

CIRCULAIRE

CIR-49/2006

Document consultable dans Médi@m

Date :

25/10/2006

Domaine(s) :

Contentieux et affaires juridiques

Nouveau	☒
Modificatif	☐
Complémentaire	☐
Suivi	☐

Objet :

Articles L.162-1-14 et R.147-6
du code de la sécurité sociale :
Pénalités financières - champ
d'application.

Liens :

Cir-30/2006

LR-DCCRF-14/2006

Plan de classement :

13

Emetteurs :

DCCRF DDO

Pièces jointes :

à Mesdames et Messieurs les

☒ **Directeurs**

☒ CPAM

☐ CRAM

☒ URCAM

☐ UGECAM

☒ CGSS

☐ CTI

☒ **Agents Comptables**

☒ **Médecins Conseils**

☒ Régionaux

☒ Chef de service

☒ Médecin Chef de la Réunion

Pour information

Résumé :

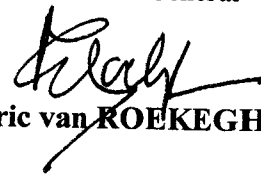
L'article 23 de la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie, codifié à l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale (CSS), prévoit que, après avoir recueilli l'avis de la commission des pénalités, le Directeur d'un organisme local d'assurance maladie peut prononcer une pénalité financière à l'encontre d'un assuré, un employeur, un professionnel de santé ou un établissement de santé en cas de manquements susceptibles d'être sanctionnés dont la liste est établie par l'article R. 147-6 du code de la sécurité sociale.

Cette circulaire commente le champ d'application des dispositions de ce texte réglementaire.

Mots clés :

Article L. 162-1-14 du CSS - Article R. 142-6 du CSS -
Pénalités financières - Champ d'application

Le Directeur Général



Frédéric van ROEKEGHEM

CIRCULAIRE : 49/2006

Date : 25/10/2006

Objet : Articles L.162-1-14 et R.147-6 du code de la sécurité sociale : Pénalités financières - champ d'application.

Affaire suivie par :

DCCRF/D2CM - Docteur Béatrice RIO

☎ : 01 72 60 20 25

DCCRF/DRFRA – Fabien PETIT

☎ : 01 72 60 22 37

DCCRF/D2CM – Docteur Gaetano SABA

☎ : 01 72 60 24 34

L'article 23 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale) donne compétence au directeur d'un organisme local d'assurance maladie pour notifier, après avis d'une commission ad hoc, une pénalité financière à un assuré, un employeur, un professionnel de santé ou un établissement de santé en cas d'inobservation des règles du code de la sécurité sociale (CSS).

Le décret n°2005-1016 du 23 août 2005 pris pour l'application de l'article L. 162-1-14 du CSS, détermine l'organisme local compétent, la procédure de fixation de la pénalité, la liste des manquements susceptibles d'être sanctionnés et le barème des sanctions applicables.

Ce texte, publié au Journal Officiel du 25 août 2005, ne s'applique qu'à des faits réalisés postérieurement à cette parution.

Cette circulaire a pour objet de recenser les faits et règles susceptibles de faire l'objet de la procédure L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale.

Elle complète la lettre réseau LR-DCCRF-14-2006 du 05 juillet 2006 qui décrit le déroulement de cette procédure. Avant la détermination éventuelle d'une pénalité, une mise en garde est notifiée à l'acteur concerné par le directeur de la CPAM. Deux exceptions à cette mise en garde existent cependant :

- dans le cas d'une mise en garde ou d'une pénalité financière prononcée dans les deux ans précédant pour le même motif,
 - dans le cas où le montant d'indus calculé dépasse la moitié du plafond mensuel de la sécurité sociale.
- Ces exceptions conduisent à pouvoir engager la procédure sans notification préalable d'une mise en garde.

Le montant de la pénalité est fixé par le directeur de la CPAM après avis de la commission des pénalités, en application du barème établi à l'article R. 147-7 du code de la sécurité sociale en fonction du montant indu.

Le directeur de l'organisme communique aux membres de la commission le double de la notification qu'il adresse à l'intéressé. Cette notification fait état d'une argumentation sur la forme et le fond de la décision et des raisons qui ont pu éventuellement motiver une décision différente de l'avis de la commission.

Pour les professionnels de santé et les établissements, cette circulaire distingue :

- les manquements ne pouvant faire l'objet d'une pénalité financière que s'ils sont inscrits dans le cadre d'un programme thématique national,
- ceux relevant d'une initiative locale et/ou régionale.

1. Les manquements commis par les assurés

Ces manquements peuvent faire l'objet d'une pénalité financière dans le cadre d'un contrôle-contentieux d'initiative loco-régionale.

