

CIRCULAIRE

CIR-85/2005

Document consultable dans Médi@m

Date :

23/08/2005

Domaine(s) :

Risques maladie

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

Objet :

LPP - ETI - arrêté du 9 mai 2005 (JO du 26 mai 2005) relatif aux conditions de remboursement aux établissements de santé des produits et prestations.

Liens :

Circ DDRI 102/2000
 Circ DDRI 72/2001

Plan de classement :

25202

Emetteurs :

DRM DFC DAR

Pièces jointes :

à Mesdames et Messieurs les

<input checked="" type="checkbox"/> Directeurs	<input checked="" type="checkbox"/> CPAM	<input type="checkbox"/> CRAM	<input type="checkbox"/> URCAM
	<input type="checkbox"/> UGECAM	<input checked="" type="checkbox"/> CGSS	<input type="checkbox"/> CTI
<input type="checkbox"/> Agents Comptables			
<input type="checkbox"/> Médecins Conseils	<input type="checkbox"/> Régionaux	<input type="checkbox"/> Chef de service	
	<input type="checkbox"/> Médecin Chef de la Réunion		

Pour mise en oeuvre immédiate

Résumé :

Un arrêté du 9 mai 2005 (JO du 26 mai 2005) pris en application de l'article L. 165-7 du CSS, fixe à 50 % le niveau du remboursement du différentiel entre le montant facturé par l'établissement de santé et le tarif de responsabilité du produit ou de la prestation figurant sur la liste prévue à l'article L.162-22-7.

Mots clés :

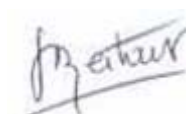
LPP-ETI

Pour le Directeur
des Finances et de la Comptabilité



Jacques LE GALL

Pour la Directrice
de l'Animation du Réseau



Simone RESTOUT

Pour le Directeur
Délégué aux Risques



Christian SCHOCH

CIRCULAIRE : 85/2005

Date : 23/08/2005

Objet : LPP - ETI - arrêté du 9 mai 2005 (JO du 26 mai 2005) relatif aux conditions de remboursement aux établissements de santé des produits et prestations.

Affaire suivie par :

Sandrine AUJOUX-DE-MATOS – (réglementation LPP)	☎ 01.72.60.10.68
Xavier ROMULUS – (réglementation hospitalisation)	☎: 01.72.60.24.07
Marina POUJOULY – (direction des finances et de la comptabilité) -	☎ 01.72.60.19.13
Nathalie HERSENT – (maîtrise d'ouvrage codage)	☎: 01.72.60.16.97
Martine BLUTEAU – (maîtrise d'ouvrage production)	☎: 01.72.60.11.72

Par circulaire du 10 août 2000, la CNAMTS attirait l'attention des caisses sur l'article L. 165-7 du Code de la Sécurité Sociale et sur l'arrêté du 6 juillet 2000 (annulé par le conseil d'Etat en octobre 2001 pour vice de procédure et remplacé par un nouvel arrêté en date du 29 avril 2002) pris en son application.

En effet, cette disposition législative issue de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2000, a modifié les règles de remboursement des dispositifs médicaux inscrits, à l'époque, au TIPS, délivrés par les cliniques privées à des patients hospitalisés.

Il est dans ce cadre prévu que lorsque le montant facturé est inférieur au tarif de responsabilité du dispositif médical visé, et qu'une remise identifiable consentie à la clinique par son fournisseur apparaît sur la facturation présentée au remboursement, la clinique est remboursée du montant de la facture et d'une partie de l'écart entre le montant facturé et le tarif de responsabilité. Les arrêtés du 6 août 2000 puis du 29 avril 2002 ont fixé la liste des dispositifs médicaux concernés ainsi que le niveau de la part reversée à la clinique à 80 % de l'écart.

Le code nature de prestation dénommé "ETI", identique pour l'ensemble des dispositifs médicaux concernés a été créé spécifiquement afin d'une part, de traiter l'écart indemnisable en tarification et d'autre part, de suivre les dépenses générées par le remboursement de celui-ci.

Dans le cadre de la mise en place de la tarification à l'activité (TAA), la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2004 a modifié le champ de l'article L. 165-7. Le nouvel arrêté en date du 9 mai 2005 (JO du 10 mai 2005) pris en application de cet article a, par ailleurs, modifié le niveau de la part reversé à l'établissement de santé en cas de remise déclarée. Cette part passe, en effet, de 80 % à 50 %.

