

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :

15/01/97

Origine :

CABDIR

MMES et MM les Présidents

MMES et MM les Directeurs

- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

- des Caisses Générales de Sécurité sociale

MMES et MM

- les Médecins Conseils Régionaux

- le Médecin Conseil Chef de Service de la Réunion

- les Médecins Conseils Chefs de Service des Echelons Locaux

(Pour attribution)

Réf. :

CABDIR n° 2/97

Plan de classement :

30

Objet :

MISE EN OEUVRE DES DISPOSITIONS DE L'ARTICLE L.324-1 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE ASSOCIEES A CELLES DE L'ORDONNANCE N°96-345 DU 24 AVRIL 1996 ET DU DECRET N° 96-786 DU 10 SEPTEMBRE 1996 PORTANT SUR LE CONTROLE MEDICAL.

Pièces jointes :

0 1

Liens :

Com.circ CABDIR 49/90 ENSM 1358/90

Com.circ CABDIR 11/96

Date d'effet :

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

ENSM : Dr D.LAPORTE - DGR : M.J COTE

Téléphone :

01.42.79.32.94 - 01.42.79.33.44

@

Le Directeur

15/01/97

Origine :

CABDIR

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

MMES et MM.
les Médecins Conseils Régionaux
le Médecin Conseil Chef de Service de la Réunion
les Médecins Conseils Chefs de Service des
Echelons Locaux

N/Réf. : CABDIR N° 2/97

Objet : MISE EN OEUVRE DES DISPOSITIONS DE L'*ARTICLE L. 324-1 DU
CODE DE LA SECURITE SOCIALE* ASSOCIEES A CELLES DE
L'*ORDONNANCE N° 96-345 DU 24 AVRIL 1996* ET DU *DECRET
N° 96-786 DU 10 SEPTEMBRE 1996* PORTANT SUR LE CONTROLE
MEDICAL

Le suivi médico-social du patient atteint d'une longue maladie, au sens de l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale*, revêt une importance particulière dans la maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de soins.

Je souhaite que vous mobilisiez tous les agents placés sous votre autorité afin de mettre en oeuvre les directives suivantes.

Plan de la circulaire

I - Introduction

II - Analyse des dispositions des articles L. 324-1, R. 324-1 et R. 324-2 associées à celles des articles L. 315-1-I et II, L. 315-2, L. 315-3 et R. 315-1-3 ainsi qu'aux dispositions de l'article L. 141-1 et suivants

2.1. Les dispositions des articles L. 324-1, R. 324-1 et R. 324-2

2.2. Les dispositions des articles L. 315-1-I et II, L.315-2, L.315-3 et R. 315-1-3

2.3. Les dispositions de l'article L. 141-1 et suivants

2.4. Synthèse

III - Les procédures

3.1 Rôle du service administratif

3.2. Rôle du service du contrôle médical

3.2.1. Contrôles des prestations, en amont

3.2.1.1. Modalités générales applicables aux affections de longue durée au sens de l'article L. 324-1 (affections de longue durée non exonérantes ou exonérantes, soins continus supérieurs à six mois, arrêts de travail supérieurs à six mois)

3.2.1.2. Modalités spécifiques aux affections de longue durée exonérées du ticket modérateur

3.2.2. Le renouvellement de l'exonération du ticket modérateur

3.2.3. Contrôles programmés, en aval, dont les modalités sont inscrites par avenant au PLAC, basés sur :

3.2.3.1. Le montant des dépenses

3.2.3.2. L'utilisation de l'ordonnance bi-zone

3.2.3.3. Le suivi médical de certaines affections

3.3. La rémunération de l'examen spécial

3.3.1. La rémunération est due en cas d'accord ou de refus d'ordre médical

3.3.2. La rémunération n'est pas due en cas de refus d'ordre administratif et d'avis technique impossible.

3.4. Les voies de recours

3.4.1. après un refus d'ordre médical

3.4.2. après un refus d'ordre administratif

Annexe sur la rémunération et les modalités d'application de l'examen spécial prévu à l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale

MISE EN OEUVRE DES DISPOSITIONS DE L'ARTICLE L. 324-1 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE* ASSOCIEES A CELLES DE L'ORDONNANCE N° 96-345 DU 24 AVRIL 1996* ET DU *DECRET N° 96-786 DU 10 SEPTEMBRE 1996* PORTANT SUR LE CONTROLE MEDICAL

I - Introduction

Le principe directeur de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996* est d'assurer la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.

