

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :

30/12/86

Origine :

DGR

ENSM

MMES et MM les Directeurs

. des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

. des CETELIC

. des Caisses Régionales d'Assurance Maladie

. des Caisses Générales de Sécurité Sociale

MM les Médecins Conseils Régionaux

MMES et MM les Médecins Conseils

Chefs de Service

M le Médecin Chef de la Réunion

Réf. :

DGR n° 2026/86 - ENSM n° 1110/86

Plan de classement :

25200	2521				
-------	------	--	--	--	--

Objet :

PROGRAMME DE RATIONALISATION DES DEPENSES D'ASSURANCE MALADIE

Cette circulaire comporte une information sur le plan gouvernemental de rationalisation des dépenses et contient une première série de directives d'application.

Pièces jointes :

7

Liens :

Date d'effet :

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

Téléphone :

@

30/12/86

MMES et MM les Directeurs
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
des Caisses Générales de Sécurité Sociale
des CETELIC

DGR n° 2026/86

MM les Médecins Conseils Régionaux

ENSM n° 1110/86

MMES et MM les Médecins Conseils
Chefs de Service

M le Médecin Chef de la Réunion (pour attribution)

MMES et MM les Directeurs
. des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
(pour information)

Objet : Programme de rationalisation des dépenses d'Assurance Maladie.

Les difficultés de financement de l'Assurance Maladie ont conduit le Gouvernement à établir, en concertation avec les Gestionnaires de l'Institution, un plan de rationalisation des dépenses, dont le contenu a fait l'objet d'une communication au Comité Technique des Directeurs de Novembre.

Ce plan porte essentiellement sur l'aménagement du ticket modérateur. Il contient également des dispositions relatives au relèvement et à la modulation du forfait journalier hospitalier, à un allongement de la période de référence à retenir pour le calcul des indemnités journalières, à la suppression de la franchise postale dont pouvait user les assurés.

Les textes modifiant le régime actuel des prestations doivent être publiés à bref délai au Journal Officiel afin de donner une base juridique au nouveau dispositif, de permettre aux Caisses de prendre les dispositions nécessaires pour l'application de ces mesures et de régler en fonction de la nouvelle réglementation les contestations dont elles seraient saisies.

La mise en oeuvre intégrale de ce programme repose pour une large part sur l'adoption de modalités que la Caisse Nationale s'emploie à définir en concertation avec les professions de santé concernées. Pour la période transitoire, un dispositif provisoire doit être mis en place et un calendrier arrêté. Une discussion sur ces points sera engagée au cours de la réunion que tiendra le Comité Technique de Gestion des Risques le 7 janvier prochain.

Une large information sera également diffusée en direction des assurés sociaux et des médecins, tant sur les objectifs du programme de rationalisation des dépenses, que sur les aspects concrets qu'il recouvre.

Vous trouverez en annexe plusieurs notes techniques analysant chaque mesure, décrivant les modalités applicables et précisant la date d'effet à retenir. La suppression de la franchise postale fait l'objet d'une circulaire particulière qui sera diffusée prochainement.

Deux indications complémentaires doivent être apportées :

- . les dispositions relatives à l'aménagement de l'exonération du ticket modérateur en fonction du coefficient de l'acte ($K \geq 50$) ne sont pas arrêtées par les Pouvoirs Publics. En effet, répondant au souhait formulé par la Commission de l'Assurance Maladie, ceux-ci ont différé leur décision, une étude étant entreprise par la Caisse Nationale sur la participation des assurés aux frais d'hospitalisation ;
- . l'aménagement du champ d'application de l'exonération du ticket modérateur en cas d'affection de longue durée, nécessitant une concertation préalable avec certaines professions de santé, l'exonération du ticket modérateur continue à s'appliquer, jusqu'à diffusion de nouvelles directives, à l'ensemble des prestations, qu'il s'agisse de personnes atteintes d'une affection figurant sur la liste des 25 affectations de longue durée, ou d'une "26ème maladie", dont la situation sera progressivement réexaminée, ou de patients reconnus porteurs d'une affection figurant sur la nouvelle liste.

