

GUIDE de la LPPr

POUR LES

DEBUTANTS



Elaboré par

Euro-Pharmat

2 rue viguerie

31059 Toulouse 09

www.euro-pharmat.com



Table des matières...

1	Généralités.....	3
1.1	Définition de la LPPr.....	3
1.2	Règles d’inscription sur la LPPr	3
2	La LPPr et le titre III à l’hôpital	4
2.1	La T2A à l’hôpital.....	4
2.2	Règles de financement des DM	4
2.2.1	En hospitalisation	4
2.2.2	En consultation	5
2.3	Remboursement “en sus des GHS” des DM du titre III ou V de la LPPr	5
2.4	Remboursement et contrat CAQES.....	5
3	Tarif de remboursement par l’Assurance Maladie	6
4	Glossaire	8

1 Généralités

1.1 Définition de la LPPr

La LPPr, aussi appelée LPP, est la **Liste des Produits et Prestations remboursables** par l'Assurance Maladie (cf. site AMELI www.ameli.fr)

La LPPr est constituée de 5 titres :

- Titre I : DM pour traitements, aides à la vie, aliments, pansements et prestations associées
- Titre II : Orthèses et prothèses externes
- Titre III : Dispositifs médicaux implantables, implants et greffons tissulaires d'origine humaine
- Titre IV : Véhicules pour handicapés physiques
- Titre V : dispositifs médicaux invasifs à usage individuel, utilisés par un médecin pour ou pendant la réalisation d'un acte professionnel, au cours d'une hospitalisation ou en environnement hospitalier.

Les remboursements des produits et prestations des titres I, II et IV relèvent principalement de la médecine de ville, les titres III et V en majorité des établissements de santé publics ou privés (il n'y a pas de prestations prévues dans ces titres).

1.2 Règles d'inscription sur la LPPr

Pour qu'il devienne remboursable, le fabricant du DM marqué CE effectue la demande d'une inscription sur la LPPr. L'inscription se traduit par l'attribution d'un tarif nommé par l'assurance maladie « tarif de responsabilité » sur la base duquel elle applique ses taux de remboursement. L'article **L-165-1** du Code de la Sécurité Sociale définit les règles d'inscription sur la LPPr. Cette liste est établie après avis d'une commission de la Haute Autorité de Santé, la CNEDIMTS, mentionnée à l'article L. 161-37.

L'inscription est effectuée :

- **Soit par la description générique** de tout ou partie du produit concerné (ex : [3187045 - EPAULE, TIGE HUMERALE STANDARD, MODULAIRE](#)). La ligne générique permet d'accéder à un tarif fixé. Le DM appartient à un groupe de produits déjà sur la liste. Il répond aux mêmes indications de prise en charge, le service attendu est identique, les spécifications techniques sont analogues. Pour certaines catégories, il est prévu une inscription sur une ligne générique renforcée (décret n°2015-1649 du 11 décembre 2015). Dans ce cas, la déclaration de conformité aux spécifications techniques est établie par un organisme compétent désigné à cet effet par l'ANSM et non simplement par le fabricant.
- **Soit sous forme de marque ou de nom commercial** (ex : [3126109 endoprothèse artérielle couverte, Gore, Viabahn](#)), qui permet d'obtenir un tarif supérieur de remboursement. Le fabricant doit apporter les preuves que le service attendu est suffisant pour son produit. Cette procédure

relève de deux commissions spécialisées : évaluation par la CNEDIMTS de l'HAS et tarif négocié par le CEPS.

La LPPr définit tout ou partie des éléments suivants :

- Les spécifications techniques
- Les indications
- Les conditions de réalisation (par exemple le type de salle, l'environnement d'utilisation)
- Le nombre de poses /an/praticien
- La qualification du prescripteur
- Le nombre de poses/an/centre (par exemple pour les prothèses de cheville)
- Le nombre d'implants/patient (par exemple pour les endoprothèses coronaires)
- La nécessité d'une demande d'entente préalable
- La réalisation d'une concertation multidisciplinaire (ou multiprofessionnelle) jusqu'à formalisation de type RCP
- Les modalités de prescription, par exemple une ordonnance d'exception (ex. prothèse discale Maverick) http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/formulaires/S3326.pdf

2 La LPPr et le titre III à l'hôpital

2.1 La T2A à l'hôpital

La tarification à l'activité (T2A) constitue le mode unique de financement pour les activités MCO des établissements de santé publics et privés. Le tarif de prise en charge de chaque activité est révisé chaque année par le ministère chargé de la santé via le mécanisme des GHS / GHM.