Cette maîtrise suppose que soient mises en oeuvre des actions de gestion du risque par les services administratifs et médicaux de l'assurance maladie qui interviennent en synergie et en complémentarité.

Les actions concertées des différents services de l'Institution doivent concourir à réduire méthodiquement toute anomalie s'attachant à l'utilité médicale des prescriptions ainsi qu'à la facturation des prestations, sachant que toutes les actions du service du contrôle médical concourent à cette gestion du risque (article L. 315-1, dernier alinéa).

Il s'agit à la fois de s'intéresser au contenu des prestations remboursées et d'agir auprès de tous les acteurs du système de soins, ordonnateurs de dépenses et consommateurs, avec la préoccupation constante de la prise en charge du " juste soin " tant au niveau collectif qu'au niveau individuel dans le cadre de la relation médecin-malade.

Dans ce contexte, la bonne application de l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale* revêt une importance toute particulière par sa contribution à la réalisation de l'objectif de réduction des dépenses injustifiées.

En effet, la longue maladie, au sens général de l'article L. 324-1, est la seule situation où le médecin conseil intervient obligatoirement en amont dans la prise en charge de la thérapeutique. Il peut ainsi participer au choix du " juste soin " des patients atteints d'affections de longue durée exonérantes qui sont souvent traités dans les circuits médicaux les plus spécialisés et les plus coûteux. Ces dispositions lui permettent également de se prononcer sur la prise en charge des prestations de patients qui ont des soins continus supérieurs à six mois, notamment de ceux à forte consommation. Enfin, le médecin conseil, en se prononçant obligatoirement sur la justification médicale de l'arrêt de travail supérieur à six mois, participe à la prévention de l'invalidité.

II - Analyse des dispositions des articles L. 324-1, R. 324-1 et R. 324-2 associées à celles des articles L. 315-1-I et II, L. 315-2, L. 315-3 et R. 315-1-3 ainsi qu'aux dispositions de l'article L. 141-1 et suivants.

2.1. Les dispositions des articles L. 324-1, R. 324-1 et R. 324-2

Tout assuré ou ayant droit présumé atteint d'une affection de longue durée et en cas d'interruption de travail ou de soins continus supérieurs à six mois doit faire l'objet, à sa demande ou sur l'initiative de la caisse, d'un examen spécial effectué conjointement par le médecin traitant et le médecin conseil. La continuation du service des prestations est subordonnée à l'obligation pour le bénéficiaire :

- de se soumettre aux traitements et mesures de toute nature prévus au protocole d'examen spécial ;
- de se soumettre aux visites médicales et contrôles organisés par la caisse ;
- de s'abstenir de toute activité non autorisée ;
- d'accomplir les exercices ou travaux susceptibles de favoriser sa rééducation ou son reclassement professionnel.

En cas de désaccord entre le médecin traitant et le médecin conseil, les traitements et mesures de toute nature sont déterminés par un expert. Cet expert est désigné conjointement par le médecin traitant et le médecin conseil ou, à défaut, par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales.

En cas d'inobservation des obligations précitées, le conseil d'administration de la caisse, ou le comité ayant reçu délégation à cet effet, peut suspendre, réduire ou supprimer le service des prestations. La décision est notifiée, par lettre recommandée avec accusé de réception, au bénéficiaire. Une copie de cette notification est adressée au médecin traitant.

2.2. Les dispositions des articles L. 315-1-I et II, L. 315-2, L. 315-3 et R. 315-1-3

Le praticien conseil se prononce sur " tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations ". Son avis, donné en application de l'article L. 315-1-I, s'impose à la caisse et à l'assuré. Précédemment, selon la jurisprudence constante de la Cour de cassation, cet avis n'était opposable à l'assuré que pour les seules prestations dont la prise en charge était explicitement soumise par les textes à un avis du contrôle médical.