Pour le Service Médical le présent dispositif est la marque d'une volonté de "médicalisation" des procédures d'exonération que le Ministre de Tutelle avait exprimé dans la présentation de ses projets.

Médicalisation qui est notable dans les quatre volets concernant les affections de longue durée :

- . LISTE DES 30 AFFECTIONS EXONERANTES : Des qualificatifs de sévérité, d'évolutivité ou d'atteinte des fonctions, indiquent, avec force dans le texte, la nécessité d'une recherche approfondie de l'anamnèse, d'un examen clinique soigneux, et éventuellement, d'une aide par des procédures paracliniques, avant la prise de décision fondée, sur le diagnostic, l'état du malade, et le programme thérapeutique proposé.
- . LA PROCEDURE EXCEPTIONNELLE : L'octroi de l'exonération est conditionné par la reconnaissance d'une affection grave évoluant depuis plus de six mois et ayant une présentation clinique évolutive et/ou invalidante, ce qui implique également une approche clinique méticuleuse et la définition d'un programme thérapeutique précis.
- . L'EXPERTISE retenue sera désormais celle du 7 janvier 1959 (Article L. 141). Elle pourra être diligentée à la demande de l'assuré ou de la Caisse et portera sur le diagnostic, l'état du malade, et/ou sur le traitement en cas de désaccord médecin-traitant/médecin-conseil.

L'expertise L. 324-1 n'est pas supprimée mais désormais est cantonnée dans son rôle originel : l'avis technique destiné aux assurés refusant de suivre un traitement jugé indispensable.

- . LA DISTINCTION DES SOINS en rapport avec l'affection exonérante d'avec ceux liés à une maladie intercurrente est essentiellement de la responsabilité des médecins-traitants : le Service Médical devant assumer la sienne, l'estimation du suivi de cette disposition par des contrôles sélectifs.

*

* *

De nouvelles instructions seront diffusées lorsque l'ensemble du dispositif technique (nouvelle feuille de maladie, protocole, etc...) aura été définitivement mis au point.

*

* *

NOTE TECHNIQUE N° 1

- * Modification de la liste des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse.
- * Nouveau régime de participation des assurés pour les malades atteints d'une de ces affections.

Actuellement, la liste des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, telle qu'elle est fixée par l'article D. 322-1 du Code de la sécurité sociale, comporte 25 maladies.

Les malades atteints d'une de ces affections sont exonérés du ticket modérateur pour l'ensemble des soins qui leur sont dispensés, qu'ils soient ou non en rapport avec ladite affection.

Deux nouveaux décrets modifient cette situation.

Une nouvelle liste, comportant 30 maladies, se substitue à la liste actuelle.

Par ailleurs, l'exonération s'applique uniquement aux frais relatifs au traitement défini d'un commun accord par le médecin conseil et le médecin traitant.

A titre transitoire, les prestations en nature continuent d'être remboursées selon les anciennes règles.

Des instructions pratiques seront diffusées aux Caisses pour la mise en application des nouveaux textes.

NOTE TECHNIQUE N° 2

OBJET : Prise en charge du ticket modérateur pour le traitement d'une affection grave ne figurant pas sur la liste mentionnée au 3° de l'article L. 322-3 du Code de la Sécurité Sociale.

Deux textes modifient les dispositions relatives aux affections de longue durée non inscrites sur la liste visée par l'article D.322-1 du Code de la Sécurité Sociale.

- Un décret portant modification des articles R.322-6 et R.322-7 du Code de la Sécurité Sociale.
- Un arrêté relatif à la prise en charge du ticket modérateur pour le traitement d'une affection grave ne figurant pas sur la liste mentionnée au 3° de l'article L.322-3 du Code de la Sécurité Sociale.

1 - LE DECRET

Ce texte abroge l'article L.322-6 qui définissait les conditions de participation de l'assuré lorsque le malade est atteint d'une affection visée au 4° de l'article L.322-3 (la 26ème maladie).