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permet de classer le séjour de chaque patient au sein d'un groupe homogène de malades (GHM) auquel est associé, un ou plusieurs groupe(s) homogène(s) de séjour (GHS). Ceux-ci conditionnent le tarif de prise en charge par l'Assurance Maladie.

2.2 Règles de financement des DM

2.2.1 En hospitalisation

Les dépenses afférentes aux dispositifs médicaux (DM) sont :

- **Soit intégrées dans les tarifs d'hospitalisation** à l'activité. Pour certains DM de caractère invasif ou présentant des risques pour la santé humaine ayant fait l'objet d'un arrêté ministériel (ex : stents intracrâniens, défibrillateurs cardiaques implantables avec ou sans sonde endocavitaire, valves cardiaques chirurgicales biologiques avec sutures), il existe une liste positive dite [liste « intra GHS »](#) (art. L165-11 du CSS) qui autorise leur achat, leur prise en charge et leur utilisation par les établissements de santé.

- **Soit prises en charge en sus des forfaits** (« liste en sus ») pour des DM (en théorie) innovants et couteux. Les DM en sus des GHS doivent être inscrits sur la LPPr et la liste en sus en application de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.
<http://www.atih.sante.fr/dispositifs-medicaux-pris-en-charge-en-sus>
- **Soit à la charge du patient**, s'il s'agit d'actes de confort (ex. implant ophtalmique multifocal) ou à visée esthétique (ex. prothèses mammaires hors reconstruction)



2.2.2 En consultation

Sur des séjours de type consultation, le remboursement des DM est possible à condition que la consultation soit identifiée APE pour acte de prestation externe. Exemples : télésurveillance cardiologique, processeur pour implant cochléaire, dispositif de comblement pour lipodystrophies, certaines prothèses phonatoires, ...

2.3 Remboursement "en sus des GHS" des DM du titre III ou V de la LPPr

Pour les patients ayant bénéficié de l'implantation d'un ou plusieurs DM inscrits sur la LPPr, l'établissement doit déclarer les codes LPP reliés aux séjours. Les informations doivent être transmises via FICHCOMP à l'ATIH.

Les dépenses associées aux séjours terminés sont valorisées puis l'établissement est remboursé sur la base des tarifs des prix d'achat. Le prix d'achat ne peut pas être supérieur au prix limite de vente (PLV) établi sur la liste. Si la dépense est supérieure au tarif, le remboursement se fait selon le tarif. Si le prix d'achat est inférieur au PLV, la moitié de l'écart tarifaire indemnisable (ETI) est reversée à l'établissement. L'autre moitié reste à l'assurance maladie.

Exemple stent coronaire nu : code LPP 3142930, Tarif LPPr : 450 € au 1/7/2017

Si prix d'achat : 400 €, le montant remboursé à l'établissement sera de : $400 + 25 = 425$ €

2.4 Remboursement et contrat CAQES

Le remboursement intégral à taux plein du DM est conditionné par le respect des conditions d'utilisation définies par la LPPr et des clauses relatives au bon usage prévues dans le contrat CAQES.

Pour faciliter l'encadrement du bon usage, Euro-Pharmat publie des référentiels de bon usage qui répertorient toutes les indications prévues à la LPPr, les exclusions, les modalités de prescriptions et d'utilisation, les indications non recommandées et les éléments scientifiques complémentaires de justification.

Le CAQES prévoit un suivi des indications des prescriptions hors LPPr. Il est demandé d'argumenter celles-ci dans le dossier du patient, ceux-ci pouvant faire l'objet d'audits internes, externes et de contrôles par l'Assurance Maladie. Des sanctions financières sont possibles en cas de non-respect des clauses prévues au CAQES.

3 Tarif de remboursement par l'Assurance Maladie

Le tarif de remboursement du produit ou de la prestation fait l'objet d'une négociation entre le Comité Economique des Produits de Santé (CEPS) (cf. chapitre 3) et le demandeur.