Lorsque le praticien conseil avise la caisse qu'une prestation n'est pas médicalement justifiée, au sens de l'article L. 315-2, la caisse doit :

- notifier à l'assuré la décision, en l'informant de sa portée et en lui indiquant la voie de recours à l'expertise médicale prévue à l'article L.141-1 ;
- suspendre le service de la prestation à la date d'effet de la notification ;
- informer l'auteur de l'acte ou de la prescription et, le cas échéant, le professionnel qui exécute la prestation. Il appartient également au praticien conseil de faire part directement au(x) professionnel(s) concerné(s), en application des principes déontologiques et conventionnels, des motivations de son avis.

Par ailleurs, lorsque le médecin traitant ne respecte pas, au sens de l'article L. 315-3, les règles de prescription portant sur le médicament, l'arrêt de travail et le transport ainsi que celles d'utilisation de l'ordonnance bi-zone, il peut être sanctionné par le comité médical régional.

2.3. Les dispositions de l'article L. 141-1 et suivants

La procédure d'expertise médicale s'applique lorsqu'il existe une contestation d'ordre médical relative à l'état du patient. En particulier, lorsque le désaccord porte sur le diagnostic ou le traitement concernant une affection de longue durée, la voie de recours est l'expertise "L.141-1" (application des dispositions de l'article R. 141-2).

2.4. Synthèse

De l'ensemble de ces dispositions, il ressort que le médecin conseil peut, lorsqu'il existe un désaccord avec le médecin traitant sur la thérapeutique d'une affection de longue durée et en cas d'interruption de travail ou de soins continus supérieurs à 6 mois au sens de l'article L. 324-1, demander à la caisse, en application des dispositions de l'article L. 315-2, de suspendre le service des prestations qui ne sont pas médicalement justifiées. La voie de recours du patient est l'expertise "L. 141-1".

Lorsque le médecin traitant ne répond pas au protocole ou lorsque le patient concerné est un polyconsultant sans médecin désigné, le médecin conseil peut également faire suspendre directement le service des prestations qui ne sont pas médicalement justifiées.

Le service du contrôle médical peut saisir le comité médical régional à l'encontre des médecins qui ne respectent pas les règles de prescription des prestations prévues à l'article L. 315-3. Cette possibilité n'est pas exclusive de l'utilisation des autres contentieux notamment de celui du contrôle technique, en cas de traitement dangereux par exemple.

III - Les procédures

3.1 Rôle du service administratif

Des actions de communication destinées aux professionnels de santé et aux bénéficiaires de l'assurance maladie doivent être développées, en collaboration avec le service du contrôle médical, afin de les sensibiliser aux obligations et aux avantages liés à la prise en charge en "longue maladie". A cet effet, des messages aux assurés peuvent être mentionnés sur les décomptes ; des informations peuvent être données aux médecins traitants soit par écrit, soit lors de réunions conventionnelles ou de formation continue.

Il appartient aux caisses de repérer, afin d'effectuer des signalements au service du contrôle médical, les bénéficiaires de l'assurance maladie qui ont :

- une interruption de travail supérieure à six mois. Ce signalement se fait, dans le cadre du protocole local d'actions concertées (PLAC) et en application de l'article 42 bis du règlement intérieur des caisses primaires, RICP, le plus souvent au 120ème jour d'indemnités versées.
- des soins continus supérieurs à six mois. Ce signalement est actuellement rarement effectué, il est pourtant également prévu à l'article 42 bis du RICP. Il doit être, comme le précédent, inscrit au PLAC.

Les caisses doivent par ailleurs s'assurer régulièrement lors des contrôles effectués sur la liquidation des prestations que ces dispositions sont appliquées.

