésurveillance ou le relevé d'observance, 2 forfaits sont possibles :

- le forfait pédiatrique 9 PE 1 pour les moins de 6 ans,
- le forfait pédiatrique 9 PE 2 pour les enfants de 6 à 16 ans.

Si les parents refusent le suivi de l'observance, c'est le forfait 9 SR0 qui s'applique.

Pour l'enfant qui atteint 6 ans révolus, le changement de forfait intervient à la fin de la semaine du jour de son anniversaire.

Pour l'enfant qui atteint 16 ans, ce sont les forfaits adultes qui s'appliquent la semaine qui suit celle de sa date anniversaire et en fonction de son statut :

- 9 INI si prise en charge inférieure à 13 semaines,
- 9 TL1 s'il est télésuivi,
- 9 NT1 s'il a opté pour le relevé de son observance,
- 9 SRO si le patient refuse le suivi de l'observance.

➔ ***Le forfait « apnée du sommeil patient pédiatrique, capnographie » 9 PCG, est facturable 2 fois par an au maximum ; il permet l'enregistrement au domicile de la capnographie, évitant ainsi l'hospitalisation de l'enfant pour la réalisation d'un simple enregistrement.***

II. C. Signalement d'une erreur dans l'arrêté

Le renvoi à l'article 6 figurant dans les articles 6 et 8 de l'arrêté est erroné. Il s'agit d'une simple erreur matérielle dans la rédaction du texte qui doit être corrigée dans la pratique : il importe de considérer que ce renvoi vise l'article 7.

III. Gestion des situations particulières

III. A. Forfaits à associer - nouveauté

Pour les patients adultes (plus de 16 ans) bénéficiant d'une prise en charge pour PPC associée à une oxygénothérapie et/ou un forfait 7 (mobilisation thoracique et aide à la toux), des **forfaits PPC à associer** symétriques aux forfaits PPC décrits plus haut, ont été créés ; ils sont à associer au forfait oxygénothérapie ad hoc et/ ou au forfait 7.

Le tarif des « forfaits à associer » est inférieur à celui des forfaits simples de PPC car une partie des charges du prestataire ou du pharmacien sont communes aux différentes prestations et est donc déjà couverte par le forfait d'oxygénothérapie ou le forfait 7 auxquels le forfait de PPC est associé.

Pour les patients pédiatriques, bénéficiant d'une prise en charge pour PPC associée à une oxygénothérapie, des forfaits PPC associés ont été créés. En cas d'association PPC, oxygénothérapie et forfait 7, deux forfait PPC à associer ont été créés (moins de 6 ans, plus de 6 ans) autorisant l'association avec les autres forfaits respiratoires.

- ☞ *Si le traitement par PPC est déjà initié quand commence le traitement par oxygénothérapie ou le traitement de mobilisation thoracique, la prescription initiale et l'accord préalable restent valides, de même que l'observance déjà relevée.*

III. B. Les périodes d'hospitalisation

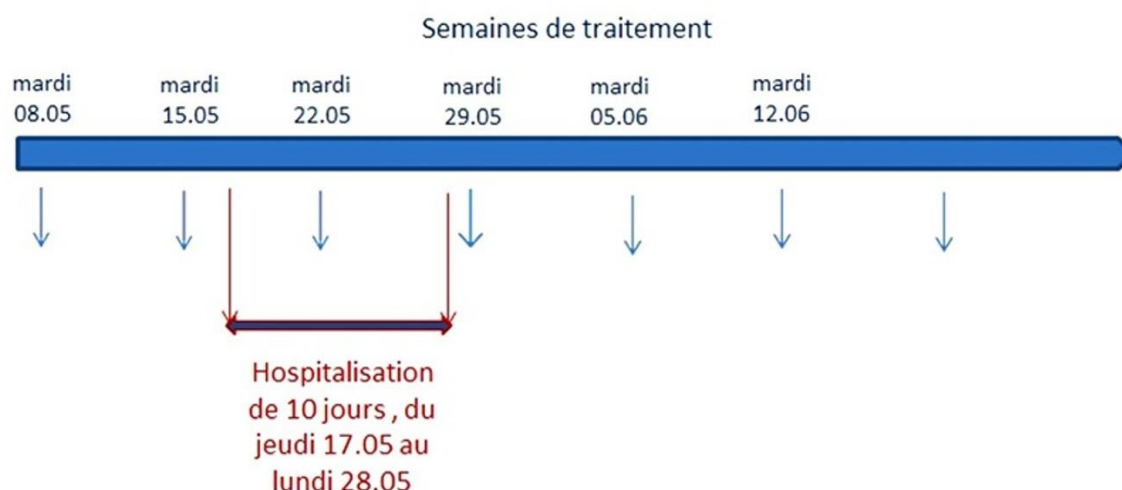
Seules les semaines de traitement de 7 jours peuvent être facturées. Un tarif de responsabilité est indivisible. Par conséquent, aucune prise en charge au prorata des jours effectifs n'est possible.