Il prévoit également que les dispositions actuellement en cours au titre de l'article R.322-6, notamment la franchise de 80 F, "demeurent applicables jusqu'à leur terme prévu, et au plus tard jusqu'au 1.07.87".

2 - L'ARRETE

Il substitue aux mesures relevant de l'article R.322-6 abrogé, un dispositif de sauvegarde en faveur des assurés atteints d'une affection "hors-liste".

A cet effet, il insère dans le Règlement Intérieur des CPAM une section V bis intitulée : "Prise en charge du ticket modérateur pour les soins en rapport avec une affection grave ne figurant pas sur la liste mentionnée au 3° de l'article L.322-3 du Code de la Sécurité Sociale".

Ce dispositif est applicable en cas de soins continus depuis plus de six mois et prévoit notamment que :

- a) la demande d'exonération doit être formulée par l'assuré ;
- b) l'assuré doit être reconnu, par le contrôle médical, atteint "d'une forme évolutive ou invalidante d'une affection grave caractérisée ne figurant pas sur la liste..." ;

c) l'exonération concerne uniquement les frais relatifs au traitement de l'affection considérée (situation identique à celle des malades atteints d'une maladie "liste") ;

d) la durée de l'exonération est comprise entre six et vingt-quatre mois ;

e) l'avis du contrôle médical est rendu au vu d'un dossier médical complet et précis établi par le médecin traitant ;

f) les litiges d'ordre médical relatifs au diagnostic ou au traitement sont soumis à la procédure d'expertise mentionnée aux articles R.141-1 à R.141-10 du Code de la Sécurité Sociale (Décret N°59-160).

Il est précisé que le montant du ticket modérateur remboursé dans ce cadre est avancé par le fonds national de l'assurance maladie pour le compte du fonds national d'action sanitaire et social auquel il sera définitivement imputé.

Ces remboursements ne doivent donc pas être confondus avec des prestations supplémentaires, et sont attribués en fonction des seuls critères précisés ci-dessus (sous réserve des conditions d'ouverture des droits), à l'exclusion de toutes conditions de ressources.

3 - PERIODE TRANSITOIRE

Jusqu'à la mise en oeuvre du nouveau dispositif technique, ces malades continuent à bénéficier de l'exonération du ticket modérateur pour l'ensemble des prestations, sur le compte du risque.

ECHELON NATIONAL DU SERVICE MEDICAL

FICHE TECHNIQUE N° 3

OBJET : APPLICATION DES TEXTES RELATIFS

AUX ARTICLES L 322-3 - 3ème et 4ème alinéas

ET ARTICLE L 141-1

PAR LE SERVICE MEDICAL

I - CATEGORIES DE CONTROLES OBLIGATOIRES CONCERNES

Dans le cadre des mesures nouvelles : à dater de la publication des textes :

- 1°) - Les demandes d'admission au bénéfice de l'article L. 322-3 -3ème alinéa (liste des 30 affections).
- 2°) - Les demandes de prise en charge du ticket modérateur au titre des affections hors liste (article L. 322-3 - 4ème alinéa) : procédure exceptionnelle.
- 3°) - Les révisions des situations des malades arrivant à l'échéance précédemment fixée par le Service Médical, et antérieurement reconnues :
 - atteints d'une des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur la liste établie par le décret de mai 1974 (25 maladies) ;
 - atteints d'une affection non inscrite sur la liste mentionnée ci-dessus et comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse (26ème maladie).

II - LA LISTE DES 30 MALADIES (FICHES JOINTES EN ANNEXE) :

ARTICLE L. 322-3 - 3ème alinéa

Nous appelons votre attention sur les changements par rapport à la liste des 25 affections, et sur le fait que des qualificatifs nouveaux sont apposés à certaines d'entre elles.

Des recommandations du Haut Comité Médical seront publiées ultérieurement.

III - L'EXAMEN SPECIAL PREVU A L'ARTICLE L. 324-1

Il s'applique aux 30 maladies et à la procédure exceptionnelle prévue pour les affections hors liste (cf II et IV).