Remarques :

- *" Il y a lieu de considérer, en principe, comme soins continus d'une durée supérieure à 6 mois, les soins exigeant l'utilisation de feuilles de maladie successives et continues tous les 15 jours...Toutefois, lorsque cette condition ne se trouve pas remplie, et s'il apparaît notamment par l'examen des ordonnances produites par l'assuré que l'intéressé a effectivement reçu les soins de façon continue " les dispositions s'appliquent (lettre ministérielle du 28 octobre 1955). Il apparaît également possible de négliger les courtes interruptions de soins. En tout état de cause, il appartient au médecin conseil de déterminer les soins continus [Bul. Jur. 19-56, D. 2, as. jaune].*
- *Dès lors qu'un assuré a interrompu son travail pendant 6 mois consécutifs les dispositions s'appliquent également même si l'arrêt n'est pas dû à la même maladie (lettre ministérielle du 12 novembre 1962), [Bul. Jur. Ia, 8-63, D.51 jaune].*

3.2. Rôle du service du contrôle médical

3.2.1. Contrôles des prestations, en amont

La procédure d'exonération médicale du ticket modérateur repose sur l'application des dispositions de l'article L.324-1 du code de la sécurité sociale*, notamment " l'examen spécial ". L'examen spécial est matérialisé par un protocole écrit, P.E.S., dont la partie réservée aux affections de longue durée exonérantes est dénommée P.I.R.E.S. (Protocole Inter Régime d'Examen Spécial) par les partenaires de la convention médicale.

3.2.1.1. Modalités générales applicables aux affections de longue durée au sens de l'article L. 324-1 (affections de longue durée non exonérantes ou exonérantes, soins continus supérieurs à six mois, arrêts de travail supérieurs à six mois)

➤ *Utilisation du protocole d'examen spécial :*

- ↳ Pour la prise en charge en longue maladie, le protocole d'examen spécial est rédigé à la demande du malade (ou de son représentant) ou sur l'initiative du médecin conseil.
- ↳ Pour l'exonération médicale du ticket modérateur, le protocole d'examen spécial est rédigé à la demande exclusive du malade ou de son représentant.

Remarque :

Afin de responsabiliser le malade, il est souhaitable, dans la mesure du possible, de lui remettre ou de lui adresser le protocole d'examen spécial. A charge pour lui de le faire compléter par son médecin traitant. Le médecin traitant retourne le protocole d'examen spécial directement au médecin conseil.

➤ *Lors de la rédaction du protocole d'examen spécial :*

- ↳ le médecin conseil doit veiller à ce que les éléments de diagnostic, de pronostic et le projet thérapeutique (y compris éventuellement l'arrêt de travail) soient suffisamment détaillés, conformes aux données acquises de la science, ainsi qu'aux recommandations et références médicales professionnelles, notamment celles retenues par l'agence du médicament et par les conventions. Toutefois, il est indispensable que ce traitement, tracé dans ses grandes lignes, permette de tenir compte de l'évolution propre à chaque patient.

↪ Le protocole est élaboré, si nécessaire, après un entretien avec le médecin traitant et pour les cas difficiles après un examen conjoint du patient. Le médecin conseil doit privilégier l'examen clinique afin de donner un avis pertinent adapté à l'état du malade. Le médecin conseil communique ses conclusions au médecin traitant. Celui-ci dispose d'un délai de 15 jours pour faire connaître ses observations (article 43 du RICP). Le défaut de réponse du médecin traitant équivaut à une acceptation de sa part, les conclusions du médecin conseil sont alors les seules retenues.

↪ Les modifications de fond apportées au projet thérapeutique doivent être formalisées par un nouveau protocole. Il en est de même lors des demandes de renouvellement ou lorsque le malade change de médecin traitant.

L'application des dispositions de l'article L. 324-1, en dehors des modalités spécifiques à l'exonération du ticket modérateur, permet au médecin conseil de :

- se prononcer sur le diagnostic de l'affection de longue durée,
- statuer sur le projet thérapeutique et de s'assurer de son application,
- suivre l'arrêt de travail,
- prendre en charge, notamment, certains transports pour soins...

➤ ***Le médecin conseil, dans certaines situations, ne peut pas se prononcer ou émet un refus de prise en charge :***

- ↪ Un avis technique impossible, ATI, en cas de
- ❖ non-réponse du médecin traitant au protocole, lors de l'envoi initial ;
 - ❖ rédaction imprécise du protocole ;
 - ❖ carence de l'assuré à la convocation du médecin conseil.