L'ensemble de ces éléments justifie que soit exposé aux caisses le nouveau cadre de la prise en charge des dispositifs médicaux et produits facturés en sus des prestations d'hospitalisation.

1. Le champ des produits et dispositifs médicaux concernés

Les produits et dispositifs médicaux désormais visés par l'article L. 165-7 sont ceux figurant sur la liste prévue à l'article L. 162-22-7 du Code de la Sécurité Sociale (liste TAA). Un arrêté du 2 mars 2005 (JO du 10 mai 2005), pris en application de cette disposition légale, fixe, dans ses annexes 1 et 2, la liste des produits et dispositifs médicaux pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation pour les établissements de santé soumis à la tarification à l'activité. Il s'agit exclusivement, en l'état actuel de la liste TAA relative aux dispositifs médicaux, des dispositifs médicaux implantables inscrits au Titre III de la LPP.

L'annexe 1 fixe la liste des dispositifs médicaux implantables pouvant être facturés en sus par les établissements de santé visés à l'article L. 162-22-6 du Code de la Sécurité Sociale. Il s'agit des établissements de santé publics et privés anciennement financés par la dotation globale et des établissements privés à but lucratif exerçant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

L'annexe 2 fixe la liste des dispositifs médicaux implantables pouvant être facturés en sus par les établissements de santé visés aux d) et e) de l'article L. 162-22-6. Il s'agit des établissements de santé privés sous contrat ARH et des établissements de santé privé hors contrat exerçant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

Le champ des dispositifs médicaux implantables pouvant être facturés en sus par les cliniques privées est ainsi plus large que celui des établissements publics, dans l'attente d'une harmonisation des modalités de financement de ces dispositifs pour ces deux catégories d'établissements.

Il convient de rappeler que pour les établissements publics, la facturation en sus des GHS n'est pas encore d'actualité. En effet, les dépenses afférentes aux dispositifs médicaux implantables pour les établissements publics font l'objet, en 2005, d'un état trimestriel de dépenses globales qui est transmis à l'ARH, à charge pour celle-ci de notifier à la caisse primaire, les montants à verser (cf. arrêté du 30 mai 2005, JO du 2 juin 2005).

2. La facturation

2.1 - Date à prendre en compte pour l'application de l'arrêté

L'arrêté du 9 mai 2005 (JO du 10 mai) est entrée en vigueur le 11 mai 2005, conformément à l'article 1^{er} du code civil. La facturation en sus des forfaits de séjour et de soins GHS ne concernant actuellement que les dispositifs médicaux implantables, la date à prendre en compte est celle du jour d'implantation du dispositif (date renseignée dans le champ "date d'implantation" du bordereau de facturation).

2.2 – Pièces justificatives

2.2.1 – *Bordereau de facturation (S3404)*

Afin d'assurer le suivi des produits ou dispositifs médicaux présentés au remboursement avec un prix remisé (soumis à un écart indemnisable), la facturation intervient comme auparavant sur deux lignes, dans la partie médiane zone 3 "facturation des produits LPP et des spécialités pharmaceutiques" du bordereau (cf. annexe).

2.2.2 – *Facture individuelle relative au produit ou au dispositif médical*

Conformément à la lettre réseau 46/2005 du 12 juillet 2005, prise en application d'une instruction ministérielle, et à titre dérogatoire, les factures individuelles relatives aux produits ou aux dispositifs médicaux mentionnés à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité Sociale facturés en sus du GHS ne doivent plus être jointes simultanément au bordereau de facturation S 3404. En effet, ces pièces justificatives sont depuis le 1^{er} juillet 2005, conservées par les cliniques et mises à disposition des caisses primaires..

3. Modalités d'application du taux de remboursement

Comme précisé par circulaire du 6 juin 2001, la rémunération qui découle de l'ETI doit être distinguée du remboursement du dispositif médical. Cette rémunération intervient, en effet, en plus de la prise en charge de ce dispositif médical sans pouvoir être confondue à cette dernière. Elle concerne l'établissement de santé et l'Assurance maladie, l'assuré n'est pas concerné par cette mesure. Les règles générales relatives au ticket modérateur ne sont donc pas applicables en l'espèce.

