

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :
05/10/87

Origine :
DGR
ENSM

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

MME et MM les Médecins-Conseils Régionaux

Réf. :

DGR n° 2136/87 - ENSM n° 1167/87

Plan de classement :

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

Objet :

PLAN DE RATIONALISATION DES DEPENSES DE L'ASSURANCE MALADIE.

Cette circulaire vise à faire le point sur un certain nombre de questions techniques relatives au plan de rationalisation des dépenses de santé.

Pièces jointes :

2

Liens :

Date d'effet :

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

Téléphone :

@

SOMMAIRE

I - CALCUL DES PE : PERIODE DE REFERENCE A 3 MOIS

- En période de maintien de droit, ou pour une suite d'indemnisation au titre d'une autre assurance : application du D n° 86-1375, même si le calcul de l'IJ s'effectue à partir d'une période de référence parfois très éloignée.

II - SUPPRESSION DE L'EXONERATION LIEE A LA DUREE D'ARRET DE TRAVAIL

- Assurés forclos : l'inaptitude médicalement reconnue reste la condition d'ouverture de droit par assimilation
- Détermination du taux de remboursement : retenir la date d'exécution, sauf accord ou prise en charge déjà notifiés.

III - REMBOURSEMENT A 40 % DES MEDICAMENTS A VIGNETTE BLEUE

S'applique à toutes les situations d'exonération dans le cadre de l'assurance maladie sauf pensionnés militaires ou GIG et éducation spécialisée (art L 322-3 6°) (lettre minist du 6/8/87 - annexe 1)

IV - EXONERATION POUR LES SEULS SOINS EN RAPPORT AVEC L'ALD

- Imprimés en cours de modification
- Détermination du taux de remboursement : retenir la date de prescription

V - SUPPRESSION DE LA PROCEDURE DE LA "26è MALADIE"

- Détermination du taux de remboursement : retenir la date d'exécution
- Etude en cours pour les enfants sourds profonds

VI - MODIFICATION DE LA LISTE DES ALD (Art D 322-1)

- Rappel des textes et circulaires

VII - AFFECTIONS HORS LISTE

Date d'effet de l'exonération : 1er jour du 7è mois suivant la date des premiers soins.

VIII - PRISE ENCHARGE DU TICKET MODERATEUR DES MEDICAMENTS A VIGNETTE BLEUE POUR LES MALADES EN ALD

Différencier la portée :

- de l'arrêté du 31/12/86 (décision du CA)
- de l'arrêté du 30/04/87 (décision des services administratifs de la caisse - refus et recours d'ordre administratif).

IX - INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

91 - Malades relevant des dispositions de l'article L 324-1 (ex 293) :

En l'absence d'ALD (soins ou arrêts > 6 mois)

- examen conjoint : C 1,5
- transports pour soins remboursables (à 70 %) seulement si en rapport avec le traitement.

92 - Education spécialisée :

Exonération pour tous les soins concourant à l'éducation spécialisée (L 322-3-6°) (L Ministérielle 06/08/87 - annexe 1).

93 - Cumul des motifs d'exonération :

N'est interdit par aucun texte, notamment invalidité + ALD (R 341-24).
Si plusieurs ALD individualisées : 1 seul ordonnancier.

94 - Refus (tableau en Annexe II)

- Doivent être motivés de façon explicite

05/10/87

Origine :
DGR
ENSM

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

MM et MME les Médecins-Conseils Régionaux

MM et MMES les Médecins-Conseils Chefs de service

M le Médecin Chef de la Réunion
(pour attribution)

N/Réf. : DGR n° 2136/87 - ENSM n° 1167/87.

Objet : Plan de rationalisation des dépenses de l'Assurance Maladie.

Après une période de dispositions transitoires, la présente circulaire vise à faire le point sur un certain nombre de questions techniques évoquées à propos des mesures prévues par le plan de rationalisation des dépenses.

Elle contient des informations nouvelles et reprend les mises au point qui ont été faites pour l'application pratique de chacune de ces mesures, mais renvoie, pour l'analyse des textes ou les informations d'ordre général, aux circulaires précédentes ou aux téléx diffusés à l'ensemble des Caisses Primaires.