Ils concernent les assurés :

- **Qui ne respectent pas la condition prévue pour bénéficier d'indemnités journalières, à savoir « d'être dans l'incapacité de continuer ou de reprendre son travail ».**
Cette disposition vise l'exercice d'une activité, rémunérée ou non, pendant un arrêt de travail.
Il convient de souligner qu'il existe d'autres dispositions visant les assurés en arrêt de travail qui ne respectent pas les conditions de versement d'indemnités journalières prévues par le Code de la sécurité sociale (cf. lettre réseau LR – DRM – 116/2005 du 19 septembre 2005). A savoir, d'une part, l'article L. 323-6 du CSS qui permet à la Caisse de retenir "*tout ou partie des indemnités journalières*" pour les assurés qui ne respectent pas l'obligation de « *s'abstenir de toute activité non autorisée* » et, d'autre part, l'article L. 315-2 du CSS qui permet à la Caisse de suspendre le bénéfice des indemnités journalières lorsque le médecin conseil considère que l'arrêt n'est médicalement pas justifié.
- **Qui fournissent de fausses déclarations relatives à l'état civil, la résidence, la qualité d'assuré ou d'ayant droit ou aux ressources** dans le but d'obtenir ou de faire obtenir une prestation d'assurance maladie ou d'accident du travail.
Cette disposition vise les mentions erronées ou fausses concernant l'état civil, la résidence, les ressources ou la qualité d'assuré social (ou d'ayant droit) nécessaires à la liquidation d'une prestation maladie ou accident du travail et s'applique notamment aux pièces justificatives fournies, aux feuilles de soins produites par les assurés sociaux...
- **Qui ne respectent pas le caractère personnel de la carte vitale**
Cette disposition vise en premier lieu l'usurpation d'une carte vitale mais peut également concerner l'obligation pour les assurés d'en déclarer la perte ou le vol. En effet l'article R. 161-33-7 du CSS, mentionné à l'article R. 147-6 du CSS, stipule : « *Le titulaire signale tout dysfonctionnement, perte ou vol de sa carte selon la procédure indiquée par l'organisme lui servant les prestations d'un régime de base d'assurance maladie* ».

2. Les manquements commis par les employeurs

Ces manquements peuvent faire l'objet d'une pénalité financière dans le cadre d'un contrôle-contentieux d'initiative loco-régionale.

Ils concernent les employeurs :

- **Qui portent des indications erronées sur les attestations de salaire afin de majorer le montant des indemnités journalières servies.**
- **Dont la responsabilité a été reconnue dans le bénéfice irrégulier d'indemnités journalières.**

Ces dispositions s'appliquent, que l'employeur soit subrogé ou non dans les droits de son salarié. Elles visent les situations où de façon concertée ou non, les mentions erronées portées sur l'attestation patronale ont eu pour conséquence le versement d'indemnités journalières d'un montant erroné ou qui n'étaient pas dues (exemple, l'employeur qui ne signale pas la reprise anticipée d'un salarié après un arrêt de travail).

3. Les manquements commis par les professionnels de santé

Sont concernés les professionnels de santé libéraux et les praticiens statutaires à temps plein des établissements publics de santé dans le cadre de leur activité libérale.

3.1 - Peuvent faire l'objet d'une pénalité financière, uniquement dans le cadre d'un programme thématique national, les professionnels de santé :

- **Dont la responsabilité a été reconnue dans :**

Les abus constatés par le service du contrôle médical dans le cadre d'une analyse d'activité en matière de soins, de prescriptions d'arrêt de travail et d'application de la tarification des actes et autres prestations.

- **Qui ne respectent pas :**
 - **L'obligation de mentionner sur les documents destinés au service du contrôle médical, les éléments d'ordre médical justifiant les arrêts de travail et les transports qu'ils prescrivent.**

Ces dispositions introduites par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 correspondent à l'obligation faite aux médecins, lorsqu'ils établissent une prescription d'arrêt de travail de mentionner les éléments d'ordre médical justifiant cet arrêt. De même, lorsqu'ils établissent une prescription de transport, les praticiens ont obligation de mentionner les éléments d'ordre médical précisant le motif du déplacement et justifiant le mode de transport prescrit ;

- **L'obligation de mentionner le caractère non remboursable des produits, prestations et actes qu'ils prescrivent.**

Cette disposition correspond à l'obligation pour les professionnels de santé prescripteurs de signaler sur l'ordonnance, support de la prescription, le caractère non remboursable par l'assurance maladie des produits, prestations et actes :

- lorsqu'ils prescrivent une spécialité pharmaceutique en dehors des indications thérapeutiques remboursables retenues lors de l'inscription sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du CSS (liste des spécialités remboursables disponibles en ville) ;
- lorsqu'ils prescrivent un produit ou une prestation sans respecter les indications thérapeutiques ou diagnostiques de prise en charge mentionnées retenues lors de l'inscription sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du CSS (LPP) ;
- lorsqu'ils prescrivent un produit ou une prestation sans respecter les indications thérapeutiques ou diagnostiques de prise en charge retenues lors de l'inscription sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du CSS (NGAP et CCAM, NABM).