Cet examen spécial du bénéficiaire prévu à l'article L. 324-1 conjointement par le Médecin traitant et le Médecin Conseil, doit être matérialisé par l'envoi obligatoire d'un protocole d'accord écrit au Médecin traitant du malade (que ce Médecin soit libéral ou hospitalier).

Le Service Médical veillera à ce que les éléments diagnostics-pronostics et thérapeutiques recueillis permettent d'arriver à l'accord prévu entre Médecin Conseil et Médecin traitant selon les termes de l'article 324-1.

- En cas de non réponse au protocole de la part du Médecin traitant, de protocole imprécis ou incomplet, un rejet administratif sera notifié à l'Assuré avec les explications nécessaires.

- En cas de désaccord sur le diagnostic, sur l'état du malade (évolutivité, degré de handicap, sévérité etc.), ou sur le programme thérapeutique proposé, un refus médical sera notifié avec les voies de recours (voir point V).

Un nouveau protocole national sera présenté prochainement après discussions avec la profession médicale.

IV - LA PROCEDURE EXCEPTIONNELLE CONCERNANT LES AFFECTIONS HORS LISTE

ARTICLE L. 322-3 - 4ème alinéa

L'article 71-4 (nouveau) du RICP précise deux conditions : des soins continus depuis plus de six mois, et la demande par l'Assuré de la "reconnaissance d'une atteinte d'une forme évolutive ou invalidante d'une affection grave et caractérisée, ne figurant pas sur la liste, devant permettre une prise en charge sur le fonds national d'Action Sanitaire et Sociale, de la participation laissée à sa charge".

Le Médecin Conseil procédera donc à l'examen spécial prévu par l'article L. 324-1 (voir III), explicité par l'article précité, et comprenant le diagnostic précis (avec éventuellement, les examens complémentaires nécessaires), et un programme thérapeutique conforme au diagnostic et aux données acquises de la science.

Une directive des trois Médecins Conseils Nationaux des trois Régimes principaux de Sécurité Sociale vous sera ultérieurement adressée afin de préciser ces notions.

V - LE CONTENTIEUX MEDICAL

En cas de désaccord sur :

- 1°) - le diagnostic,
- 2°) - l'état du malade,
- 3°) - le programme thérapeutique.

l'expertise prévue sera celle de l'article R. 141-1 (modifié).

Cette expertise sera diligentée, soit à la demande de l'Assuré, soit à celle de la Caisse.

La notification devra indiquer le point (1 - 2 ou 3) contesté par le requérant. La mise en forme de l'expertise devra soigneusement expliciter ce point pour l'expert. La procédure de l'article R 141-1 devra être rigoureusement respectée.

Jusqu'à la sortie du décret modifiant l'article R. 141-1 actuel, l'expertise en cas de désaccord thérapeutique, reste celle prévue à l'article L. 324-1.

Pour les points 1 et 2 en revanche, on s'en tiendra à l'article R. 141-1, comme précédemment à ces instructions.

AFFECTIONS INCHANGEES

- Lèpre
- Hémophilie
- Maladie de Parkinson
- Paraplégies
- Mucoviscidose
- Insuffisance respiratoire chronique grave.

AFFECTIONS SUPPRIMEES

- Poliomyélite aiguë et ses séquelles (voir affections neuro-musculaires)
- Sarcoidose
- Anémie pernicieuse
- Néphrose lipoïdique (cf syndrome néphrotique)

AFFECTIONS AJOUTEES

- Aplasie médullaire
- Cirrhose du foie décomposée
- Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé et déficit immunitaire acquis grave (syndrome immuno-déficitaire acquis)
- Hémoglobinopathie homozygote
- Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé
- Périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérose généralisée évolutive
- Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives
- Scoliose structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne)
- Suites de transplantations d'organes.