I CALCUL DES PRESTATIONS EN ESPECES : PERIODE DE REFERENCE A 3 MOIS

- . Décret n° 86-1375 du 31/12/86
- . Circulaire n° 2026 - fiche n° 7
- . Circulaire n° 2079 - page 2 § I

11 Champ d'application

- assurance maladie et maternité,
- capital décès en raison de la référence au gain journalier de base (art L 361-1),
- assurés payés au mois, à la quinzaine, à la journée, à la semaine ou la quatorzaine.

12 Date d'application : 3/1/87

- pour les arrêts dont l'indemnisation :
 - débute à compter de cette date
 - fait suite à une indemnisation servie au titre d'une autre assurance
- pour les décès survenus à compter du 3/1/87.

13 Remarques

Les périodes de référence à retenir peuvent parfois être très éloignées de la date d'indemnisation à servir, par exemple en cas de situation de maintien de droits (art L 161-8 ou art L 311-5) ou lorsqu'il s'agit - en cas d'arrêt continu - d'indemnisation au titre d'une nouvelle assurance.

Dans de telles situations, le calcul de l'indemnité journalière doit être repris sur la base d'une période de 3 mois.

Ainsi, au cours d'une même période de maintien de droits par exemple, l'assuré pourra se voir attribuer des montants différents d'indemnité journalière.

II SUPPRESSION DE L'EXONERATION LIEE A LA DUREE DE L'ARRET DE TRAVAIL (décret n° 86-1376 du 31/12/86)

- Circulaire DGR n° 2026 - fiche n° 5
- Téléx du 1/7/87

21 Champ d'application :

- assurés en arrêt indemnisés depuis plus de 3 mois,
- assurés forclos, reconnus médicalement inaptes à une reprise de travail.

Cette dernière catégorie continue de bénéficier des prestations en nature, sous réserve que soit reconnue l'inaptitude médicale (art R 313-8-2°).

22 Date d'application :

S'agissant de l'application d'un texte, ces dispositions prennent effet au 3/1/87 pour tous les soins en cours. Il convient donc de retenir la date **d'exécution** pour déterminer le taux de remboursement applicable.

Exception : Lorsqu'une prise en charge a été notifiée en période d'exonération, l'engagement de la Caisse doit être honoré quelle que soit la date d'exécution (cures, placements, ODF, hospitalisations, etc...).

III REMBOURSEMENT A 40 % DES MEDICAMENTS A VIGNETTE BLEUE (Décret n° 86-1377 du 31/12/86)

- **Circulaire DGR n° 2026 - note n° 4**
- **Circulaire DGR n° 2079 - page 3 § II**

31 Le problème posé

Le décret n° 86-1377 du 31 décembre 1986 relatif à la prise en charge, par l'assurance maladie, des médicaments principalement destinés au traitement des troubles et affections sans caractère habituel de gravité semblait avoir pour but de faire supporter à l'ensemble des assurés sociaux, la participation correspondant à la fourniture de ces médicaments, à la seule exception des bénéficiaires de l'article 115 du Code des pensions militaires, ou du régime des grands invalides de guerre (art L 371-6 et L 381-22 du Code de la Sécurité Sociale).

Or, un examen approfondi du texte fait apparaître que celui-ci n'est pas applicable aux malades visés aux 6°, 7°, 8° et 9° de l'article L 322-3 du Code de la Sécurité Sociale, à savoir :

- 6° lorsque le bénéficiaire est un enfant ou adolescent handicapé pour les frais couverts au titre du 2° de l'article L 321-1 ;
- 7° lorsque l'assuré est hébergé dans un établissement mentionné à l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 ;
- 8° lorsque l'assuré est hébergé dans une unité ou un centre de long séjour mentionné à l'article L 174-5 ou à l'article 52-1 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 ;

- 9° lorsque l'assuré bénéficie de soins paramédicaux dispensés dans le cadre d'une action médico-sociale de maintien à domicile par les institutions mentionnées au 1° de l'article 1er de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975.

Les services techniques de la CNAMTS ont donc interrogé le Ministère pour obtenir toutes précisions, quant au champ d'application du décret en cause.

32 La position ministérielle

Par lettre du 6 août 1987, jointe en annexe I, le Ministère de tutelle a fait connaître sa position.