L'ETI doit en conséquence être égal à la différence entre 100 % du tarif de responsabilité visé et le prix effectivement facturé avant application du taux de remboursement à ce dernier.

Le ticket modérateur ne s'applique pas à l'écart ainsi calculé. L'assurance maladie prend donc en charge 100 % de l'écart (limité à 50 % du différentiel prix/tarif) revenant à l'établissement de santé.

4. Liquidation

Les modalités de liquidation restent inchangées par rapport à celles référencées dans la circulaire DDRI 102/2000, DAR 9/2000 et AC 36/2000. Pour rappel, ces modalités figurent en annexe.

ANNEXE

CONSIGNE DE REMPLISSAGE

A – bordereau de facturation S 3404

Dès lors que le prix du dispositif facturé est inférieur au tarif de responsabilité, la facturation doit intervenir sur deux lignes comme suit :

- La première ligne identifie le produit ou le dispositif médical facturé. Il doit dans ce cadre être fait mention du code nature de prestation (PII ou PME), du code référence LPP, du libellé de nomenclature, du tarif de responsabilité, de la quantité délivrée et du montant facturé.
- La seconde ligne de facturation permet d'identifier le montant de l'écart indemnisable (différentiel tarifaire entre le tarif de référence et le prix facturé) en vue du remboursement intervenant à hauteur de 50 % de ce montant. Il doit dans ce cadre être fait mention du code nature prestation ETI, de la quantité relative à l'ETI (renseignée à la valeur 1 par défaut) et du montant total facturé de l'ETI.

La colonne "tarif de référence ou prix unitaire" porte le montant de l'ETI :

(tarif de responsabilité – prix facturé) X 50 %

Exemple :

Pour deux chambres à cathéter dont le taux de prise en charge est 100 % facturées par le fournisseur 150 € l'unité et dont le tarif de responsabilité est de 182,94 €, l'ETI est calculé ainsi = $((182,94-150) \times 2) \times 50 \% = 32,94 \text{ €}$:

Transfert	Mode de traitement	prestation	N° de GHS	N° d'identification prescripteur	Date de prescription	Date d'implantation	libellé	code	Tarif de référence ou prix unitaire	Quantité	Montant facturé	Code exo
		PII					(cf. LPP)	3140925	182,94 €	2	300 €	
		ETI								1	32,94 €	

B - Flux B2

Les établissements doivent télétransmettre l'ETI en utilisant la norme B2 **type 3** norme CP.

En télétransmission (Norme B2 CP), la facturation d'un dispositif médical LPP du titre III dont le prix d'achat est inférieur au Tarif de Référence, s'effectue sous le code nature prestation PII ou PME associé au code nature prestation ETI, comme suit :

- ✓ Un enregistrement type 3 :
 - code nature prestation : PII
 - Prix unitaire "position 76-82" = Somme des montants facturés des types 3 F
 - Base de remboursement "position 83-90" = Somme des montants facturés des types 3 F = Prix unitaire "position 76-82"
 - quantité = 1

- ✓ Suivi d'un enregistrement de type 3 F (codage affiné LPP)
 - code référence LPP 1 (Titre III)
 - Tarif de référence : Tarif de référence unitaire du code LPP
 - Quantité : 5
 - Montant total facturé (position 79-85): (Prix d'achat unitaire ou Tarif de référence unitaire)* la quantité (5)
 - code référence LPP 2 (Titre III)
 - Tarif de référence : Tarif de référence unitaire du code LPP
 - Quantité : 3
 - Montant total facturé (position 79-85): (Prix d'achat unitaire ou Tarif de référence unitaire)* la quantité (3)

Si les 2 codes LPP sont liquidés sous le code nature prestation PII, un second enregistrement type 3 comprendra la somme des montants des écarts indemnisables, comme suit :

Second enregistrement type 3 :

- code nature prestation : ETI
- Prix unitaire "position 76-82" = Somme des montants facturés des types 3 F (soit sommes des ETI = (Tarif de référence code LPP1 - prix d'achat TTC code LPP1) * 0,50 * quantité code LPP1] + (Tarif de référence code LPP2 - prix d'achat TTC code LPP2) * 0,50 *quantité code LPP2] ...
- Base de remboursement "position 83-90" = Somme des montants facturés des types 3 F = Prix unitaire
- quantité = 1

Les caisses sont invitées à informer les établissements de santé de leur circonscription de ces nouvelles dispositions.