- **Les conditions de prise en charge ou de prescription prévues lors de l'inscription au remboursement par l'assurance maladie des actes, produits ou prestations.**

- Etablissement d'une feuille de soins sans respecter les conditions de prise en charge par référence aux indications thérapeutiques ou diagnostiques, à l'état du patient ainsi qu'aux conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation de l'acte ou de la prestation retenues lors de l'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7 du CSS.
- Prescription d'un produit ou d'une prestation sans respecter les spécifications techniques, les indications thérapeutiques ou diagnostiques et les conditions particulières de prescription et d'utilisation retenues lors de l'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du CSS.
- Prescription et délivrance d'une spécialité pharmaceutique sans respecter les indications thérapeutiques remboursables et les conditions particulières de prescription et de délivrance retenues lors de l'inscription sur la liste visée à l'article L. 162-17 du CSS (cf. article L. 162-17 du CSS sur les conditions tenant à la qualification ou à la compétence des prescripteurs sur l'environnement technique ou l'organisation des soins et article R. 163-2 du CSS sur les médicaments d'exception).

- **L'obligation faite au pharmacien de délivrer le conditionnement le plus économique compatible avec les mentions figurant sur l'ordonnance.**

Conformément aux dispositions de l'article R. 162-20-6 du CSS (reprise in extenso de l'article R 5123-3 du code de la santé publique), le pharmacien doit délivrer le conditionnement existant le plus économique au regard de la posologie et de la durée de traitement (ou du nombre d'unités de conditionnement). En l'absence de ces mentions sur l'ordonnance, il doit suivre les règles posées à l'article R 162-20-4 du CSS.

Cette règle sur le respect de la plus stricte économie dans la délivrance qui existait depuis très longtemps au niveau du code de la santé publique a été transposée dans le code de la sécurité sociale par le décret 2004-1367 du 16 décembre 2004.

- **L'obligation faite à tout professionnel de santé délivrant des produits ou articles pris en charge par l'assurance maladie de mentionner certaines informations et, s'agissant des pharmaciens, l'obligation de communiquer à l'assuré la charge que les médicaments délivrés représentent pour l'assurance maladie.**

Lorsque sont délivrés des produits ou articles remboursés, le professionnel doit mentionner sur la feuille d'assurance maladie et les ordonnances le montant de la somme payée par l'assuré pour l'achat de chacun des produits ou articles délivrés en mentionnant le cas échéant le montant ou le taux de la réduction accordée (cf. article L 162-36 du CSS).

En outre, les pharmaciens doivent porter sur l'original de l'ordonnance à restituer au patient : le montant total des produits délivrés et la part prise en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire du patient (articles L 161-31 et D 161-13-1 du CSS).

- **Les règles du code de sécurité sociale relatif à la rédaction des feuilles de soins papier ou électroniques et des ordonnances** (articles R 161-41, R 161-42 et R 161-45 du CSS), portant uniquement sur les points suivants :

Le professionnel de santé doit mentionner :

- les éléments visant à appréhender la situation du patient dans le cadre des dispositifs "médecin traitant" et parcours coordonné de soins (articles R 161-41 du CSS),
- pour chacun des actes ou prestations réalisés, sa cotation au regard de la nomenclature (NGAP et CCAM, NABM, LPP) (articles R 161-42 du CSS).

Le professionnel doit respecter les modalités de prescriptions prévues en matière d'ordonnancier bizonne, en cas d'ancien PIRES (articles R 161-45 du CSS).

- **L'obligation pour les assurés sociaux relevant d'un protocole mentionné à l'article L 324-1, de conformité des prescriptions avec ce protocole.**
- **Le caractère personnel de la carte électronique individuelle** appelée Carte professionnel de santé (CPS) permettant notamment au professionnel de réaliser des feuilles de soins électroniques (FSE). Avant de déclencher une telle démarche, l'Assurance Maladie et le Groupement d'intérêt public- carte de professionnel de santé (GIP CPS) doivent inciter les professionnels de santé à mettre en place des procédures de qualité et de vérification concernant l'envoi des FSE.