Cette lettre confirme que l'exonération du ticket modérateur prévue au 6°) à 9°) de l'article L 322-3 s'applique aux prestations mentionnées par ces textes, c'est-à-dire aux prix de journée et aux forfaits de soins correspondants, ainsi qu'aux frais de traitement concourant à l'éducation spéciale.

Dans le cas où un traitement concourant à ladite éducation - et normalement dispensé au sein d'un tel établissement - est poursuivi en dehors de celui-ci, et comporte des médicaments figurant sur la liste prévue au 5° de l'article R 322-1 du Code de la Sécurité Sociale, l'exonération du ticket modérateur s'applique à l'ensemble de ce traitement, y compris aux médicaments à vignette bleue.

33 Autres précisions

Entrent également dans le champ d'application du décret n° 86-1377, les situations visées par l'arrêté du 27 juin 1955, et, en particulier les soins relatifs aux actes figurant à la nomenclature, affectés d'un coefficient au moins égal à 50.

IV EXONERATION POUR LES SEULS SOINS EN RAPPORT AVEC LE TRAITEMENT DE L'ALD (décret n° 86-1378 du 31/12/86)

- **Circulaire DGR n° 2054/87 10/3/87**
- **Circulaire Cabinet du Directeur n° 21/87 du 19/6/87**
- **Lettre-circulaire DGR n° 137/87 du 6/7/87**

41 Champ d'application :

- Affection de longue durée visée sur la liste figurant à l'article D 322-1 du Code de la Sécurité Sociale (art L 322-3-3°),
- Affection visée par l'arrêté du 30/12/86 (affection hors liste -art L 322-3-4°).

42 Date d'application :

- Le 5 mai 1987, date de mise en place du dispositif dit de la "maladie intercurrente" pour les soins ambulatoires et les soins externes (télèx du 29/4),
- Le 1er juillet 1987, pour les séjours en établissement d'hospitalisation.

43 Conséquences

- Modification des imprimés

Bon nombre d'imprimés doivent être aménagés pour permettre au médecin de préciser si la prescription entre ou non dans le cadre du traitement de l'affection de longue durée.

Dans cette attente, les imprimés actuels continuent d'être utilisés, le médecin apporte la précision manuscrite de la relation avec la maladie en cause. Il peut également utiliser une ordonnance spéciale du carnet envoyé au malade.

En ce qui concerne le titre médecin, la mention "ALD" complète, le cas échéant, la codification de l'acte de radiologie (télèx du 25/5/87).

- Modalités de remboursement : date à prendre en considération pour déterminer le taux de remboursement (télèx du 1/7/87)

C'est la situation de l'intéressé à la date de prescription qui détermine le taux à appliquer (assimilation aux dispositions de la circulaire SDAM n° 632-77 du 21/2/77 - BJ D 40 Vert n° 8-77).

Ainsi, les soins et fournitures prescrits sur ordonnance indifférenciée avant la date du 5 mai 1987 sont remboursés sans ticket modérateur.

V SUPPRESSION DE LA PROCEDURE DITE DE "LA 26E MALADIE" (Décret n° 86-1379 du 31/12/86)

- **Circulaire DGR n° 2026 du 30/12/86 - fiche technique n° 2**
- **Lettre circulaire DGR n° 134/87 du 6/7/87 - page 3**
- **Circulaire DGR n° 2054 du 10/3/87 - page 2 dernier §**
- **Circulaire DGR n° 2079 du 11/6/87 - page 4 - § III**
- **Circulaire ENSM n° 1126 du 4/3/87 - page 5 § 3**
- **Télèx des 01/07/87 et 08/04/87**

- **Date d'application :**

- Date de révision du dossier ou, au plus tard, le 30 juin 1987.

- **Modalités de remboursement :**

Dans l'attente de la révision : gestion selon les dispositions antérieures, à savoir exonération pour l'ensemble des prestations, y compris les médicaments à vignette bleue avec retenue d'une franchise de 80 F au plus par mois de liquidation.

A compter de la date de révision, -au plus tard le 01/07/87- et à défaut de pouvoir reconnaître une affection de longue durée (sur liste ou hors liste) le ticket modérateur est appliqué à tous les actes et prescriptions exécutés ou délivrés à compter de cette date (donc prise en compte de la date d'exécution pour déterminer le taux de remboursement).

