

Formation des internes en médecine générale

ETM - Protocole de soins

L'exonération du ticket modérateur

Définitions

- Le ticket modérateur est la part non remboursable par l'Assurance Maladie des prestations en nature
- L'exonération du ticket modérateur consiste à la suppression du reste à charge pour le bénéficiaire des soins

L'exonération du ticket modérateur

Définitions

Cette exonération peut être liée à des raisons :

- Administratives : ➡
- Ou médicales : mais attention

Si une affection de longue durée est exonérante, il peut s'agir :

- ALD 29 (« Affections Liste », « 29 affections ») ➡
- ALD hors liste ➡
- Poly pathologie invalidante ➡
- Décrets du 19/01/2011 :
 - 2011-74 et 75 (suivi post ALD) et
 - 2011-77 (actualisation affections listes : critères et durée)

Qui demande l'ETM ?

- Dans la majorité des cas le médecin traitant
- Les autres médecins : spécialistes, en ambulatoire ou en milieu hospitalier
- La mise en place d'une simplification ALD, prévoit la rédaction d'une demande :
 - Avec une argumentation pour les ALD :
 - Renouvellement pour HTA
 - Insuffisance respiratoire grave
 - Maladies métaboliques héréditaires
 - Hors liste et polypathologie
 - Surdité de l'enfant, dons d'ovocytes et stérilité, mineurs victimes de sévices
 - Pour les autres ALD, le simple diagnostic ou numéro de liste suffit, le médecin s'engageant par cette déclaration, à suivre les recommandations de la HAS

Comment demander l'ETM ?

- Mise en place d'une simplification des ALD, sur la base de la déclaration par le médecin et son engagement à suivre les recommandations des référentiels [HAS](#)
- De préférence en ligne : [le PSE](#)
- Mais il existe encore :
 - Forme électronique [téléchargeable](#)
 - Format « papier »

 Mise à jour des fonctionnalités PSE et d'un nouveau document simplifié en 06/2016

Les recommandations de l' HAS (Loi du 13 août 2004)



- Site de l'HAS (www.has-sante.fr)
- Concernent la plupart des ALD 29 et certaines ALD hors liste
- Sous 2 formes :
 - À l'intention des médecins :
 - Protocole National de diagnostic et de Soins
 - Liste des actes et prestations
 - Guides médecins
 - À l'intention des patients : les guides patients : Diabète 1 et 2 , Hépatite C, ...

Le protocole de soins

Demande d'ETM par PSE

- à partir de [votre Espace Pro](#) dans Ameli
- après insertion de la carte vitale du bénéficiaire
- avec assistance de saisie
- [voir comment faire](#)
- les guides HAS sont aussi disponibles en ligne

Votre demande d'ETM par PSE

- Rédaction par le médecin traitant :
 - En cas d'avis favorable : réponse immédiate
 - Une fenêtre d'information immédiate de l'avis favorable apparait pour le médecin rédacteur
 - Le volet 3, à remettre au patient est imprimable immédiatement
 - Notification à l'assuré et mise à jour des droits dans les 48h
 - En cas d'éléments manquants pour valider le PDS
→ échange téléphonique ou par fiche de concertation
 - En cas de désaccord médical : affection non exonérante, acte ou prestation non lié à l'ALD, ... → Notification de refus à l'assuré et retour au médecin rédacteur (exceptionnel)

Le service médical

- En cas de rédaction par protocole papier :
 - Réponse dans les 30 jours
- Retour des volets au médecin traitant
 - Volet 2 avis du service médical avec des précisions sur les éléments exclus du bénéfice de l'ETM
 - Volet 3 à remettre au patient après accord définitif

Le service médical

- Dans le cas de la simplification ALD, le service médical pourra :
 - à son initiative, proposer (ou refuser) la prolongation 6 mois avant la fin d'une exonération
 - vérifier le respect du suivi des recommandations HAS, 6 à 12 mois après l'admission, en fonction des pathologies

La rémunération du protocole

Deux situations :

- ALD non exonérante (L324-1 arrêt ou soins supérieur à 6 mois)
- ALD exonérante pour
 - stérilité,
 - surdité,
 - mineurs victimes de sévices sexuels
 - enfants de moins de 16 ans

Le médecin rédacteur précise si le protocole a été établi en consultation ou à domicile

La rémunération du protocole

Pour les autres cas :

- 40 € par an et par patient exonéré pour le travail de coordination en tant que médecin traitant
- Versement automatique à la date anniversaire de l'entrée du patient en ALD en début de chaque trimestre
- Exemple : un patient dont la date anniversaire d'entrée en ETM est entre le 1er juillet et le 30 septembre 2009, la rémunération est versée à compter du 1er juillet 2009

Prestations en nature

Franchise médicale :

- Déduite des remboursements,
- Concerne tous les bénéficiaires, sauf les moins de 18 ans, CMU et maternité,
- Plafond annuel de 50 €,
- Plafond journalier de 2 à 4 €.