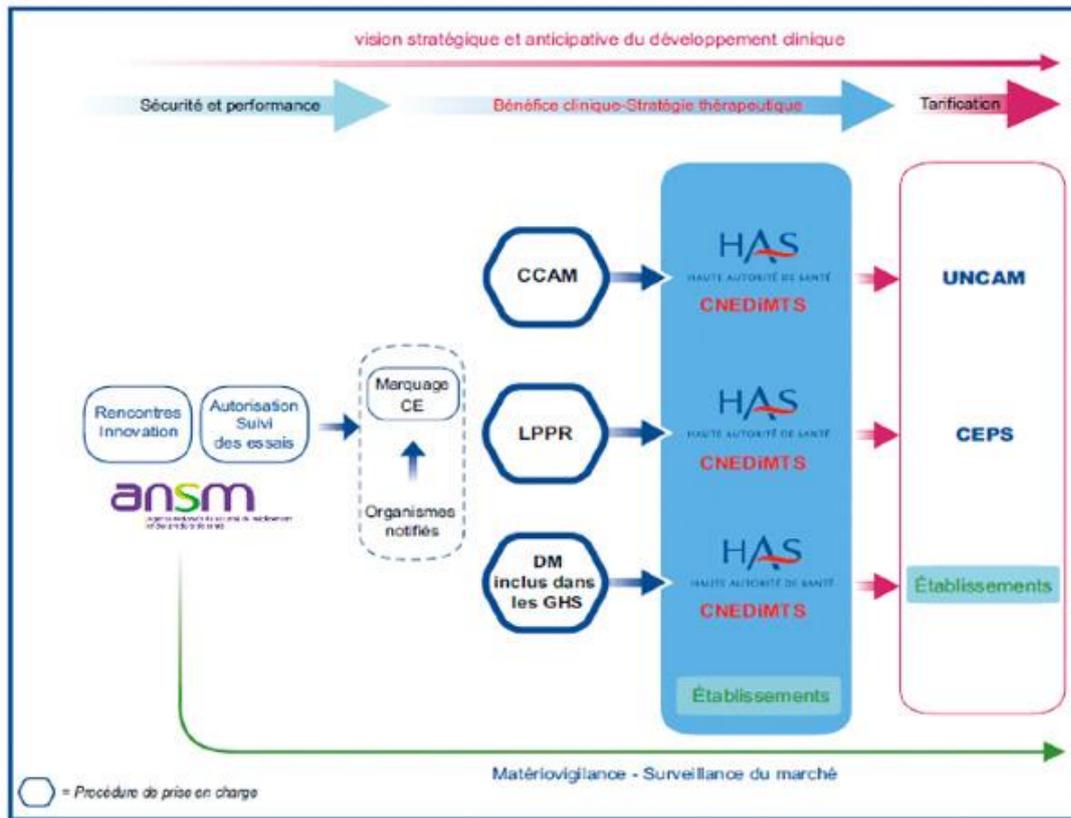
<http://social-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/ceps-comite-economique-des-produits-de-sante>

A chaque code LPPr correspond un tarif de responsabilité (TTC) et des dates de prise en charge. Le code LPP peut également prévoir un prix de cession (pour la ville) et un prix limite de vente.

Le CEPS peut fixer pour les DM, le montant des dépenses par la sécurité sociale au-delà duquel il peut baisser le prix ou le tarif de responsabilité.

Les DM peuvent être radiés de la liste, peuvent passer d'un code LPP de marque à un code LPP générique. Chaque création, modification, radiation fait l'objet d'une parution au Journal Officiel.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_419486/fr/commission-nationale-d-evaluation-des-dispositifs-medicaux-et-des-technologies-de-sante-vises-a-l-article-l-165-1-du-code-de-la-securite-social



4 Glossaire

AMELI: Assurance Maladie en ligne

ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

CAQES : Contrat d'Amélioration de la Qualité et Efficience des Soins

CEPS : Comité Economique des Produits de Santé

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNEDIMTS : Commission Nationale d'Evaluation des Dispositifs Médicaux et des Technologies de Santé

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DMI : Dispositif Médical Implantable

ENC : Echelle Nationale de Coûts

ETI : Ecart Tarifaire Indemnisable

GHM : Groupe Homogène de Malade

GHS : Groupe Homogène de Séjour → Intra GHS et Hors GHS ou liste en sus

HAS : Haute Autorité Santé

LPPR : Liste des Produits et Prestations Remboursables par l'Assurance Maladie.

MCO : Médecine, Chirurgie, Gynécologie-Obstétrique

PLV : Prix Limite de Vente

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information.

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

T2A : Tarification A l'Activité