Remarque : Une étude conjointe avec les services ministériels est en cours, à propos des enfants sourds profonds qui bénéficiaient généralement de l'exonération du ticket modérateur au titre du dispositif de la 26^e maladie. Des instructions complémentaires seront diffusées ultérieurement sur ce point.

VI MODIFICATION DE LA LISTE DES AFFECTIONS DE LONGUE DUREE (Décret n° 86-1380 du 31/12/86)

- **Circulaire DGR n° 2026 du 30/12/86 - fiche technique n° 3**
- **Circulaire ENSM n° 1126 du 4/3/87 - page 3**
- **Circulaire DGR n° 2054 du 10/3/87**
- **Circulaire DGR n° 2071 du 6/5/87**
- **Circulaire DGR n° 2079 du 11/6/87**
- **Circulaire Cabinet du Directeur n° 21-87 du 19/6/87**
- **Lettre-circulaire DGR n° 134/87 du 6/7/87**

VII AFFECTION HORS LISTE (arrêté du 30/12/86 - JO du 22/1/87)

- **Circulaire DGR n° 2026 du 30/12/86 - note technique n° 2 et fiche technique n° 3 - § IV**
- **Circulaire AC n° 18 du 20/2/87**
- **Circulaire ENSM n° 1126 du 4/3/87**
- **Circulaire DGR n° 2079 du 11/6/87 § V**
- **Télex du 28/1/87**

- **Effet de l'exonération :**

* Pour une période maximale de 2 ans,

* A compter, au plus tôt, du 1^{er} jour du septième mois suivant la date des premiers soins relatifs à l'affection en cause et précisée par le service médical.

- **Modalités de remboursement :**

Utilisation des mêmes procédures que pour les affections sur liste (dispositif de la maladie intercurrente). Pour l'année 1987, le montant du ticket modérateur est avancé par le Fonds National de l'Assurance Maladie pour le compte du Fonds National de l'Action Sanitaire et Sociale.

VIII PRISE EN CHARGE DU TICKET MODERATEUR RELATIF AUX MEDICAMENTS A VIGNETTE BLEUE POUR LES MALADES EN ALD (Arrêté du 31/12/86 - Arrêté du 30/4/87)

- **Circulaire DGR n° 2026 du 30/12/86 - Note n° 4 page 3 § IV**
- **Circulaire DGR n° 2054 du 10/3/87 - § 234 et annexes 2, 3 et 10**
- **Circulaire DGR n° 2079 du 11/6/87 - page 5 § VI**
- **Télex des 16/7/87, 27/5/87, 21/4/87, 16/2/87 § 4**

81 Champ d'application :

La nouvelle prestation supplémentaire visant à la prise en charge desdits médicaments vise, exclusivement les malades bénéficiant des dispositions prévues, dans le cadre de l'assurance maladie, pour les affections de longue durée (sur liste ou hors liste, article L 322-3-3° ou 4°).

82 Modalités d'application :

- du 3/1/87 au 6/5/87 : art 71-19° du RICP.
 - **avant le 19/2/87** : les conditions d'attribution sont fixées par le Conseil d'Administration dans le cadre de la politique d'action sanitaire et sociale.
 - **à compter du 19/2/87** : la directive ministérielle (lettre du 17/2/87) permet l'attribution systématique :

* sur avis médical

* après examen des conditions de ressources.

Lorsque les conditions ne sont pas remplies, la demande de l'assuré peut être examinée conformément aux dispositions arrêtées par le Conseil d'Administration (art 71 du RICP, PS 1 ou PS 19).

- à compter du 7/5/87 (date d'application de l'arrêté du 30/4/87 abrogeant celui du 31/12/86) : art 71-2 ter du RICP.

La Caisse Primaire décide de l'attribution de la prestation après examen des seules conditions de ressources.

IX INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

91 Malades relevant des dispositions de l'article L 324-1

Les mesures relatives au plan de rationalisation des dépenses sont sans incidence sur les dispositions de cet article qui vise deux types de situations :

- Affections de longue durée (sur liste ou hors liste),
- Soins continus ou arrêts de plus de 6 mois,

Ces quatre situations donnent lieu à un examen conjoint :

- protocole d'examen spécial inter-régimes nouveau modèle, rémunéré C 2,5 pour les décisions relatives à une ALD,
- protocole d'examen spécial habituel rémunéré C 1,5 pour les soins continus ou arrêts de plus de 6 mois sans ALD.