AFFECTIONS MODIFIEES

(en souligné, les nouvelles rédactions)

- Tuberculose évolutive sous toutes ses formes
- Tuberculose active
- Bilharziose
- Bilharziose compliquée
- Tumeur malignes, y compris les tumeurs des tissus lymphatiques et hématopoïétiques
- Tumeurs maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique
- Diabète sucré
- Diabète insulino-dépendant ne pouvant être équilibré par le seul régime
- Maladies mentales (psychoses, névroses graves de la personnalité, arriérations mentales)
- Psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale
- Maladies cérébro-vasculaires
- Accident vasculaire cérébral invalidant
- Sclérose en plaques
- Sclérose en plaques invalidante
- Infarctus du myocarde
- Infarctus du myocarde datant de moins de six mois
- Hypertension maligne
- Hypertension artérielle sévère
- Néphrite chronique grave
- Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique pur primitif
- Spondylarthrite ankylosante
- Spondylarthrite ankylosante grave
- Polyarthrite chronique évolutive

- Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave
- Troubles neuromusculaire (myopathie, amyotrophie congénitale)
- Forme grave d'une affection neuro-musculaire (dont myopathies)
- Artériopathies chroniques
- Artériopathie chronique évolutive (y compris coronarite) avec manifestations cliniques ischémiques
- Cardiopathies congénitales
- Cardiopathies congénitales, mal tolérée, insuffisance cardiaque grave et valvulopathie grave

NOTE TECHNIQUE N° 4

OBJET : . Décret relatif à la prise en charge des médicaments pour lesquels la participation de l'assuré est fixée à 60 %.

. Arrêté modifiant le Règlement Intérieur des Caisses Primaires d'Assurance Maladie.

*
* *

L'attention des Caisses Primaires est appelée sur l'introduction d'un article R. 322-9-1 dans le Code de la Sécurité Sociale.

Cet article est ainsi rédigé :

"Par dérogation aux articles R. 322-4 à R. 322-9, les assurés sociaux mentionnés à ces articles supportent la participation prévue au 5° de l'article 322-1.

Les assurés sociaux visés par ces textes doivent donc supporter la participation de 60 % correspondant à la fourniture de médicaments spécialement destinés au traitement des troubles ou affections sans caractère habituel de gravité.

I - CHAMP D'APPLICATION DE L'ARTICLE R. 322-9-1

C'est au titre du risque maladie exclusivement que les assurés ci-dessous mentionnés doivent supporter la participation de 60%.

Il s'agit :

- des titulaires d'une pension d'invalidité,
- des titulaires d'une pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité,
- des titulaires d'une pension d'invalidité qui, exerçant une activité professionnelle à leur 60ème anniversaire, s'opposent à la transformation de leur pension,
- des titulaires d'une rente "AT-MP" correspondant à une incapacité de travail d'au moins 66 2/3 et de leurs ayants droit,
- des titulaires d'une pension de reversion, qui se trouvent atteints, entre 55 et 60 ans, d'une incapacité permanente, satisfaisant aux conditions exigées pour ouvrir droit à pension d'invalidité,

- des malades atteints d'une maladie figurant sur la liste prévue au 3° de l'article L. 322-3 du Code de la Sécurité Sociale,
- des malades atteints d'une maladie visée au 4° du même article,
- des assurées en état de grossesse, pendant une période qui débute 4 mois avant la date présumée de l'accouchement et se termine à la date de l'accouchement,
- des nouveaux-nés hospitalisés, lorsque l'hospitalisation se produit au cours des 30 premiers jours suivant la naissance,
- des personnes soumises aux investigations nécessaires au diagnostic de la stérilité et pour le traitement de celle-ci y compris au moyen de l'insémination artificielle.

Ne sont pas concernées par ce nouveau texte, les personnes visées aux articles L. 371-6 (bénéficiaires de l'art. 115 du Code des pensions militaires) et L. 381-22 (bénéficiaires du régime des grands invalides de guerre).

II - DATE D'EFFET DE LA MESURE

Le dispositif prévu par l'article R. 322-9-1 doit entrer en application à compter du 1er janvier 1987.

