

Date :
27/03/2001

Origine :
ENSM
DDRI

Réf. :
ENSM n° 14/2001
DDRI n 46/2001
n /
n /

MMES et MM les Directeurs

- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
- des Caisses Générales de Sécurité Sociale

MMES et MM

- les Médecins Conseil Régionaux
- le Médecin Chef de Service de la REUNION

Pour attribution

MMES et MM les Directeurs

- des Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie

Pour information

Plan de classement :

30

Titre :

Mise en œuvre de la suspension du service des prestations en application de l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale

Résumé :

Rappel sur les dispositions de l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale.
Recensement des interventions effectuées au titre de l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale.

Pièces jointes :

Liens :

Com.circ	CABDIR	3/1998	CABDIR	9/1997	CABDIR	2/1997	CABDIR	12/96
Com.circ	CABDIR	11/1996						

Date d'effet :

Dossier suivi par :

Téléphone :

Date de Réponse :

ENSM : Dr Didier LAPORTE
Réjane GOUEL

01.42.79.32.94
01.42.79.32.05

DDRI : Mme

Echelon National du Service Médical
Direction Déléguée aux Risques

27/03/2001

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

Origine :
ENSM
DDRI

MMES et MM
- les Médecins Conseils Régionaux
- le Médecin Chef de Service de la REUNION

Pour attribution

MMES et MM les Directeurs
- des Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie

Pour information

N/Réf. : ENSM n° 14/2001 – DDRI n° 46/2001

Objet : Rappel sur l'application des dispositions de l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale

La responsabilité des caisses et du service du contrôle médical a été renforcée quant à l'évolution des prescriptions et au suivi des dépenses par les lois annuelles de financement de la sécurité sociale. En application des dispositions de l'article L. 162-15-3 du code de la sécurité sociale, la CNAMTS et les autres caisses nationales d'assurance maladie concernées doivent adresser chaque année au Parlement un rapport comportant les moyens mis en œuvre par l'assurance maladie pour maîtriser l'évolution des dépenses de prescriptions des médecins, des sages femmes et des dentistes. Ce rapport « détaille à ce titre les actions, notamment de contrôles, prévues par le service médical... ».

Ce renforcement de la responsabilité de l'assurance maladie dans l'évolution des prescriptions et des dépenses nécessite un rappel sur les *procédures médicalisées de contrôle et d'analyse* permettant la maîtrise des dépenses de soins.

Ces procédures s'inscrivent dans les missions générales définies par la circulaire CNAMTS CABDIR n° 3/98 du 29 mai 1998. Elles visent entre autres à réduire tout gaspillage lors de la délivrance et la facturation des prestations remboursées par l'assurance maladie.

En coordination avec les services administratifs des caisses, le service du contrôle médical doit :

- promouvoir des soins efficaces, utiles, sûrs et efficients. Il doit donc vérifier que les soins proposés au remboursement répondent à ces critères et signaler tout abus ;
- exercer un contrôle externe de l'activité des professionnels ;
- contribuer à la rationalisation de l'offre de soins et des pratiques.

L'ensemble de ces démarches fait partie de l'activité médicale de gestion du risque qui s'intègre dans le plan local d'action de gestion du risque de la caisse primaire. Ce plan, préparé en collaboration étroite avec le service médical, est constitué notamment par des actions d'intérêt local, le plan régional de l'assurance maladie et des programmes inscrits dans le PNIR.

Son application nécessite l'élaboration d'un programme de travail interne détaillant les activités retenues, les modalités de mobilisation des moyens et des informations, les conditions de concertation entre la caisse et le contrôle médical ainsi que les interventions envisagées.

Une de ces interventions est l'application des dispositions prévues à l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale qui permet en particulier la suspension du service de la prestation, mentionnée à l'article L. 321-1 dudit code, lorsqu'elle n'est pas médicalement justifiée.