Seuls sont remboursables les transports pour soins prescrits dans le cadre du traitement défini conjointement.

Les taux du remboursements sont les suivants :

- 100 % en cas d'ALD. Dans cette situation, le dispositif de la "maladie intercurrente" permet de définir si le transport est en rapport avec l'ALD et donc remboursable.
- 70 % en cas de soins ou arrêts de plus de 6 mois.

Les transports pour soins qui ne sont pas liés au traitement prévu à l'article L 324-1 ne sont pas remboursables.

92 Education spécialisée (art L 322-3 6°)

Fréquemment, les enfants bénéficiant des mesures prévues par la loi du 30 juin 1975 relative aux handicapés étaient également admis dans la procédure de la "26e maladie". Cependant à défaut de pouvoir relever d'une ALD (liste ou hors liste) il reste que les intéressés continuent d'être exonérés pour tous les soins relatifs à l'éducation spécialisée (art L 322-3-6°).

93 Cumul de motifs d'exonération (INFO CNAMTS n° 250 p 31 et 253 p 29)

Aucun texte réglementaire n'interdit l'application cumulée de dispositions relatives à plusieurs situations d'exonération.

C'est ainsi que, dans la pratique, un malade - invalide ou bénéficiaire d'une rente accident du travail correspondant à une incapacité au moins égale à 66 % 2/3 par exemple - peut présenter toutes les conditions prévues dans le cadre de l'assurance maladie pour relever des dispositions prévues en cas d'ALD (examen conjoint, carnet d'ordonnances, PS 71-2 ter).

Par ailleurs, dans la mesure où le médecin-conseil aurait individualisé plusieurs affections, il convient d'envoyer à l'assuré un seul ordonnancier et un seul jeu d'étiquettes, qui préciseront la durée globale d'exonération accordée pour ces différentes maladies.

94 Refus (voir annexe II)

D'une façon générale, et conformément aux dispositions de la loi n° 79-587 du 11 juillet 1979 (BJ II L 06-058 n° 29-79) qui crée des obligations juridiques de motivation expresse, les refus qui sont notifiés aux assurés doivent indiquer de façon explicite les motifs qui ont étayé la décision de la Caisse.

Docteur Jean MARTY
Médecin-Conseil National

Le Directeur-Adjoint
chargé de la Direction
de la Gestion du Risque

M BARUBE

PJ : annexe I : *lettre ministérielle SDAM - AM2 GA 26 du 6 août 1987*

annexe II : nature des refus.

@NV

PLAN DE RATIONALISATION DES DEPENSES DE L'ASSURANCE MALADIE

NATURE DES REFUS

NATURE DE LA DEMANDE	PROCEDURE	DECISION	NATURE DU REFUS (Voies de recours habituelles)
Exonération au titre d'une ALD (sur liste ou hors liste) ou Examen spécial prévu à l'article L 324-1	<u>L 324-1</u> . Protocole d'examen spécial inter-régimes si ALD (C 2,5) . Protocole d'examen spécial habituel si soins ou arrêt de plus de 6 mois (C 1,5)	<u>1 Protocole exploitable</u> 11 - Accord MC et MT . ne relève pas ALD (éventuellement décision soins ou arrêt > 6 mois) 12 - Désaccord MC - MT <u>2 Protocole inexploitable</u> <u>3 Protocole non établi</u> (du fait du médecin traitant ou du malade)	Administratif Médical Administratif Classement sans suite (Assuré avisé par le médecin-conseil)
Prestation Supplémentaire pour médicaments à vignette bleue	<u>. du 03/01/87 au 06/05/87</u> (arrêté du 31/12/86) Art 71 du RICP (PS 19) . avant lettre ministérielle du 17/02/87	Le Conseil d'Administration décide dans la ligne de la politique qu'il a défini	Notification de la décision
	. à compter de la lettre ministérielle du 17/02	Conditions non remplies : demande soumise au CA pour examen	Pas de voie de recours
	<u>. à compter du 07/05/87</u> (arrêté du 30/04/87) Art 71-2 ter du RICP	Conditions de ressources non remplies ou spécialités ne figurant pas sur ordonnance spéciale.	Administratif