Les exonérations administratives



- Rentier d'Accident du travail ou maladie professionnelle (**pour un taux d'Incapacité Permanente supérieur à 66 %, ayants droits compris dans ce cas**)
- Bénéficiaire de l'article 115 (**pensions de guerre ou victimes civiles**)
- Invalidité ou pension vieillesse substituée à une pension d'invalidité
- Grossesse (**4 mois avant la date présumée de l'accouchement**)
- Nouveaux nés :
 - **dans le cadre des** soins aux prématurés
 - **pour une hospitalisation** dans le mois qui suit la naissance
- Enfants ou adolescents handicapés reconnus par la CDAPH (**Commission Des droits de l'Autonomie des personnes Handicapées**), dont les **sourds profonds**
- Hospitalisation au-delà de 30 jours
- Certains dispositifs médicaux
- Certains actes de prévention ou de dépistage organisé (**mammographies, prévention buccodentaire**)
- Actes dont le coût est supérieur à 120 €

La liste des ALD 30




1. Accident vasculaire cérébral invalidant
2. Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques
3. Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques
4. Bilharziose compliquée
5. Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme grave, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves
6. Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses
7. Déficit immunitaire primitif grave, infection par le VIH
8. Diabète de type 1 et diabète de type 2
9. Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave
10. Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises graves
11. Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves
13. Maladie coronaire
14. Insuffisance respiratoire chronique grave
15. Maladie d'Alzheimer et autres démences
16. Maladie de Parkinson
17. Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé
18. Mucoviscidose
19. Néphropathie chronique grave et syndrome néphrétique primitif ou idiopathique
20. Paraplégie
21. Vascularités, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique
22. Polyarthrite rhumatoïde évolutive
23. Psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale
24. Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives
25. Sclérose en plaques
26. Scoliose idiopathique structurale évolutive
27. Spondylarthrite grave
28. Suites de transplantation d'organe
29. Tuberculose active, lèpre
30. Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique

Le suivi post ALD

- Exonération des actes médicaux et examens de biologie nécessaires au suivi de l'assuré après sa sortie du régime des ALD.
- Demande du médecin traitant sur ordonnance précisant l'affection précédemment exonérée.
- Les prescriptions des actes et examens sont effectués sur une ordonnance simple (pas d'ordonnancier bizonne) en portant la mention « suivi post ALD » sur l'ordonnance et sur la feuille de soins.
- Evolution avec la simplification ALD : proposition par le médecin conseil

ETM pour pathologie Hors Liste (ou procédure exceptionnelle)



- Définition :
 - Une affection grave, caractérisée, traitement prolongé, thérapeutique particulièrement coûteuse
- Décret 22 décembre 2008 :
 - Forme grave d'une maladie ou forme évolutive ou invalidante d'une maladie grave
 - Traitement d'une durée prévisible supérieure à 6 mois
 - Traitement particulièrement coûteux en raison du coût ou de la fréquence des actes, prestations et traitements
- Circulaire ministérielle 308/2009 du 08/10/2009
 - Précise ces points 

1) **Forme grave d'une maladie, ou forme évolutive ou invalidante d'une maladie grave (au moins 1 des critères suivants)**

Risque vital encouru

et/ou

Morbidité évolutive

et/ou

Qualité de vie dégradée

ET

2) **Affection nécessitant un traitement prévisible supérieur à 6 mois**

Traitement prévisible > 6 mois

Voir Circ
308/2009

ET

3) **Affection nécessitant un traitement particulièrement coûteux**

Panier de soins coûteux en rapport avec l'affection (au moins 3 des critères suivants dont celui du traitement médicamenteux ou appareillage) :

- Traitement médicamenteux régulier et/ou appareillage régulier
- Hospitalisation
- Actes techniques médicaux répétés
- Actes biologiques répétés
- Soins paramédicaux répétés