Par ailleurs, sauf dérogation expresse (infra), une semaine commencée mais non terminée ne peut pas être facturée.

III. B. 1. Règles générales applicables en cas d'hospitalisation

Lorsque l'hospitalisation du patient intervient alors que la semaine de traitement est commencée mais n'est pas terminée, cette semaine n'est pas facturable à ce stade : elle est considérée comme suspendue, elle reprend le jour de sortie d'hospitalisation et est facturable à son terme.

Suspension de la facturation pendant l'hospitalisation



L'hospitalisation décale la périodicité du décompte hebdomadaire.

Dans notre exemple, la semaine de traitement commencée le mardi 15 mai est interrompue par l'hospitalisation du jeudi 17 mai, cela ne permet de comptabiliser que 2 jours de traitement (mardi et mercredi); le décompte des 5 jours manquants pour constituer le forfait hebdomadaire, débute le jour de la sortie d'hospitalisation soit le lundi 28 mai et s'achève le vendredi 1^{er} juin (L, M, M, J, V). Le forfait hebdomadaire ainsi constitué est facturable à compter du 2 juin. Le début de la nouvelle semaine de traitement est le samedi 2 juin.

III. B. 2. Gestion des situations particulières

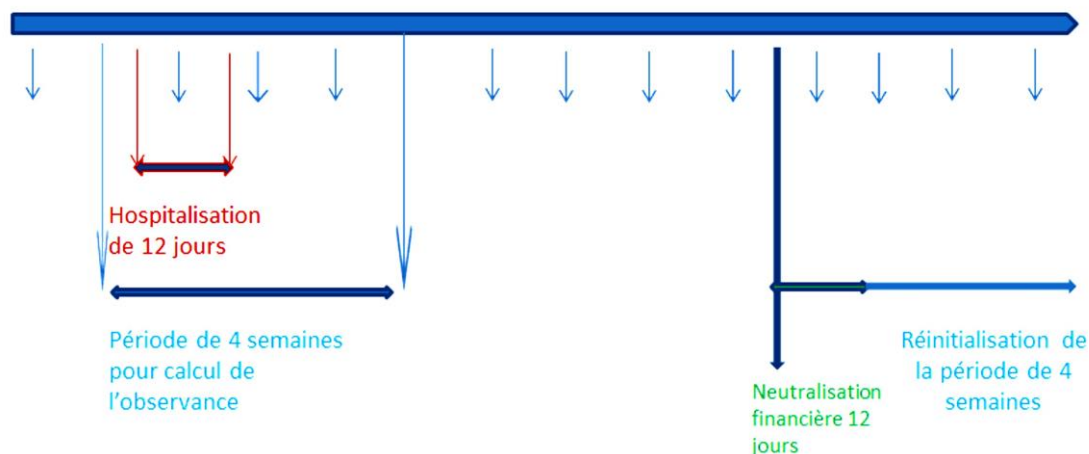
III. B. 2. a. Cas où l'hospitalisation du patient est connue a posteriori

Dans les cas où le prestataire ou le pharmacien est avisé de l'hospitalisation de l'assuré après l'échéance de celle-ci et où il a facturé au titre de la LPP la période correspondant à l'hospitalisation, celle-ci doit être neutralisée dans la facturation future selon les modalités suivantes :

