

Nouvelle Convention nationale des Prestataires de produits et prestations remboursables

Pourquoi rencontrer les établissements de santé?

- g Forte augmentation des dépenses de la LPP

**Dépenses LPP en 2015 (montant remboursé)* : 4,6Md€
+ 5,63% (2014/2015)**

- g Etablissements sont à l'origine de nombreuses prescriptions de LPP (pansements, oxygénothérapie, perfusion, nutrition entérale ou parentérale, prestations de maintien à domicile...)
- g Nombreux prestataires LPP présents et actifs dans les établissements
- g Nouvelle convention des prestataires LPP

* LPP'AM -2006-2015

La convention

Principes généraux

- Assurer l'accès à des **prestations de qualité**
- Satisfaire aux **exigences d'efficience des soins**, de transparence des conditions de dispensation des prestations et de **maîtrise des dépenses** d'assurance maladie
- Définir les modalités de facturations: dispense d'avance des frais,
- Mettre en place le suivi de l'application de la convention

La convention

Pratiques professionnelles

Relations avec les patients

- Libre choix du prestataire par le patient
(pharmacien ou fournisseur)
- Devoir général d'information du patient (et des équipes soignantes) sur les conditions de prise en charge des prestations dispensées
- Respect de la dignité et de l'intimité du patient et de son entourage

La convention Pratiques professionnelles

Bonnes pratiques

Intégration d'un ensemble d'obligations de bonnes pratiques de dispensation qui consistent notamment pour le prestataire à s'interdire:

La convention:

Les pratiques interdites

- ▶ La mise à disposition gratuite ou onéreuse de matériels et équipements ou de personnel au profit d'une structure hospitalière.
- ▶ La rémunération ou l'indemnisation, sous quelque forme que ce soit, des praticiens ou auxiliaires médicaux exerçant au sein des établissements de soins et des établissements médico-sociaux ou ayant une activité libérale.
- ▶ L'encouragement des professionnels de santé à prescrire ou à renouveler une prestation

La convention: Les pratiques interdites

- ▶ La rédaction et la diffusion de prescriptions médicales initiales ou de renouvellement pré-remplies à l'intention du prescripteur.
- ▶ L'incitation du prescripteur à orienter vers lui sa patientèle au mépris de la liberté de choix de l'assuré
- ▶ De demander au patient de renouveler systématiquement son matériel dès l'échéance de la durée minimale de renouvellement prévue par la LPP

La convention

Pratiques professionnelles

Relations avec les professionnels de santé

Interdiction de rédaction ou de diffusion de prescription médicale pré-remplie à l'intention du prescripteur (ordonnance initiale ou de renouvellement)

NB: Lorsque la prise en charge d'un produit ou d'une prestation est subordonnée à la procédure d'accord préalable, la demande doit être établie par le prescripteur sur l'imprimé national en vigueur

La convention

Pratiques professionnelles

Relations avec les professionnels de santé

Les modèles types de prescription peuvent être diffusés aux prescripteurs par les caisses d'assurance maladie.

=> L'usage de ces modèles est réservé aux médecins

Modèles diffusés par arrêté:

- la perfusion
- l'oxygénothérapie à long terme
- les prothèses mammaires externes

Modèles de prescriptions

Oxygénothérapie à long terme

Date de la prescription: |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

Nom et prénom du patient:

Date de naissance: |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

Poids: |_|_|_| kg

(Cocher les mentions appropriées ou nécessaires [r])

