

## **Simplification administrative des procédures d'admission et de prolongation des droits relatifs aux affections de longue durée**

***Un double objectif : faciliter la pratique des médecins et améliorer la prise en charge des patients***

Introduite par l'article 198 de la loi de modernisation de notre système de santé publiée au Journal Officiel le 26 janvier 2016, **une procédure allégée d'admission en Affection de longue durée (ALD) se met en place avant cet été** pour répondre aux attentes de simplification administrative exprimées par les médecins.

**Les procédures actuelles** d'admission et de prolongation des droits avec exonération du ticket modérateur pour Affection de longue durée (ALD sur liste) **vont être simplifiées** avec, comme objectifs, à la fois de **faciliter la pratique des médecins** et **d'améliorer la prise en charge du patient**.

De plus, **les durées d'exonération sont allongées**, passant de 2 ou 5 ans à 3, 5 ou 10 ans.

Cette réforme concerne les admissions et les prolongations pour **la très grande majorité des ALD** (par exemple en cas d'accident vasculaire cérébral invalidant ou de diabète de type 1 ou 2), **soit près de 2,7 millions de personnes par an**. A noter, l'insuffisance respiratoire chronique grave et les maladies métaboliques et héréditaires sont exclues de ce dispositif simplifié en raison de leurs spécificités<sup>1</sup>. La procédure actuelle demeure inchangée pour les ALD hors liste et les ALD pour polyopathologies invalidantes.

***Une procédure d'entrée en ALD simplifiée pour faire gagner du temps au médecin et raccourcir les délais d'accord***

***Une réduction drastique du temps de rédaction du protocole de soins pour le médecin***

Pour faire une demande d'admission au titre des ALD concernées, le médecin devra **uniquement indiquer le nom de la pathologie concernée et sa date de début**. Tous les autres champs que le médecin devait remplir précédemment sont supprimés (pour renseigner les arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents et pour indiquer les actes et prestations concernant la maladie). En signant le protocole, le médecin certifie que l'état de santé de son patient répond aux critères médicaux utilisés pour la définition de l'ALD concernée et s'engage à respecter les recommandations de la Haute Autorité de santé.

***Un accord plus rapide, voire immédiat, du service médical***

Pour les ALD concernées, l'accord est désormais donné *a priori* et de façon systématique par l'Assurance Maladie afin de **fluidifier la relation entre le médecin et l'Assurance Maladie** et **écourter considérablement le délai d'ouverture des droits au patient**.

Ainsi, lorsque le médecin utilisera le nouveau protocole de soins électronique accessible sur Espace Pro, la réponse de l'Assurance Maladie sera immédiate alors qu'avant la réforme, le médecin devait attendre le retour du médecin conseil qui co-signait le protocole. Avec le nouveau protocole de soins électronique, le médecin aura simplement, avec ou sans la carte Vitale du patient, à sélectionner la

---

<sup>1</sup> Une gestion particulière des demandes impliquant les centres de référence peut en effet être nécessaire pour certaines maladies métaboliques et héréditaires ; par ailleurs, les critères d'admission pour insuffisance respiratoire chronique grave impliquent un examen approfondi du dossier de la part du service médical notamment afin d'identifier le degré de gravité de la maladie.

pathologie diagnostiquée et la date de début **sur un seul et même écran de saisie**. L'accord sera immédiat et les droits du patient pourront être mis à jour sur sa carte Vitale à partir de 2 jours (délai minimum).

Les outils pour rédiger le protocole de soins (électronique ou papier) sont simplifiés. Ils seront disponibles dès la mise en œuvre opérationnelle de la réforme.

**Une prolongation à l'initiative du service médical de l'Assurance Maladie et en concertation avec le médecin traitant, pour éviter les ruptures de droits et alléger la charge administrative du médecin**

Dans un deuxième temps (fin 2016-début 2017), la gestion des prolongations des ALD arrivant à échéance sera également simplifiée. Pour toutes les ALD (à l'exception des maladies métaboliques héréditaires), **c'est le service médical qui, au regard des informations dont il dispose, prendra l'initiative de proposer au médecin traitant la prolongation ou le non renouvellement du bénéficiaire de l'exonération**. Dans ce dernier cas, le service médical se rapprochera du médecin traitant pour examiner avec lui la suite à donner (en suivi post-ALD ou fin d'exonération). Dans tous les cas, le médecin n'aura plus besoin d'initier de démarche auprès du service médical, sauf s'il le souhaite.

Avant	Après
1- <b>Déclarait</b> la pathologie et sa date de début 2- <b>Renseignait</b> les arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents 3- <b>Indiquait</b> les actes et prestations concernant la maladie ou lorsqu'elle existe, il faisait référence à la liste HAS 4- <b>Signait</b> le protocole de soins 5- <b>Attendait</b> le retour du médecin-conseil qui signait le protocole	1- <b>Déclare</b> la pathologie et sa date de début 2- <b>Signe</b> le protocole

**Les informations pratiques sur cette réforme seront disponibles sur le stand de l'Assurance Maladie (n°43) lors de la 10<sup>ème</sup> édition du Congrès de Médecine Générale France qui se tiendra du 31 mars au 2 avril prochain au Palais des Congrès de Paris.**

---

**A propos de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés**

La Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés (Cnamts) gère, au niveau national, les branches Maladie et Accidents du travail / Maladies professionnelles du régime général de Sécurité sociale qui permet à chaque assuré de se faire soigner selon ses besoins, quel que soit son âge ou son niveau de ressources.

L'Assurance Maladie concourt, par les actions de gestion du risque ou les services en santé qu'elle met en œuvre, à l'efficacité du système de soins et au respect de l'Ondam fixé pour l'année 2016 à 185,2 milliards d'euros. Elle participe également à la déclinaison des politiques publiques en matière de prévention et informe chaque année près de 60 millions d'assurés pour les aider à devenir acteurs de leur santé.

Pour conduire ses missions, l'Assurance Maladie s'appuie essentiellement sur 101 Caisses primaires d'Assurance Maladie (Cpam) en France métropolitaine, 4 Caisses générales de sécurité sociale (CGSS) dans les départements d'outre-mer, 1 Caisse commune de sécurité sociale (CCSS), et les 20 Directions régionales du Service médical (DRSM). Enfin, les 16 Carsat (Caisses d'assurance retraite et de la santé au travail) ont des missions bien spécifiques en matière de retraite\*, de tarification et de prévention des risques professionnels et d'action sociale.

*\*A l'exception de la Cramif Île-de France, qui ne gère pas les pensions de retraite, ces champs relevant de la Caisse nationale d'Assurance Vieillesse.*

---

**Contacts presse**

[presse@cnamts.fr](mailto:presse@cnamts.fr)

Lucie Hacquin - 01 72 60 17 64

Céline Robert-Tissot - 01 72 60 13 37