En tout état de cause, les dossiers de remboursement pour lesquels la date de facturation des médicaments par le pharmacien est postérieure à la date d'application du texte, relèvent des nouvelles dispositions.

III - MODALITES DE FACTURATION

- . Dans le cadre du paiement direct, les nouvelles mesures ne modifient pas le système de facturation en vigueur.
- . En revanche, en ce qui concerne la dispense d'avance des frais, il convient de supprimer la facture subrogatoire référencée 611 réservée uniquement aux assurés exonérés du ticket modérateur.
- . Dans le cadre des échanges magnétiques, une ligne supplémentaire devra être prévue pour les assurés exonérés du ticket modérateur, correspondant aux médicaments dont le taux de remboursement est fixé à 40 %.

IV - ARRETE MODIFIANT LE REGLEMENT INTERIEUR DES CPAM

Un arrêté complète par un 19°, la liste des prestations supplémentaires. Cet arrêté est ainsi rédigé :

19° Prise en charge, sur demande de l'assuré, de tout ou partie du ticket modérateur relatif aux médicaments mentionnés au 5° de l'article R. 322-1 du Code de la Sécurité Sociale, pour les malades atteints de l'une des affections figurant sur la liste mentionnée au 3° de l'article L. 322-3 du même code, et pour les spécialités et la période ayant fait l'objet d'un avis favorable du contrôle médical.

Comme on le constate, la portée de ce texte est limitée :

- Quant aux personnes, puisqu'il ne vise que les malades atteints d'une maladie "sur liste",
- Quant au traitement, puisqu'il ne concerne que "les spécialités et la période ayant fait l'objet d'un avis favorable du contrôle médical". Il se trouve donc limité par le contenu du Protocole d'Accord lui-même.

Par ailleurs, s'agissant d'une prestation supplémentaire, son attribution est subordonnée à des conditions de ressources.

C'est pourquoi cet arrêté ne remet nullement en cause l'article 71 § 1° du RICP qui prévoit "la prise en charge de la participation de l'assuré dans tous les cas où l'insuffisance de ses ressources, compte tenu de ses charges familiales et des dépenses occasionnées par la maladie, le justifiera".

NOTE TECHNIQUE N° 5

OBJET : Décret relatif à la participation des assurés sociaux aux tarifs servant de base au calcul des prestations en nature de l'assurance maladie en cas d'arrêt de travail de plus de trois mois.

A - RAPPEL DE LA SITUATION ANTERIEURE AU DECRET

Aux termes de l'article 2 de l'arrêté du 27.06.1955, "sont considérés comme traitements ou thérapeutiques particulièrement onéreux entraînant la suppression de la participation de l'assuré...

1°)

2°) Les traitements entraînant cessation de travail pendant une période continue de trois mois au moins, à compter du premier jour du 4ème mois d'interruption du travail.

Par ailleurs, ces dispositions étaient maintenues en vigueur par l'article R. 322-8 du Code de la Sécurité Sociale.

Je rappelle à ce sujet que l'exonération ainsi accordée était maintenue, non seulement pendant les périodes d'arrêt de travail indemnisées, mais également lorsque l'assuré "dont l'incapacité de travail continue, par suite de maladie, était médicalement justifiée" voyait ses indemnités journalières supprimées :

* soit par suite d'une forclusion (droits non ouverts au-delà de six mois d'arrêt de travail - plus de trois ans d'arrêt de travail ou limitation à 3602 IJ),

* soit à l'issue d'une période de cumul avec une pension au titre d'inaptitude.

B - LE TEXTE

L'article 1er du nouveau texte complète l'article R.322-8 du Code de S.S. en précisant que cessent d'être en vigueur les dispositions applicables au 21 Août 1967, concernant : "... les affections entraînant une cessation de travail pendant une période continue d'au moins trois mois".

En d'autres termes, l'article 2 de l'arrêté du 27.06.1955 rappelé ci-dessus se trouve abrogé de fait.