<input type="checkbox"/> 1 ^{re} PRESCRIPTION (3 MOIS)	<input type="checkbox"/> UNE SOURCE MOBILE A ÉTÉ MISE À DISPOSITION POUR LA TITRATION
<input type="checkbox"/> RENOUELEMENT (DURÉE ≤ 1 AN)	
<input type="checkbox"/> MODIFICATION DES RÉGLAGES	
CHOIX DES SOURCES D'OXYGÈNE	
<input type="checkbox"/> Oxygénothérapie de longue durée quotidienne	
sans déambulation ou avec déambulation < 1 h par jour	
1, Débit au repos ≤ 5 L/min	
<input type="checkbox"/> Concentrateur fixe ayant un débit maximal de 5 L/min	
+/- bouteilles d'O ₂ gazeux de petite taille pour déambulation <input type="checkbox"/>	
+/- source d'oxygène de secours apportant le débit nécessaire au patient (bouteille d'O ₂ gazeux de secours ou autre - à l'exception de l'oxygène liquide) <input type="checkbox"/>	
2, Débit au repos > 5 L/min et ≤ 9 L/min	
<input type="checkbox"/> Concentrateur fixe ayant un débit maximal de 9 L/min	
+/- bouteilles d'O ₂ gazeux de petite taille pour déambulation <input type="checkbox"/>	
+/- source d'oxygène de secours apportant le débit nécessaire au patient (bouteille d'O ₂ gazeux de secours ou autre - à l'exception de l'oxygène liquide) <input type="checkbox"/>	
3, Débit au repos > 9 L/min <input type="checkbox"/>	
Oxygène liquide, réservoir fixe	
+/- réservoir portable d'oxygène liquide pour déambulation <input type="checkbox"/>	
+/- source d'oxygène de secours apportant le débit nécessaire au patient (bouteille d'O ₂ gazeux de secours ou autre) <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Oxygénothérapie de longue durée quotidienne	
avec déambulation > 1 h par jour	
1, Déambulation en mode pulsé ou en mode continu avec débit ≤ 3 L/min	2, Déambulation en mode continu avec débit > 3 L/min
<input type="checkbox"/> Concentrateur fixe ayant un débit maximal de 5 L/min, associé à un concentrateur mobile	<input type="checkbox"/> Système de remplissage de bouteilles d'oxygène utilisant un concentrateur fixe et un compresseur ou un concentrateur fixe et un concentrateur/compresseur
<input type="checkbox"/> Système de remplissage de bouteilles d'oxygène utilisant un concentrateur fixe et un compresseur ou un concentrateur fixe et un concentrateur/compresseur	<input type="checkbox"/> Oxygène liquide (*)
<input type="checkbox"/> Oxygène liquide (*)	+/- source d'oxygène de secours apportant le débit nécessaire au patient (bouteille d'O ₂ gazeux de secours, ou autre) <input type="checkbox"/>
+/- source d'oxygène de secours apportant le débit nécessaire au patient (bouteille d'O ₂ gazeux de secours, ou autre) <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Oxygénothérapie de déambulation exclusive	
1, Déambulation en mode pulsé ou en mode continu avec débit ≤ 3L/min	2, Déambulation en mode continu avec débit > 3 L/min
<input type="checkbox"/> Concentrateur mobile	<input type="checkbox"/> Système de remplissage de bouteilles d'oxygène utilisant un concentrateur fixe et un compresseur ou un concentrateur fixe et un concentrateur/compresseur
<input type="checkbox"/> Système de remplissage de bouteilles d'oxygène utilisant un concentrateur fixe et un compresseur ou un concentrateur fixe et un concentrateur/compresseur	<input type="checkbox"/> Oxygène liquide (*)

r 1re PRESCRIPTION (3 MOIS)
r RENOUELEMENT (DURÉE ≤ 1 AN)
r MODIFICATION DES RÉGLAGES

r UNE SOURCE MOBILE A ÉTÉ MISE À DISPOSITION
POUR LA TITRATION

(*) L'oxygène liquide est réservé aux patients dont les besoins ne peuvent être couverts par les solutions alternatives.

DÉBIT - RÉGLAGES

Durée d'oxygénothérapie quotidienne:

pour la source fixe: h/j.....

pour la source mobile): h/j.....

