

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :
25/09/96

Origine :
CABDIR

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

Réf. :
CABDIR n° 11/96

Plan de classement :
30

Objet :
ORIENTATIONS GENERALES DU SERVICE MEDICAL POUR L'APPLICATION DES ORDONNANCES
DU 24 AVRIL 1996.

Pièces jointes :

Liens :

Com.circ CABDIR 49/90

Date d'effet :

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

Téléphone :

@

Cabinet du Directeur

25/09/96	MMES ET MM les Medecins Conseils Regionaux le Medecin conseil Chef de Service de la Reunion
Origine : CABDIR	les Medecins Conseils Chefs de Service des Echelons locaux

N/Réf. : CABDIR n° 11/96

**Objet : ORIENTATIONS GENERALES DU SERVICE MEDICAL POUR
L'APPLICATION DES ORDONNANCES DU 24 AVRIL 1996.**

La maîtrise des dépenses de soins par la mise en oeuvre de ***procédures médicalisées de contrôle et d'analyse*** est le principe directeur des ordonnances pour le service médical de l'assurance maladie en référence aux articles L. 315-1, 2 et 3.

Ces procédures s'inscrivent dans les missions générales définies par la *circulaire CNAMTS CAB n° 49/90 ENSM n° 1358/90 du 5 juin 1990*. Elles visent à réduire méthodiquement tout gaspillage lors de la délivrance et la facturation des prestations remboursées par l'assurance maladie ou prises en charge par dotation budgétaire.

Nous souhaitons, que, sans attendre vous mobilisiez tous les praticiens conseils placés sous votre autorité afin de mettre en oeuvre ces directives.

1. LE CONSTAT

Le gaspillage dont la réduction est de la responsabilité de l'assurance maladie est constitué de deux composantes :

- les ***abus de soins*** et les ***soins inappropriés*** délivrés aux patients dont les plus graves peuvent être qualifiés de ***fautes***,
- les ***fraudes*** et les ***infractions*** commises en facturant les prestations.

En coordination avec les services administratifs des caisses, le service médical doit détecter ces gaspillages ; les identifier précisément et les réduire, participant ainsi à la prise en charge du “ juste soin ”. L'ensemble de ces démarches définit l'activité médicale de gestion du risque.

2. LES PROCEDURES MEDICALISEES

2.1. Les contrôles individuels

Ce sont des contrôles obligatoires suivis d'avis que la législation rend impératifs (une liste actualisée sera diffusée dans les prochaines semaines). Ces contrôles visent à valider ou à refuser médicalement une demande de prestation se rapportant à une situation individuelle. La démarche qualité engagée, dans ce secteur où le praticien conseil exerce sa mission d'expert médico-social, doit se poursuivre avec vigilance.

Pour ces contrôles individuels on privilégiera particulièrement l'application des dispositions de **l'article L. 324-1** :

- les bénéficiaires de l'ALD sont souvent traités dans les circuits médicaux les plus spécialisés et les plus coûteux,
- c'est le seul cas où le médecin conseil intervient obligatoirement dans la prise en charge de la thérapeutique. Il peut ainsi participer au choix du “ juste soin ”.

2.2. Les contrôles programmés

Ils visent tant la pertinence des soins que la régularité des facturations.

Ces contrôles programmés portent sur les prestations, les bénéficiaires, les professionnels de santé, les structures dans lesquelles les soins sont dispensés.

Ils doivent être diligentés avec des objectifs clairs et précis en sélectionnant le domaine d'intervention conjointement, versants administratifs et médicaux.

Quatre critères sont à prendre en compte dans cette sélection

- ① l'enjeu financier de la dérive
- ② la faisabilité des contrôles :
 - existence de référentiels de qualité
 - charge de travail réaliste (repérage possible dans un temps raisonnable des actes et des prestations, convocation de patients selon une programmation rationnelle)
 - existence de méthodologies standardisées (Protocoles Standardisés Nationaux) ou possibilité de méthodologie simple.
- ③ l'enjeu médical
- ④ l'efficacité potentielle, notamment l'utilisation des nouvelles possibilités juridiques d'actions et des nouveaux contentieux.

Ces contrôles programmés, pour lesquels les P.S.N. lorsqu'ils sont disponibles, seront utilisés systématiquement, doivent être opérés selon une méthode de conduite de projet, à savoir :

2.2.1. Réunir des informations médicalisées de qualité ; les patients, les professionnels et les structures en sont la source. Pour les obtenir, les compétences d'analyse clinique et les connaissances techniques des praticiens conseils doivent être utilisées.

2.2.2. *Comparer* ces informations à des référentiels

Contrôle de pertinence des décisions cliniques

Avec des référentiels de bonne pratique clinique

- indications médicales figurant dans des réglementations : NGAP, NABM, TIPS, indications thérapeutiques retenues par la commission de la transparence
- références professionnelles
- référentiels non juridiquement opposables mais techniquement validés : études scientifiques, conférences thématiques etc... donc opposables médicalement

Contrôle de régularité des facturations

Avec des réglementations tarifaires (NGAP, NABM, TIPS, Tarif Pharmaceutique National)

Avec d'autres référentiels

Code de la sécurité sociale, Code de la santé publique...

2.2.3. *Conduire* des actions dont l'impact sera mesuré et qui visent la régulation des comportements à l'origine du gaspillage.