Dans les trois cas, une notification est adressée à l'assuré par la caisse primaire, qui doit expliquer le motif de l'avis et sa portée. Le service des prestations peut être suspendu, réduit ou supprimé par la caisse.

- ↪ Un refus d'ordre administratif en cas de désaccord sur les seuls critères réglementaires (durée des soins inférieure à 6 mois, soins non continus...). L'assuré est informé du motif de la décision et de la voie de recours.

↳ Un refus d'ordre médical en cas de désaccord entre le médecin traitant et le médecin conseil, après concertation, portant sur :

- ❖ le diagnostic,
- ❖ l'état du malade,
- ❖ le projet thérapeutique. En application des dispositions de l'article L. 315-2, le médecin conseil doit demander à la caisse primaire de suspendre le service des prestations qui ne sont pas médicalement justifiées.

L'assuré est informé de la voie de recours. Le médecin traitant reçoit de la caisse primaire, pour information, le double de la notification adressée à l'assuré (art. R. 315-1-3) et directement du médecin conseil, la motivation médicale de la décision.

3.2.1.2. Modalités spécifiques aux affections de longue durée exonérées du ticket modérateur

La demande d'exonération du ticket modérateur est faite à la demande exclusive du malade ou de son représentant.

L'exonération ne porte que sur les frais relatifs aux traitements et mesures en rapport avec la ou les affections exonérantes. La prescription doit être faite sur la partie correspondante de l'ordonnance bi-zone. La qualité du protocole et la cohérence de son contenu avec les référentiels professionnels sont déterminantes en matière de gestion du risque, notamment pour le contrôle de l'utilisation de l'ordonnance bi-zone.

Afin d'améliorer la qualité de la prise en charge, des référentiels d'aide à la décision pour les principales ALD 30, seront diffusés par l'ENSM.

◆ ***Demande d'exonération au titre d'une ALD 30 (maladie inscrite sur la liste prévue à l'article D 322-1 du code de sécurité sociale*)***

Le médecin conseil peut donner trois types d'avis :

- Avis favorable, si le malade est atteint d'une affection inscrite sur la liste précitée, et si le traitement est adapté, en se basant sur les recommandations du Haut comité médical de la sécurité sociale.
- Avis défavorable d'ordre médical, s'il existe un désaccord entre le médecin conseil et le médecin traitant sur le diagnostic ou le traitement et mesures mis en oeuvre.
- Avis défavorable d'ordre administratif, si la maladie décrite n'est pas inscrite sur la liste.

Remarque :

Le médecin conseil signale au service administratif la vaccination antigrippale à prendre en charge pour les malades exonérés atteints de :

- *diabète sucré,*
- *accident vasculaire cérébral invalidant,*
- *néphropathie chronique grave ou syndrome néphrotique pur primitif,*
- *affection neuromusculaire grave,*
- *mucoviscidose,*
- *cardiopathie congénitale mal tolérée, insuffisance cardiaque grave et valvulopathie grave,*
- *insuffisance respiratoire grave,*
- *S.I.D.A.*

◆ ***Demande d'exonération au titre d'une affection caractérisée hors liste, grave, évolutive ou invalidante.***

“ Lorsque le malade est, sur sa demande, reconnu par le contrôle médical, atteint d'une forme évolutive ou invalidante d'une affection grave caractérisée, ne figurant pas sur la liste des affections mentionnées au 3° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale* pour des soins continus d'une durée prévisible supérieure à 6 mois, la participation laissée à la charge de l'assuré, pour les frais relatifs au traitement de l'affection considérée, au sens de l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale*, peut être prise en charge sur le Fonds national d'action sanitaire et sociale. ” (arrêté du 30 décembre 1986 publié au journal officiel du 23 janvier 1987 - article 71-4 du RICP).

Le médecin conseil se prononce sur :

- La longue durée au sens de l'article L. 324-1.
- La caractérisation de l'affection.
- Son caractère de gravité.
- Son caractère invalidant et/ou d'évolutivité.