Total sources (fixe + mobile): h/j

Débit d'oxygène au repos pour la source fixe:

L/min.....

Réglage ou débit d'oxygène pour la déambulation (après titration)

r Mode pulsé

r Concentrateur mobile

r Bouteilles d'oxygène

r Système de remplissage de bouteilles d'oxygène utilisant un concentrateur fixe et un compresseur (*) *Le prescripteur doit s'assurer que la prescription du matériel choisi permet effectivement la fourniture d'un débit d'oxygène suffisant pour le patient en cas d'utilisation simultanée des deux fonctions de concentrateur et de stockage de l'oxygène.*

Préciser le nom du produit (**):

et le réglage correspondant (position, mesure...):

- au repos :

- à l'effort:

(**) *Compte tenu de l'hétérogénéité des systèmes de réglage du mode pulsé d'un produit à l'autre, la mention du nom du produit a pour objet de permettre au destinataire de la prescription d'apprécier précisément la mesure.*

r **Mode continu**

Préciser les débits:

Au repos :

A l'effort :

Portabilité(s) de la source mobile:

r sur chariot (transportable)

r en bandoulière (portable)

INTERFACES

r Lunette à oxygène

r Masque à oxygène à moyenne concentration

- Masque à oxygène à haute concentration

r Masque à oxygène VENTURI

r Sonde nasale à oxygène

r Cathéter transtrachéal à oxygène

Modèles de prescriptions

Prothèse mammaire externe

Date de la prescription: _ _ / _ _ / _ _ _ _ Nom et prénom de la patiente: Date de naissance: _ _ / _ _ / _ _ _ _ Poids: _ _ _ kg
Sein concerné par la prescription (une prescription par prothèse mammaire): <input type="checkbox"/> sein gauche <input type="checkbox"/> sein droit
Indication <input type="checkbox"/> après une mastectomie totale ou partielle; <input type="checkbox"/> asymétrie congénitale ou acquise; <input type="checkbox"/> hypoplasie majeure ou aplasie.
Historique de prescription de prothèse mammaire externe <input type="checkbox"/> 1 ^{ère} prescription de prothèse mammaire externe <input type="checkbox"/> renouvellement de prescription de prothèse mammaire externe (après prothèse transitoire) <input type="checkbox"/> renouvellement de prescription de prothèse mammaire externe (après prothèse en silicone)
En cas de mastectomie: Date de la mastectomie: _ _ / _ _ / _ _ _ _ Type de mastectomie <input type="checkbox"/> Mastectomie partielle <input type="checkbox"/> Mastectomie totale
Symptômes présentés par la personne (cochez la case si la personne est concernée) <input type="checkbox"/> la peau est fragilisée par une radiothérapie, <input type="checkbox"/> la cicatrice est hyperesthésique <input type="checkbox"/> la qualité de la cicatrice est irrégulière <input type="checkbox"/> la patiente présente des adhérences cicatricielles <input type="checkbox"/> il y a présence ou risque d'oedème ou de lymphoedème <input type="checkbox"/> la patiente présente des douleurs cervicales ou dorsales <input type="checkbox"/> la patiente est sujette à des bouffées de chaleur ou à une hypersudation
une prothèse mammaire externe est prescrite: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
[CACHET DU MÉDECIN]

Modèles de prescriptions

Perfusion

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION DE PERFUSION À DOMICILE (VILLE OU HÔPITAL)