C - APPLICATION PRATIQUE

En ce qui concerne la date à retenir pour fixer le taux de participation de l'assuré, il conviendra, dans le cas d'espèce, de prendre en considération la date **d'exécution**, contrairement aux dispositions de la circulaire n° 64 S.S.

Hypothèse de travail - Décret applicable au 01.01.1987

Exemple n° 1 - Consultation et prescription pharmaceutique le 30.12.86

a) Les médicaments sont achetés avant le 01.01.87 - Exonération du T.M. pour la consultation et les produits pharmaceutiques,

b) Les médicaments sont achetés postérieurement au 31.12.86 - Exonération du T.M. pour la consultation, et droit commun pour les produits pharmaceutiques (sauf, bien entendu, si l'assuré est exonéré à un autre titre).

Exemple n° 2 - Prescription d'une série de 10 massages le 15.12.86

4 massages sont effectués entre le 15 et le 31.12.86 - Exonération du ticket modérateur,

6 massages sont effectués postérieurement au 31.12.86 : remboursement sur la base du droit commun.

Cas particulier

Prise en charge pour hospitalisation.

La procédure administrative, définie dans la circulaire CNAMTS - SDAM N° 328/74 du 22.05.74, repose sur une notion de traitement global du malade associée à une notion de prise en charge couvrant, sur le plan administratif, **l'ensemble du séjour**.

En conséquence, il n'y aura pas lieu de remettre en cause les prises en charge établies antérieurement au 01.01.1987 même si, par exemple, l'hospitalisation commence avant, et se poursuit après cette date.

NOTE TECHNIQUE N° 6

FORFAIT JOURNALIER

1. MAJORATION DU MONTANT DU FORFAIT

Un arrêté, dont la publication devrait intervenir avant le 31 décembre 1986, dispose que le montant du forfait journalier, prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité Sociale, sera porté à 25 F à compter du 1er janvier 1987.

L'action de maintenance informatique est en cours de diffusion.

2. MODULATION DU FORFAIT

Un projet de loi portant diverses dispositions d'ordre social prévoit, par modification de l'article L. 174-4 précité, que le montant du forfait pourrait être majoré suivant la nature du service et la durée du séjour.

Les modalités d'application d'une telle mesure ne sont pas encore définies, et l'entrée en vigueur n'interviendra pas au 1er janvier. Des instructions seront donc diffusées ultérieurement à cet égard.

NOTE TECHNIQUE N° 7

OBJET : Modification de la période de référence servant au calcul de l'indemnité journalière de l'assurance maladie et maternité.

I - LE TEXTE

L'article 1er du texte modifie les paragraphes 1^o), 2^o) et 3^o) du premier alinéa de l'article R.323.4 du Code de la Sécurité Sociale :

"Le gain journalier servant de base au calcul de l'indemnité journalière ... est déterminé comme suit :

- 1^o/ - 1/90ème du montant des trois ou des six dernières paies antérieures à la date de l'interruption de travail suivant que le salaire ou le gain est réglé mensuellement ou deux fois par mois,
- 2^o/ - 1/90ème du montant des paies des trois mois antérieurs à la date d'interruption de travail, lorsque le salaire ou le gain est réglé journalièrement,
- 3^o/ - 1/84ème du montant des six ou des douze dernières paies antérieures à la date de l'interruption de travail suivant que le salaire ou le gain est réglé toutes les deux semaines ou chaque semaine"

L'article 3 abroge l'article R.753-15 du Code de la Sécurité Sociale. Par là-même, il étend les mesures nouvelles aux assurés des Départements d'Outre-Mer, pour lesquels le calcul des indemnités journalières se fera désormais exclusivement par référence à l'article R. 323-4 du Code de la Sécurité Sociale.

II - CHAMP D'APPLICATION

Les règles propres à certaines catégories d'assurés sociaux (exemples : assistantes maternelles, VRP, etc...) continuent d'être appliquées dans l'attente d'un nouveau texte reprenant l'arrêté d'équivalence du 21 Juin 1968 (voir Guide de la SS - 1ère partie - page 52.3 et suivantes).