Rappel sur les pouvoirs d'investigation du praticien conseil

Les pouvoirs d'investigation du médecin conseil portent, en application de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale, sur :

- le contrôle de « tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations ». Précédemment, selon la jurisprudence constante de la Cour de Cassation et jusqu'à l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996, l'avis du praticien conseil 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 ;
- le constat des « abus en matière de soins, de prescription d'arrêt de travail et d'application de la tarification des actes et autres prestations ». Les praticiens conseils ont leur rôle confirmé dans le contrôle des prestations prises en charge par l'assurance maladie ;

- « l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des établissements de santé ». Les praticiens conseils sont chargés d'une mission d'audit externe visant à porter une appréciation médicale sur le fonctionnement des structures, afin de fournir à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation des éléments de négociation des contrats. Le service du contrôle médical apporte également des réflexions sur la planification, en proposant des approches, en particulier en terme de réseaux de soins, pour les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire. Il peut également à partir de cette analyse donner un avis sur la prise en charge des assurés sociaux par les établissements de santé.
- « l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des professionnels de santé ». Cette analyse porte sur toutes leurs activités notamment au regard des règles conventionnelles.

Dans le cadre de ces missions, l'avis du praticien conseil, concernant l'attribution et le service des prestations, s'impose à la caisse (article L. 315-2 du code de la sécurité sociale).

Trois principes fondamentaux doivent être respectés. Ils sont repris dans le décret n° 96-786 du 10 septembre 1996 relatif au contrôle médical :

- *les droits de l'assuré social ;*
- *le droit à l'information des personnes concernées ;*
- *les règles de la déontologie médicale.*

Rappel sur la mise en application de la suspension du service de la prestation à l'égard du bénéficiaire de l'assurance maladie

Le praticien conseil doit faire cesser la prise en charge d'une prestation chaque fois qu'il constate la non justification médicale de cette prestation ou sa prescription en dehors des conditions prévues pour son remboursement.

Les dispositions de l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale portent sur :

- les prestations dont la prise en charge est subordonnée à un avis individuel obligatoire du praticien conseil. Le refus est donné en amont de la prise en charge (exonération du ticket modérateur pour une affection de longue durée, invalidité, rechute d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle...);
- les prestations soumises à un avis individuel non obligatoire (entente préalable pour laquelle l'absence de réponse équivaut à un accord). Le refus d'ordre médical s'oppose à la prise en charge de la prestation concernée lorsque l'avis est donné avant l'exécution de l'acte ou en suspend le service à la date de notification ;
- les autres prestations prévues à l'art. L. 321-1 du code de la sécurité sociale dont le service est continu.

En pratique sont concernés, indépendamment des avis individuels obligatoires :

- les actes en série, soumis ou non à la procédure de l'entente préalable :
 - ↳ actes de rééducation fonctionnelle,
 - ↳ actes infirmiers,
 - ↳ acupuncture,
 - ↳ consultations ou consultations spécialisées répétées,
 - ↳ certains transports...
- les indemnités journalières. Elles sont versées sous la réserve de l'ouverture des droits, sauf avis contraire du service médical. Dans ce cas, le versement est suspendu à la date de la notification ;
- certaines prestations du TIPS (appareil en location...);
- les médicaments.

C'est, particulièrement, sur la prise en charge des médicaments que les dispositions de l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale ont tout leur intérêt et qu'elles engagent la responsabilité des praticiens conseils.

A cet effet, le médecin conseil doit :

- prendre les mesures nécessaires pour faire modifier la thérapeutique chaque fois qu'il estime qu'un traitement ou une prestation n'est pas médicalement justifié (par exemple, un médicament remboursable mais non justifié par l'état du malade) ou présente un danger potentiel pour la santé du patient. Ces mesures sont diverses :
 - ↳ information du prescripteur et, si possible, mise en œuvre d'un protocole de soins au sens de l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale ;
 - ↳ cessation du remboursement du ou des médicaments concernés (refus notifié par la caisse avec indication de la voie de recours de l'expertise médicale prévue à l'article L. 141-1 du code de la sécurité sociale) ;
 - ↳ éventuellement, si nécessaire, déclenchement d'un contentieux ordinal à l'issue d'une analyse d'activité confirmant une pratique inhabituelle.
- faire cesser le remboursement du ou des médicaments chaque fois qu'un traitement est prescrit en dehors des indications retenues pour le remboursement. Un refus d'ordre administratif est notifié à l'assuré avec indication du motif et de la voie et du délai de recours (CRA) :
 - ↳ le prescripteur doit être informé ;
 - ↳ la procédure contentieuse prévue à l'article L. 315-3 du code de la sécurité sociale peut être envisagée à l'encontre du prescripteur si l'analyse de son activité révèle une pratique habituelle de non-utilisation de la mention « NR ».