ETM pour pathologie invalidante



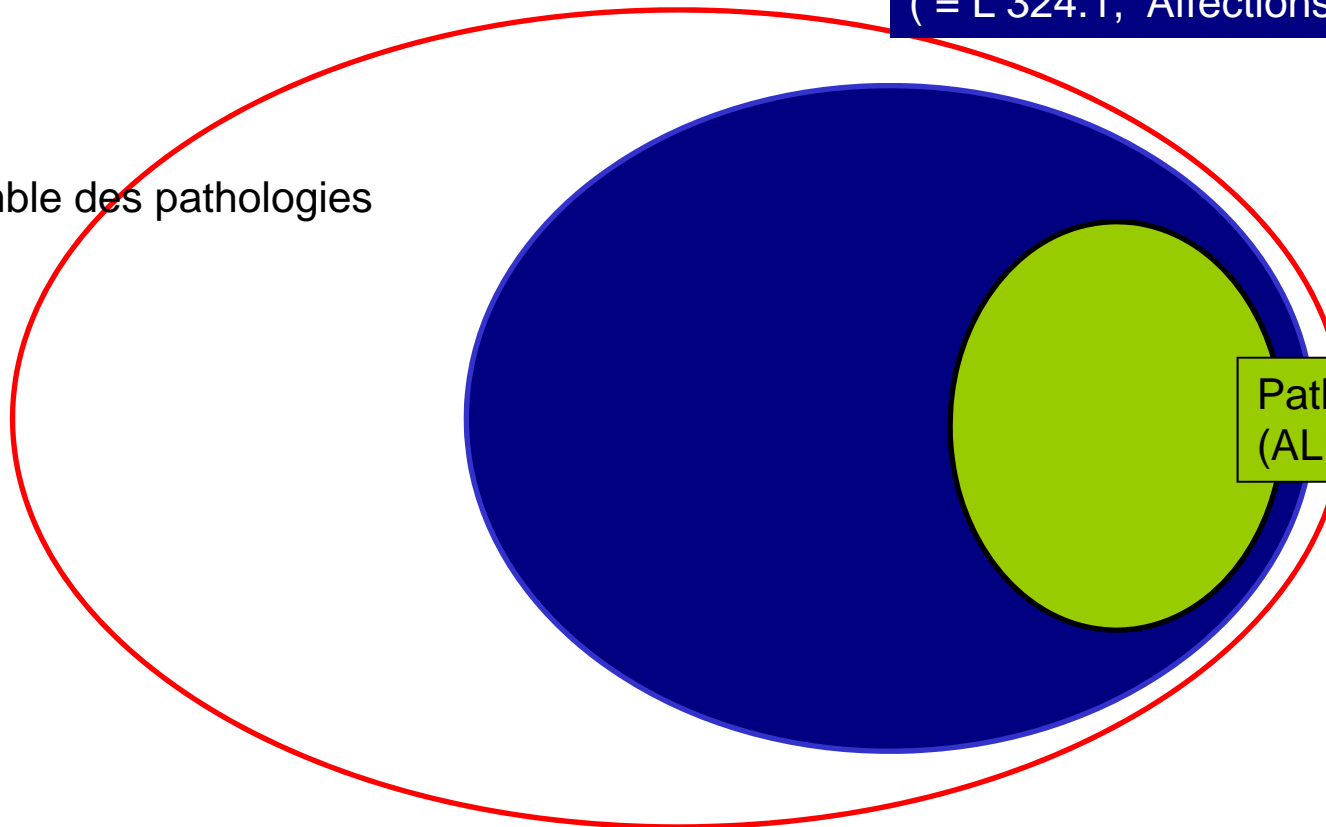
- Plusieurs affections :
 - caractérisées
 - entraînant un état pathologique invalidant (Schéma de Wood)
 - nécessitant des soins continus
 - d'une durée prévisible supérieure à 6 mois

Pour bien comprendre ...



Pathologies de plus de 6 mois
(= L 324.1, 'Affections de Longue durée')

Ensemble des pathologies



Pathologies exonérantes
(ALD29, HL, PP)

...dans le Respect du Secret Médical ...

Ordonnancier Bizone

Sur l'Ordonnancier Bizone ...

- Vous prescrivez les soins nécessités par l'état de santé de votre patient (médicaments, biologie, soins infirmiers, ...)
- En séparant
 - ce qui relève du taux commun (partie basse)
 - ce qui relève de la pathologie exonérée (partie haute)
- Avec un principe :
 - Tout est en bas
 - Sauf ce qui doit être en haut (exonéré)

Ordonnancier Bizone

Pour connaître ce qui relève médicalement de l'ETM :

- Le Protocole de soins
 - ... dont vous disposez si vous l'avez rédigé
 - Ou, au moins, le volet 3 que le patient doit vous présenter
- Le « Panier de Soins exonérable »
prévu par la HAS pour la pathologie exonérée
(voir diaporama précédent, ou le [site de la HAS](#))
- Des outils complémentaires
 - ... valables pour une pathologie unique

Ex : Diabète 2

Les contestations

- L'assuré peut contester un refus, par le médecin conseil, de prise en charge en ETM pour raison médicales, l'assuré peut contester

Expertise L141.1 du code de la sécurité sociale

- L'assuré adresse sa demande d'expertise et désigne un médecin qui le représente
- Le service médical instruit la demande : rédige un argumentaire et adresse le protocole au médecin désigné par l'assuré et lui propose un choix de 2 à 3 noms d'experts
- En l'absence de réponse, après une relance à 15 jours, le médecin conseil désigne un des experts proposés