III - APPLICATION PRATIQUE

31 - Mesures modifiées

Seules font l'objet d'une modification pour le calcul des indemnités journalières, **les périodes de référence** à retenir :

- pour les assurés payés au mois ou la quinzaine ou à la journée,
- pour les assurés payés à la quatorzaine ou à la semaine.

32 - Mesures inchangées

Restent sans changement :

- les dispositions relatives **au mode de calcul** de l'indemnité journalière maladie ou maternité : sont pris en considération, tous les éléments de salaire soumis au taux de cotisations maladie, maternité, invalidité, décès, dans la limite du plafond applicable à **la date de versement** de la paie,
- les dispositions générales concernant la période de référence et notamment celles applicables en cas de changement d'employeur ou d'emploi ou en cas de paies incomplètes ou manquantes,
- les règles relatives à l'application :
 - * du montant minimum ou maximum
 - * de la majoration
 - * de la régularisation

33 - Incidence sur le montant maximal de l'indemnité journalière

Compte tenu de la limitation de chaque paie au plafond applicable à la date de versement de chacune d'elles, l'assuré dont l'arrêt débute au cours des deux mois suivant un changement de plafond, se verra attribuer une indemnité journalière inférieure à l'indemnité "plafond" en vigueur à la date de l'arrêt.

Exemple : Arrêt de travail le 20.02.1987

Paies de référence	Novembre 86 : 8.500) Plafond mensuel
	Décembre 86 : 12.500	(9.480 F
	Janvier 87 : 10.400	Plafond mensuel
		9.630 F

$$IJ : \frac{8.500 + 9.480 + 9.630}{90 \times 2} = 153,38$$

alors que l'indemnité journalière maximum est de $\frac{9.630}{60} = 160,50$

Une telle situation s'apparente en fait à celle qui prévaut actuellement pour les assurés dont l'indemnité journalière est basée sur une longue période de référence (VRP par exemple).

34 - Incidence en matière de revalorisation des indemnités journalières

La période de référence étant plus longue, certains mois peuvent être visés par la revalorisation alors que d'autres ne le sont pas.

Pour tenir compte de l'incidence de cet allongement de la période de référence susceptible de pénaliser les assurés percevant en général un salaire supérieur au plafond, la solution suivante doit être envisagée :

- 1°) application du coefficient, aux salaires concernés par la revalorisation, sur les éléments de salaire **non plafonné** ayant servi de base de calcul de l'indemnité journalière,
- 2°) pour le ou les mois non revalorisables, prise en compte du salaire limité au plafond applicable à la date de la paye,
- 3°) limitation de l'indemnité journalière résultant de ces opérations au plafond applicable à la date d'effet de la revalorisation.

Exemple

Salaire de référence :

Novembre 1986	:	8.500 F
Décembre 1986	:	12.500 F
Janvier 1987	:	10.400 F

Coefficient fictif de revalorisation forfaitaire au 01.07.87 : 1,015 pour les gains entre le 01.07.86 et le 31.12.86.

Soit :

Novembre 86 : 8.500 x 1,015 (voir 1°)	8.627,50
Décembre 86 : 12.500 x 1,015 (voir 1°)	12.687,50
Janvier 87 : 10.400 limité au plafond (voir 2°)	9.630,00
	<hr/>
	30.945,00

$$\frac{30.945}{90 \times 2} = 171,91 \text{ limitée}$$

à l'indemnité journalière prévue au 01.07.87
164 F (voir 3°)

IV - CONSEQUENCE EN ASSURANCE DECES

L'article R.361-1 relatif au mode de calcul du capital décès fait référence au gain journalier de base tel que défini à l'article L.323-4.

Le calcul dudit gain journalier de base étant fixé par l'article R.323-4, la détermination du capital décès est également concernée par la modification de la période de référence à prendre en considération.

V - DATE D'EFFET

Le décret s'applique à toutes les incapacités indemnissables à compter de sa date d'application ainsi qu'à tous les décès survenus à compter de cette date.