- le prestataire ou le pharmacien signale à la caisse de l'assuré, dès qu'il en a connaissance, les dates d'hospitalisation de ce dernier ;
- il recalcule le nombre de semaines facturables, après déduction de la période d'hospitalisation, et précise à l'organisme le trop-perçu : le nombre de semaines devant être déduites et le montant total correspondant ;
- il informe l'organisme de la date à partir de laquelle sa facturation future sera réinitialisée selon les modalités suivantes :
 - ↳ à compter du lendemain de la dernière semaine de traitement facturé au moment où il a été informé a posteriori de l'hospitalisation, il interrompt toute facturation durant un nombre de jours de traitement égal au nombre de jours d'hospitalisation constaté,
 - ↳ au terme de cette période de neutralisation de sa facturation, la nouvelle périodicité hebdomadaire débute,

- il est dispensé d'annuler ses facturations pour l'ensemble de la période facturée au cours de laquelle l'hospitalisation a eu lieu. Les montants perçus à tort ne sont pas restitués à la caisse. Le prestataire ou le pharmacien les déduit de sa facturation ultérieure des prestations qui n'ont pas encore fait l'objet de feuilles de soins envoyées aux caisses.

Dans l'hypothèse où la facturation de périodes au titre de la LPP durant l'hospitalisation d'un assuré est détectée par la caisse de ce dernier, elle en avise le prestataire ou le pharmacien qui applique alors les modalités rectificatives ci-dessus décrites.



La gestion des données d'observance en cas d'hospitalisation est alignée sur la facturation. A partir de la date de la dernière semaine de traitement facturée au moment où l'information relative à l'hospitalisation passée du patient lui parvient, le prestataire ou le pharmacien décompte les jours d'observance correspondant à la période d'hospitalisation.

Le recueil des données d'observance nécessaire à la facturation future s'en trouve donc décalé d'un nombre de jours de traitement égal au nombre de jours d'hospitalisation. La nouvelle périodicité présidant au recueil des données d'observance pour les facturations futures débute ensuite parallèlement à la nouvelle périodicité de la facturation.

- ***Les feuilles de soins déjà présentées au remboursement avant la date à laquelle le prestataire ou le pharmacien a été informé de l'hospitalisation du patient ne sont pas remises en cause.***

III. B. 2. b. Gestion des périodes d'hospitalisation en cas de relevé semestriel en 2018

Une mesure spécifique et temporaire doit être appliquée aux cas d'hospitalisation durant l'année 2018 des patients relevant des forfaits NT1, NT2 et NT3 dont l'observance est contrôlée par le relevé semestriel des données.

Les compteurs des appareils devront permettre, à compter du 1^{er} janvier 2019, d'avoir une connaissance de l'observance au jour le jour. Les industriels se sont engagés vis-à-vis du Comité Economique des Produits de Santé à respecter cette échéance.

En attendant, lorsque le prestataire ou le pharmacien a connaissance a posteriori de l'hospitalisation de son patient durant une période de 6 fois 28 jours, afin de déterminer le forfait applicable durant la période de 6 fois 28 jours suivante, il procède comme suit :

- ↪ à partir du total d'heures d'observance constaté sur l'ensemble de la période écoulée, il calcule le nombre d'heures d'observance quotidien moyen durant cette période,
- ↪ à partir de cette moyenne, il calcule le nombre d'heures d'observance correspondant aux journées d'hospitalisation,
- ↪ il déduit ce nombre d'heures ayant trait aux jours d'hospitalisation du total d'heures relevé pour l'ensemble de la période.

Ensuite, les modalités rectificatives de facturation en cas d'hospitalisation exposées ci-dessus s'appliquent.

III. C. La fin du traitement

Dans tous les cas où le traitement prend fin au cours d'une semaine de traitement facturable, le tarif de responsabilité n'étant pas divisible, il est considéré comme dû intégralement, quel que soit le nombre de jours au cours desquels le traitement a effectivement été dispensé.

La fin du traitement, quel qu'en soit le motif, est l'unique cas dans lequel la semaine commencée est due.

- ***Ces règles de gestion des périodes d'hospitalisation et de fin de traitement sont applicables à toutes les facturations au long cours établies sur la base d'une tarification sous la forme de forfaits hebdomadaires : toute location de matériel médical et toute prestation de traitement à domicile figurant au Titre I de la LPP.***

De nouvelles instructions seront adressées aux organismes de l'Assurance Maladie en fonction des questions qui seront soulevées par l'application de cette nouvelle nomenclature.

Annexes :

1. Arrêté du 13 décembre 2017
2. Représentation graphique de l'agencement des forfaits PPC adulte