Le médecin conseil peut donner trois types d'avis :

- Avis favorable, si l'affection, nécessitant des soins (et/ou un arrêt de travail) prévisibles supérieurs à 6 mois, est caractérisée, grave et a des caractères invalidants et/ou d'évolutivité indiscutables.

- Refus d'ordre médical, s'il existe un désaccord entre le médecin traitant et le médecin conseil sur un des paramètres précités. Un accord peut être donné au titre du seul article L. 324-1, si les conditions médico-administratives sont réunies.
- Refus d'ordre administratif, si les critères réglementaires ne sont pas respectés, par exemple : “ l'affection nécessite des soins inférieurs à 6 mois ”, ou bien “ la gravité, le caractère d'évolutivité et/ou invalidant ” ne sont observés ni par le médecin traitant, ni par le médecin conseil.

◆ ***Demande d'exonération au titre de la polypathologie invalidante***

“ Lorsque le malade est, sur sa demande, reconnu par le contrôle médical, atteint de plusieurs affections caractérisées entraînant un état pathologique invalidant pour lequel des soins continus d'une durée prévisible supérieure à 6 mois sont nécessaires, la participation laissée à la charge de l'assuré, pour les frais relatifs au traitement de l'état pathologique considéré au sens de l'*article L. 324-1 du code de la sécurité sociale*, peut être prise en charge sur le Fonds national d'action sanitaire et sociale. ” (arrêté du 7 septembre 1988 publié au journal officiel du 9 septembre 1988 - article 71-4-1 du RICP).

Le médecin conseil se prononce sur :

- L'existence de plusieurs maladies caractérisées de longue durée au sens de l'*article L. 324-1 du code de la sécurité sociale*.
- Le caractère invalidant de ces maladies, entraînant une altération importante et durable des fonctions physiologiques qu'elles soient viscérales, sensorielles, motrices ou mentales, après s'être référé au schéma de Wood.

Le médecin conseil peut donner trois types d'avis :

- Avis favorable, s'il existe au moins deux maladies de longue durée, dont une n'est pas une ALD 30 ou une affection exonérante "hors liste", entraînant un état invalidant.

Remarque :

si les affections décrites sont uniquement des ALD 30 et/ou des affections exonérantes hors liste, il convient de donner un accord au titre des ALD 30 et/ou d'affections exonérantes hors liste, après rapprochement avec le médecin traitant.

- Refus d'ordre médical, s'il existe un désaccord sur les critères médicaux prévus par la réglementation. Un accord peut être éventuellement donné au titre du seul article L. 324-1, si les conditions médico-administratives sont réunies.
- Refus d'ordre administratif, si les affections décrites par le médecin traitant et observées par le médecin conseil ne correspondent pas à la définition réglementaire.

Exemples : association d'affections non caractérisées ; affections de durée prévisible inférieure à 6 mois...

3.2.2. Le renouvellement de l'exonération du ticket modérateur

- La durée d'exonération du ticket modérateur pour les ALD 30 est médicalisée. L'échéance est fixée en fonction de l'évolutivité de la maladie. L'exonération doit être accordée pour une longue période, voire de façon définitive, lorsque l'affection en cause n'est pas susceptible de guérir (diabète sucré, hémophilie, paraplégie, arriération mentale...). Le suivi est alors assuré par des contrôles programmés.
- pour les affections exonérantes "hors liste", la durée d'exonération est réglementairement au maximum de 2 ans.
- pour les polypathologies invalidantes, la durée d'exonération est réglementairement au maximum de 2 ans.

Lors du renouvellement, les médecins conseils doivent vérifier le bien fondé de la poursuite de l'exonération et le respect des dispositions du protocole de l'examen spécial.

◆ *Pour les ALD 30*

Le médecin conseil chef de service et le directeur de la caisse sont incités à supprimer la relance automatique à l'échéance de l'exonération du ticket modérateur. Le malade, ou son représentant, doit adresser une nouvelle demande. Elle est traitée comme l'initiale.