Ces actions porteront sur :

2.2.3.1. *Les bénéficiaires*

Ils peuvent être à l'origine de soins inappropriés ou abusifs en sollicitant à tort le système de soins (consultations répétées et inutiles, nomadisme, demandes répétées de prescriptions pharmaceutiques, d'exams, d'arrêts de travail, etc...).

Le praticien conseil lorsqu'il constate une prestation itérative non justifiée médicalement doit en informer la caisse afin d'en faire suspendre le service (**article L. 315-2 utilisé pour toute prestation continue ou répétée sans justification médicale**).

2.2.3.2. Les professionnels et les établissements de santé en différenciant les actions selon la catégorie des anomalies constatées

- Les **abus et les fraudes** relèvent des juridictions de droit commun et/ou ordinaires. La vigilance du service médical doit continuer de s'exercer dans ce domaine en renforçant l'approche médicale : lorsque, en matière d'abus, les règles de l'art sont bafouées, l'exposition des risques encourus par les patients doit faire partie des griefs retenus et exposés devant la juridiction au besoin avec l'avis de consultants.
- Les **infractions** que constituent les cas courants d'inobservance de la NGAP de la NABM, du TIPS, des règles de tarification des frais de transport doivent faire systématiquement l'objet de signalements aux fins de recouvrements d'indus auprès du professionnel qui a opéré la facturation (**article L. 133-4**) .

Il existe également la possibilité de saisine de juridictions de droit commun ou ordinaires afin d'obtenir une sanction à l'encontre de ce professionnel.

Il y a en outre, pour les infractions réglementaires et les manquements aux dispositions conventionnelles relatives à l'hospitalisation privée, des sanctions spécifiques notamment de nature contractuelle.

Quelle que soit l'instance choisie, les praticiens conseils s'attacheront au contrôle des dispositions réglementaires, à portée médicale, qui peuvent faire l'objet d'une argumentation claire et solide devant les juridictions de première instance ou d'appel.

Notamment, en matière de contrôle de la NGAP certains thèmes sont à éviter car leurs libellés sont particulièrement confus. Seules des modifications des référentiels juridiques permettront de trouver une solution satisfaisante aux litiges portant sur leur interprétation (une instruction à ce sujet vous sera communiquée prochainement).

- Les **soins inappropriés** pour lesquels le service médical a désormais mission de formuler un avis au sens des dispositions de l'**article L. 315-1-I**. Cet article porte “ *sur tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations* ”.

C'est un domaine où l'utilisation de référentiels médicalisés de qualité à des fins pédagogiques est recommandée. L'analyse, sur le plan médical, notamment à l'aide de **références professionnelles**, de l'activité des professionnels de santé (**article L. 315-1-IV**) débouchera sur des **entretiens confraternels** dont l'importance est à nouveau soulignée.

Cependant, en cas d'échec du dialogue, les praticiens conseils doivent engager des actions régulatrices, spécialement auprès des instances conventionnelles chargées de veiller au respect des R.M.O., **en privilégiant le contrôle des références pour lesquelles le service médical dispose des meilleurs outils et après un ciblage des médecins à contrôler**.

En outre, l'ordonnance sur la maîtrise des dépenses de soins a prévu une nouvelle instance contentieuse (**article L. 315-3**), le Comité Médical Régional, compétente :

- en cas de non respect de l'utilisation de l'ordonnance bi-zone,
- en cas de non respect des bonnes règles de prescription :
 - de médicaments,
 - d'indemnités journalières,
 - de transports,
- en cas de carence du CMPL pour les manquements en matière de Références Médicales Opposables (**article L. 162-12-16**).

En tout état de cause, lorsque les règles de l'art, validées par des référentiels de bonne pratique sont systématiquement transgressées, la saisine des juridictions ordinaires reste impérative. Il leur appartient de qualifier la faute.

2.3. Les enquêtes et analyses ou la fonction d'audit externe

Cette procédure médicalisée qui s'inscrit comme la précédente dans la mission d'Expertise en Santé Publique, vise à éclairer les décisions structurelles et budgétaires. Elle concerne surtout le secteur hospitalier et a pour objet d'élargir l'action contre le gaspillage en l'étendant vers le management de la qualité et les actions de nature systémique.

Dans ce secteur pour lequel la fonction d'analyse est particulièrement mise en exergue par l'ordonnance relative à la maîtrise (**article L. 315-1-III**) le service médical devra s'orienter prioritairement :

- vers l'appréciation médicale du fonctionnement des structures en s'aidant d'outils comme celui de " comparaison des services ", afin d'éclairer au mieux la négociation des contrats,

- mais aussi vers des réflexions sur la planification, en proposant des approches en terme de réseaux de soins (cancérologie, dialyse, cardiologie...) pour les SROS de 2ème génération.

Des directives détaillées sont en préparation sur ce sujet.

3. LES MODALITES DE MISE EN OEUVRE

La bonne mise en oeuvre de ces *procédures médicalisées* implique une coordination sans faille avec les services administratifs des caisses.

Elle va également nécessiter une parfaite adaptation aux nouvelles instances que sont les Agences Régionales d'Hospitalisation et les URCAM, et fera l'objet de circulaires dès la sortie des textes d'application.

Il n'en demeure pas moins que le service médical doit, sans délai, poursuivre et amplifier ses interventions dans le respect de la présente instruction.

Le Directeur

Le Médecin Conseil National

Gérard RAMEIX

Docteur Jean-Marie BENECH