COCHER LES CASES CORRESPONDANTES DU FORMULAIRE		PATIENT	
Date de la prescription : [][][][][][][][][][][][][][][][][]		Nom : _____ Prénom : _____	
<input type="checkbox"/> Initiation d'une perfusion à domicile		Date de naissance : [][][][][][][][][][][][][][][][][]	
<input type="checkbox"/> Renouvellement ou modification		Poids (en Kg) : [][][][][][][][][][][][][][][][][]	
		N° d'assuré : [][][][][][][][][][][][][][][][][] <input type="checkbox"/> Soins en rapport avec une ALD	
IDENTITÉ DU PRESCRIPTEUR		STRUCTURE D'EXERCICE DU PRESCRIPTEUR (cabinet, étude ou centre de santé)	
Nom : _____		Raison sociale : _____	
Prénom : _____		Adresse : _____	
Téléphone : [][][][][][][][][][][][][][][][][]		N° Finess** géographique : [][][][][][][][][][][][][][][][][]	
Identifiant RPPS* : [][][][][][][][][][][][][][][][][] [voir notice]		N° AM*** : [][][][][][][][][][][][][][][][][]	
<small>*(répertoire partagé des professionnels de santé)</small>		<small>** (fichier national des établissements Sanitaires et Sociaux) *** (numéro assurance maladie du prescripteur)</small>	

DESTINATAIRES et/ou OBJET	PATIENT	VILLE		HÔPITAL (HAD)
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 1 Produits à perfuser : Pharmacies d'officine ou hospitalier	<input type="checkbox"/> 2 2 Prestation(s) et dispositifs médicaux : Prestataire ou Pharmacie d'officine	<input type="checkbox"/> 2 3 Copie pour information : <input type="checkbox"/> 3 Infirmer libéral en charge des soins <input type="checkbox"/> 3 Hospitalisation à domicile (HAD)

Pour une perfusion « en ville », 4 exemplaires du formulaire sont édités et signés avec le coche de la case du destinataire correspondant (cf. 1, 2.1, 2.2, et 2.3 ci-dessus).

Si la perfusion s'opère dans le cadre de l'HAD, 2 exemplaires sont édités et signés avec le coche de la case du destinataire correspondant (cf. 1 et 3 ci-dessus).

Un patient qui nécessite des soins complexes et multidisciplinaires relève exclusivement de l'hospitalisation à domicile.

Une chimiothérapie réalisée avec l'appui d'un prestataire doit se faire conformément aux dispositions de l'arrêté du 12.12.2004 fixant les conditions d'utilisation des anticancéreux injectables inscrits sur la liste « rétrocession » prévue à l'article L5126-4 du code de la santé publique.

PRODUIT À PERFUSER n°1	Dénomination du produit - dosage (concentration), posologie (débit en ml/h ou mg/h), solvant, ... (un médicament réservé à l'usage hospitalier et non inscrit à la liste dite « rétrocession » ne peut être administré à domicile que dans le cadre d'une HAD).	Voie d'abord	Mode d'administration
	Durée d'administration d'une perfusion : ([] heure(s)) [] minutes	Nombre total de perfusions : [] Fréquence de la []... [] jour ou des perfusions : [] par... [] semaine ou [] mois	<input type="checkbox"/> Veineuse centrale (VC) : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> chambre implantable <input type="checkbox"/> cathéter central <input type="checkbox"/> cathéter central à insertion périphérique <input type="checkbox"/> Péri-nerveuse <input type="checkbox"/> Veineuse périphérique <input type="checkbox"/> Sous-cutanée
Date de début de la cure : [][][][][][][][][][][][][][][][][]	Date de fin de la cure : [][][][][][][][][][][][][][][][][] ou Durée de la cure : [] jours	<input type="checkbox"/> Entretien intercare : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> VC sauf PICC LINE <input type="checkbox"/> cathéter central à insertion périphérique (PICC LINE) 	<input type="checkbox"/> Transfuseur (transfusion de produits sanguins labiles en Été de transfusion sanguine) <p style="font-size: small;"><i>Si le traitement est à perfuser SEUL, cocher la case : <input type="checkbox"/></i></p>

Est défini ci-dessus la cure d'un autre produit à perfuser, ou le nouveau cycle de cure d'un produit déjà renseigné :