◆ *Pour les affections exonérantes hors liste*

Une nouvelle demande doit être adressée par le malade ou son représentant. Elle est traitée comme la demande initiale.

◆ *Pour les polypathologies invalidantes*

Une nouvelle demande doit être adressée par le malade ou son représentant. Elle est traitée comme la demande initiale.

3.2.3. Contrôles programmés, en aval, dont les modalités sont inscrites par avenant au PLAC

Ils doivent répondre à l'objectif de la maîtrise médicalisée de ne prendre en charge que les soins médicalement justifiés. A cet effet, les contrôles

peuvent être ciblés en utilisant les critères de sélection des domaines d'intervention, sur :

3.2.3.1. Le montant des dépenses, par exemple celui

- des patients polyconsultants, dont la consommation annuelle en “ médecine de ville ” est supérieure à un montant de x francs, comme ceux de la classe 7 de la typologie définie dans le numéro 80 du bloc-notes statistique de l’assurance maladie.

La classe 7, qui représente 4 % de l’effectif des assurés sociaux mais plus de 14 % du total des dépenses, est constituée de patients, d’un âge moyen de 50 ans, en majorité des femmes (70 %), qui consultent plus de 4 spécialistes par an. Le montant annuel des dépenses, par individu, est très élevé (12.900 francs). Ces patients “ nomades ”, ne sont exonérés du ticket modérateur au titre d’une affection de longue durée que dans 30 % des cas.

- des patients d’une maison de retraite...

3.2.3.2. L’utilisation de l’ordonnance bi-zone

La distinction entre les soins de l’affection exonérante et ceux des maladies intercurrentes, est de la responsabilité du prescripteur. Les médecins conseils assurent le suivi de la bonne utilisation de l’ordonnance bi-zone par des contrôles programmés sur :

- Un patient,
- Un groupe de patients,
- Une maladie,
- Un médecin,
- Un groupe de médecins,
- Une prestation.

3.2.3.3. Le suivi médical de certaines affections

La durée de l’exonération du ticket modérateur étant habituellement attribuée en fonction du pronostic de l’affection, le médecin conseil peut, pour s’assurer du “ juste soin ”, vérifier le respect, dans le cadre d’un contrôle programmé ciblé sur une maladie, de l’application du protocole de l’examen spécial. Pour ce faire, il est nécessaire de sélectionner la maladie à partir de quatre critères :

- l’enjeu médical,
- l’enjeu financier,
- la faisabilité du contrôle,
- l’efficacité des actions.

Exemple : Les patients atteints de diabète sucré non insulino-dépendant peuvent être exonérés du ticket modérateur de façon définitive si les critères retenus par le Haut comité médical de la sécurité sociale sont réunis, mais des contrôles programmés doivent être effectués pour s'assurer que le patient est suivi et traité conformément aux données actuelles de la science.

3.3. Rémunération de l'examen spécial

Les honoraires rétribuant le médecin traitant pour l'établissement du protocole sont distincts de ceux de l'acte médical lui-même et donnent lieu ainsi à une facturation distincte.

Le médecin conseil se prononce sur le versement de la rémunération au médecin traitant, après étude du protocole d'examen spécial, et informe de sa décision la caisse primaire en lui transmettant le volet 1 du document.

La caisse primaire, à la réception de l'imprimé complété par le médecin conseil, règle directement le montant de l'honoraire au médecin rédacteur du protocole. Cet honoraire est imputé au compte risque maladie, sans ticket modérateur, et l'imprimé est conservé comme pièce justificative du paiement.

3.3.1. La rémunération est due en cas d'accord ou de refus d'ordre médical

- Pour la longue maladie sans exonération du ticket modérateur, elle est de C x 1,5 ou V x 1,5 et éventuellement de CS ou de CNPSY. Cette rémunération est fixée par l'arrêté du 6 juin 1963 (J.O. du 22 juin 1963).
- Pour la longue maladie exonérée du ticket modérateur, elle est de C x 2,5 (PIRES). Cette rémunération est fixée par la lettre ministérielle du 30 avril 1987. Elle est calculée sur la base du tarif conventionnel quelle que soit la discipline exercée par le médecin, médecine générale ou spécialisée et de sa situation au regard de la convention médicale nationale (non conventionné, conventionné en secteur I avec ou sans DP, conventionné en secteur II).