3.2 - Peuvent faire l'objet d'une pénalité financière, dans le cadre d'un contrôle-contentieux d'initiative loco-régionale, les professionnels de santé

- **qui ne respectent pas l'obligation de faire figurer sur la feuille d'accident prévue à l'article L 441-5 du Code de la sécurité sociale uniquement les actes relatifs aux accidents du travail et maladies professionnelles.**
- **qui ne respectent pas les règles du code de sécurité sociale relatives aux modalités de présentation des documents auxquels sont subordonnées la constatation des soins et l'ouverture du droit aux prestations de l'assurance maladie** (art R. 161-39 à R. 161-51 du CSS) selon les consignes suivantes :

-Pour les médecins, le débouché contentieux est conventionnel.

- Pour les autres professionnels de santé la voie contentieuse est celle des pénalités financières.

Sont concernées les obligations suivantes :

Feuilles de soins

➤ **Rédaction des feuilles de soins papier ou électroniques** (Article R 161-40 à 44)

Le professionnel de santé doit mentionner :

- le nom et prénom du bénéficiaire des actes,
- son propre identifiant et sa situation d'exercice,
- la date à laquelle chaque acte ou prestation est effectué ou servi,
- la mention, s'il y a lieu, du fait que les actes ou prestations sont effectués ou servis consécutivement à un accident,
- le code des médicaments délivrés inscrits sur la liste des spécialités remboursables y compris le code des médicaments délivrés avec mention d'un code indiquant que la prescription est libellée en dénomination commune ou le code des médicaments substitués, en cas de substitution.
- Le montant des honoraires perçus ou le montant de la facture du professionnel ainsi que, le cas échéant, le montant de la dispense d'avance de frais totale ou partielle consentie au bénéficiaire : Ex : AT-MP, CMU, DAF-OP (dispense d'avance des frais option médecin référent), TPE (tiers-payant exceptionnel).

Cas particuliers pour les pharmaciens (Article R 161-51)

S'il s'agit d'une feuille de soins électronique, le pharmacien d'officine est tenu d'estampiller les vignettes des médicaments délivrés. Cet estampillage est réalisé au moyen d'une marque appliquée à l'encre indélébile et débordant de part et d'autre de la vignette ou d'un tampon à l'encre indélébile portant la mention : annulée.

➤ **Transmission des feuilles de soins papier ou électroniques** (Article R 161-47)

En cas de transmission par voie électronique, le professionnel doit transmettre les feuilles de soins électroniques (FSE) dans un délai fixé à :

- **trois jours ouvrés** en cas de paiement direct de l'assuré,
- **huit jours ouvrés** lorsque l'assuré bénéficie d'une dispense d'avance des frais.

En cas d'envoi sur support papier, le professionnel doit transmettre la feuille de soins dans un délai de :

- **huit jours**, lorsque l'assuré bénéficie d'une dispense d'avance des frais.

Ordonnances

➤ **Le professionnel qui exécute la prescription** porte sur l'ordonnance son identifiant et les informations permettant de rapprocher cette ordonnance de la feuille de soins correspondant aux actes ou prestations qu'il a effectués ou servis.

Ces informations sont :

- la date des prestations qu'il sert,
- les noms et prénoms du bénéficiaire des soins,
- l'identification de la caisse de l'assuré,
- le numéro d'immatriculation au répertoire national d'identification des personnes physiques de l'assuré ou, si celui-ci n'est pas le bénéficiaire des soins, le numéro

d'immatriculation au répertoire national d'identification des personnes physiques ou, à défaut, la date de naissance de ce dernier.

Lorsque le prescripteur a transmis l'ordonnance par voie électronique, le professionnel qui exécute la prescription ne porte pas ces références.

➤ **Transmission des ordonnances** (Article R 161-48)

La transmission des ordonnances doit respecter, pour l'exécutant, une des procédures suivantes :

- la transmission de l'ordonnance est effectuée, sur support papier, dans les mêmes conditions que la feuille de soins papier,
- par voie électronique, l'exécutant de la prescription transmet la feuille de soins à l'organisme servant à l'assuré les prestations de base à l'assurance maladie, dans le délai de trois jours ouvrés pour le paiement direct à l'assuré et dans un délai de huit jours ouvrés lorsque l'assuré bénéficie d'une dispense d'avance de frais.

➤ **Transmissions des prélèvements de laboratoires** (Article R 161-46)

Les prélèvements adressés aux laboratoires de biologie médicale sont accompagnés d'un bon d'examen qui comporte les informations, non mentionnées sur l'ordonnance, nécessaires pour compléter les rubriques d'une feuille de soins envoyée à l'assuré ou à l'organisme d'assurance maladie.