PRODUIT À PERFUSER n°2	Dénomination du produit - dosage (concentration), posologie (débit en ml/h ou mg/h), solvant, ... (un médicament réservé à l'usage hospitalier et non inscrit à la liste dite « rétrocession » ne peut être administré à domicile que dans le cadre d'une HAD).	Voie d'abord	Mode d'administration
	Durée d'administration d'une perfusion : ([] heure(s) et [] minutes	Nombre total de perfusions : [] Fréquence de la []... [] jour ou des perfusions : [] par... [] semaine ou [] mois	<input type="checkbox"/> Veineuse centrale (VC) : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> chambre implantable <input type="checkbox"/> cathéter central <input type="checkbox"/> cathéter central à insertion périphérique <input type="checkbox"/> Péri-nerveuse <input type="checkbox"/> Veineuse périphérique <input type="checkbox"/> Sous-cutanée
Date de début de la cure : [][][][][][][][][][][][][][][][][]	Date de fin de la cure : [][][][][][][][][][][][][][][][][] ou Durée de la cure : [] jours	<input type="checkbox"/> Entretien intercare : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> VC sauf PICC LINE <input type="checkbox"/> cathéter central à insertion périphérique (PICC LINE) 	<input type="checkbox"/> Transfuseur (transfusion de produits sanguins labiles en Été de transfusion sanguine) <p style="font-size: small;"><i>Si le traitement est à perfuser SEUL, cocher la case : <input type="checkbox"/></i></p>

COMMENTAIRE PRESCRIPTEUR	A la connaissance du prescripteur, le patient a-t-il bénéficié « en ville » d'une cure de perfusion à domicile ou de nutrition parentérale à domicile (NPAD) dans les 26 dernières semaines ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, si la (ou les) présente(s) perfusion(s) s'opère(nt) « en ville », un forfait dit de seconde installation pourra être pris en charge dans la limite d'un forfait de seconde installation par forfait de première installation, sous proximité immédiate de l'installation antérieure.
AUTRE CURE(S) DE PERF. OU NPAD	Le patient a-t-il une cure de perfusion à domicile ou de nutrition parentérale à domicile en cours « en ville » ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, si la (ou les) présente(s) perfusion(s) s'opère(nt) « en ville », le forfait d'accessoirs et de consommables prendra en compte l'ensemble des perfusions réalisées en fonction du mode d'administration.

Si d'autres cures de produits sont prescrites, compléter par un ou d'autre(s) formulaire(s).

SIGNATURE : _____

La convention

Modalités de facturation

- Possibilité de proposer la dispense d'avance de frais
- Transmission obligatoire de la copie de l'ordonnance pour obtenir la prise en charge des soins
- **Pendant l'hospitalisation d'un patient, aucune prise en charge ambulatoire d'une prestation de traitement à domicile ne peut être facturée**

La convention

Dispositif de maîtrise médicalisée des dépenses

1er thème de maîtrise médicalisée:

PRESSION POSITIVE CONTINUE

(Annexe 2 de la convention)

- Désormais, un prestataire peut légalement louer aux prescripteurs un appareil de polygraphie ou de polysomnographie; auquel cas un contrat doit être conclu entre les 2 parties (les caisses sont en droit de demander une copie du contrat)
- En revanche, toute participation du prestataire à la réalisation de l'acte est proscrite
- Le prestataire doit mettre en œuvre les moyens permettant de vérifier que le traitement est bien suivi

La convention

Pratiques professionnelles

Possibilité d'annexer à la convention des chartes de bonnes pratiques de dispensations (article 18 §3)

Certains **établissements** ont mis en place une **charte de bonnes pratiques** dans le but d'établir une liste d'engagements que le prestataire de santé à domicile s'oblige à mettre en œuvre afin d'instaurer une relation de confiance entre lui et l'établissement de santé.

→ Le respect de cette charte permet au prestataire de solliciter auprès de l'établissement un **agrément** qui lui permettra de se rapprocher des unités de soins sous certaines conditions.