Dans ces deux situations, lorsque la caisse décide de suspendre le service d'une prestation, cette suspension prend effet à compter de la date de la notification de la décision à l'assuré, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Cette notification indique à l'assuré la portée de la décision (la prestation n'est plus prise en charge) et le recours dont il dispose (expertise médicale ou contentieux général).

La caisse informe simultanément de cette décision le médecin auteur de l'acte ou de la prescription en cause et, le cas échéant, le professionnel concerné par l'exécution de la prestation (article R. 315-1-3 du code de la sécurité sociale).

En outre, lorsque le litige est médical, l'information personnalisée du prescripteur incombe au praticien conseil.

Cas particuliers

- Le médecin conseil peut, lorsque le médecin traitant ne répond pas au protocole sur la thérapeutique et le suivi d'une affection de longue durée, au sens de l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale, ou lorsque le patient concerné est un polyconsultant sans médecin désigné, demander à la caisse de suspendre le service des prestations qui ne sont pas médicalement justifiées. La voie de recours du patient est l'expertise de l'article L. 141-1 du code de la sécurité sociale.
- En ce qui concerne le défaut de présentation de l'assuré à une convocation du service du contrôle médical, il convient d'appliquer l'article 41 du règlement intérieur des caisses primaires : « aucun bénéficiaire de l'assurance maladie ne peut se soustraire aux divers contrôles. En cas de refus, les prestations, tant en argent qu'en nature, sont suspendues pour la période pendant laquelle le contrôle aura été rendu impossible et notification en est donnée à l'assuré ».
- Certains assurés, pour lesquels le service médical a demandé aux caisses primaires de suspendre les prestations, bénéficient du tiers payant intégral, voire de la couverture maladie universelle. La suspension des prestations est alors sans effet en cas de nomadisme médical qui ne permet pas d'identifier les professionnels qui prescrivent et qui dispensent les soins. La prestation ne doit pas, en principe, être réglée. Ces situations qui concernent un nombre limité d'assurés sociaux ne peuvent se régler que par un examen individuel.

Recensement des interventions effectuées au titre de l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale

Afin que la CNAMTS puisse disposer d'informations sur les interventions du service du contrôle médical fondées sur l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale, nous vous demandons de renseigner le tableau (annexe 1), au titre du 2^{ème} trimestre 2001, selon la procédure décrite et de l'adresser au plus tard le 27 juillet 2001 à l'ENSM.

Nous vous demandons de bien vouloir mobiliser les agents placés sous votre autorité afin de mettre en œuvre ces directives et de nous faire part des éventuelles difficultés d'application rencontrées.

Le Médecin Conseil National

**Le Directeur Délégué aux
Risques**

Pr Hubert ALLEMAND

Pierre-Jean LANCRY

@NV

Recensement des interventions effectuées au titre de l'article L. 315-2 au cours du 2ème trimestre 2001

Nature de la prestation	Refus d'ordre médical (prestation non médicalement justifiée - en nombre d'avis)	Refus d'ordre administratif (prestation prescrite en dehors des indications prévues pour le remboursement - en nombre d'avis)
Actes en série		
Articles du TIPS		
Médicaments		
Autres		

Remarques :

Chaque échelon local adresse ce tableau à l'ERSM.

L'ERSM adresse la synthèse à l'ENSM avant le 27 juillet 2001.