Ne sont pas concernées les obligations décrites au chapitre précédent 3-1, portant sur le dispositif « médecin traitant » et parcours coordonné de soins, la mention du code de l'acte ou de la prestation réalisée (NGAP, CCAM, NABM, LPP), le respect de l'ordonnancier bizonne d'après l'ancien PIRES).

- Cas particuliers

Bien que le détournement de l'usage de la carte électronique individuelle inter régimes délivrée par les organismes d'assurance maladie à tout bénéficiaire de l'assurance maladie (carte vitale) puisse faire l'objet de pénalités financières, il a été décidé que le débouché contentieux doit être prioritairement la juridiction pénale et à défaut la saisine de la section des assurances sociales du conseil régional de l'Ordre.

4 Les manquements commis par les établissements de santé

Tous les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du CSS sont concernés, c'est-à-dire les établissements publics, privés participants au service public et privés lucratifs conventionnés ou non avec l'ARH.

4.1 - Concernant la pratique des professionnels de santé salariés de ces établissements, les faits décrits au chapitre 3 sont applicables aux établissements eux-mêmes.

4.2 - Peuvent faire l'objet d'une pénalité financière, uniquement dans le cadre d'un programme thématique national, les établissements de santé :

- **En cas d'inobservation des règles de prise en charge des actes et prestations remboursables.**

Les règles de prise en charge des actes et prestations remboursables (NGAP, CCAM, NABM) sont ici concernées, plus particulièrement le non respect des indications thérapeutiques ou diagnostiques à l'état du patient, à l'observation de conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation de l'acte ou de la prestation.

- **En cas de manquements à l'obligation de mentionner sur le bordereau de facturation, pour chacun des actes ou prestations réalisés, sa cotation au regard de la nomenclature (NGAP et CCAM, NABM, LPP) (articles R 161-40 et 42 du CSS).**

4.3 - Peuvent faire l'objet d'une pénalité financière, dans le cadre d'un contrôle-contentieux d'initiative loco-régionale, les établissements de santé :

- **En cas de manquement aux règles de facturation, erreur de cotation ou absence de réalisation d'une prestation facturée pour les activités de soins de suite ou de réadaptation et les activités de psychiatrie exercées dans les établissements de santé privés mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du CSS.**

Cette disposition concerne les activités hors champ de la T2A des établissements privés lucratifs conventionnés ou non avec l'ARH.

- **En cas de facturation d'un acte, produit ou prestation pris en charge par la dotation mentionnée à l'article L. 174-1 ou par la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du CSS.**

Cette disposition concerne les activités non financées par la tarification à l'activité : la Dotation Annuelle de Financement (DAF) des établissements publics et PSPH, et la dotation nationale de financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC).

- **En cas de non-respect de l'obligation faite à tout établissement de santé délivrant des produits ou articles pris en charge par l'assurance maladie de mentionner les informations prévues par l'article L. 162-36 du CSS.**

C'est l'obligation de mentionner la somme effectivement payée par l'assuré pour l'achat de chacun des produits ou articles délivrés ainsi que, le cas échéant, le montant ou le taux de réduction accordée.

- **En cas de manquements aux règles du code de la sécurité sociale relatives aux modalités de présentation des bordereaux de facturation auxquelles sont subordonnées la constatation des soins et l'ouverture du droit aux prestations de l'assurance maladie :**

➤ Concernant la rédaction des bordereaux de facturation (Article R 161-40 à 44)

L'établissement doit mentionner :

- le nom et prénom du bénéficiaire des actes,
- son propre identifiant,
- la date à laquelle chaque acte ou prestation est effectué ou servi,

- la mention, s'il y a lieu, du fait que les actes ou prestations sont effectués ou servis consécutivement à un accident,
- le montant de la facture de l'établissement ainsi que, le cas échéant, le montant de la dispense d'avance de frais totale ou partielle consentie au bénéficiaire :
Ex : AT-MP, CMU, DAF-OP (dispense d'avance des frais option médecin référent), TPE (tiers-payant exceptionnel).

➤ **Concernant la transmission des bordereaux de facturation** (Article R 161-47)

En cas de transmission par voie électronique, l'établissement doit transmettre les feuilles de soins électroniques (FSE) dans un délai fixé à :

- **trois jours ouvrés** en cas de paiement direct de l'assuré,
- **huit jours ouvrés** lorsque l'assuré bénéficie d'une dispense d'avance des frais.

En cas d'envoi sur support papier, l'établissement doit transmettre la feuille de soins dans un délai de :

- **huit jours**, lorsque l'assuré bénéficie d'une dispense d'avance des frais.