Remarque :

cette rémunération n'est pas versée aux médecins dont le salaire relève du budget d'un établissement de santé public ou privé.

3.3.2. La rémunération n'est pas due en cas de refus d'ordre administratif et d'avis technique impossible (ATI).

Trois types de situation peuvent se présenter :

- Lorsque le médecin traitant ne renvoie pas le protocole au médecin conseil ;
- Lorsque le protocole est mal rempli, incomplet ou imprécis ;

- Lorsque les renseignements fournis sont erronés.

3.4. Les voies de recours

3.4.1. après un refus d'ordre médical :

*L'expertise *art. L.141-1 du code de la sécurité sociale**

Cette procédure, de type contradictoire, doit être mise en oeuvre directement par le médecin conseil, ou indiquée comme recours au patient par la caisse primaire, chaque fois qu'il existe un litige d'ordre médical, y compris sur le projet thérapeutique, entre le médecin conseil et le médecin traitant, portant sur l'état du patient.

Le médecin traitant est informé de la décision par la caisse primaire, et de la motivation médicale directement par le médecin conseil, conformément aux principes déontologiques et conventionnels.

Remarque :

l'expert désigné lorsque le désaccord porte sur le diagnostic et/ou le projet thérapeutique d'affections exonérantes doit être spécialisé ou compétent dans l'affection considérée.

*L'expertise “ *art. L. 324-1 ” du code de la sécurité sociale**

Cette procédure, décrite à l'article 45 du RICP, constitue un arbitrage médical. Elle est à réserver aux situations exceptionnelles où le patient refuse de suivre les prescriptions de l'examen spécial et à celles de certains toxicomanes sous traitement de substitution.

3.4.2. après un refus d'ordre administratif

La notification adressée à l'assuré par la caisse primaire, par lettre recommandée avec accusé de réception, doit indiquer le motif du refus, en application de la loi du 11 juillet 1979.

Elle permet à l'assuré de saisir la commission de recours amiable, CRA, et le tribunal des affaires de sécurité sociale, TASS, en l'absence de réponse de la CRA dans le délai d'un mois.

Le Directeur

Gérard RAMEIX

@NV

Rémunérations et modalités d'application de l'examen spécial prévu à l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale

Situation	Patient nécessitant des soins continus et/ou un arrêt de travail > 6 mois	Patient atteint de l'une des 30 affections	Patient atteint d'une forme évolutive ou invalidante d'une affection grave caractérisée	Patient atteint de plusieurs affections caractérisées entraînant un état pathologique invalidant
Textes de référence	Art. L. 324-1 Art. R. 324-1 Art. R. 324.2	L. 324-1 L. 322-3-3° R 322-5 D. 322-1	L. 324-1 L. 322-3-4° Art. 1-4 du RICP	L. 324-1 L. 322-3-4 Art. 71-4-1 du RICP
Rémunération du protocole d'examen spécial	C x 1,5 ou V x 1,5 par arrêté du 6 juin 1963 (J.O. du 22 juin 1963)	C x 2,5 (PIRES), par lettre ministérielle du 30 avril 1987		
Utilisation du carnet d'ordonnances bi-zone	Sans objet	Oui		
Portée de l'exonération du ticket modérateur	Sans objet	Limitée aux soins en rapport avec le traitement de l'affection exonérante tel que défini par le protocole d'examen spécial.		
Message porté sur la CAS	Non	100 % limité aux soins relatifs à l'affection LISTE	100 % limité aux soins relatifs à l'affection HORS LISTE	100 % limité aux soins relatifs aux affections multiples
Mention sur l'étiquette autocollante de l'ordonnance bi-zone	Sans objet	ALD	ALD*	ALD**
Prise en charge du ticket modérateur	Non	Sur le risque maladie	Sur le Fonds National d'Action Sanitaire et Sociale (F.N.A.S.S.)	