

CIRCULAIRE

CIR-50/2006

Document consultable dans Médi@m

Date :

25/10/2006

Domaine(s) :

Contentieux et affaires juridiques

Nouveau	☒
Modificatif	☐
Complémentaire	☐
Suivi	☐

Objet :

Débouchés contentieux des contrôles et analyses d'activité des Professionnels de santé

Liens :

Cir-30/2006

LR-DCCRF-14/2006

Plan de classement :

13

Emetteurs :

DCCRF DDO

Pièces jointes :

à Mesdames et Messieurs les

☒ **Directeurs**

☐ **Agents Comptables**

☒ **Médecins Conseils**

☒ CPAM

☐ UGECAM

☐ CRAM

☒ CGSS

☒ URCAM

☐ CTI

☒ Régionaux

☒ Chef de service

☒ Médecin Chef de la Réunion

Pour information

Résumé :

Cette circulaire indique les débouchés contentieux des contrôles et analyses d'activité des professionnels de santé d'initiatives nationale ou loco régionale.

Mots clés :

Contentieux à l'encontre des professionnels de santé.

Le Directeur Général



Frédéric van ROEKEGHEM

CIRCULAIRE : 50/2006

Date : 25/10/2006

Objet : Débouchés contentieux des contrôles et analyses d'activité des Professionnels de santé

Affaire suivie par :

DCCRF/D2CM - Docteur Béatrice RIO

☎ : 01 72 60 20 25

DCCRF/D2CM – Docteur Gaetano SABA

☎ : 01 72 60 24 34

Cette circulaire a pour objet d'indiquer les débouchés contentieux à utiliser en fonction du type de griefs relevés à l'encontre d'un professionnel de santé. Elle précise notamment les modalités d'articulation entre les différents dispositifs de sanctions, notamment ceux prévus respectivement par la loi et par les conventions signées entre les organismes d'assurance maladie et les professionnels de santé.

Les griefs sont susceptibles d'être retrouvés à l'issue de contrôles ou d'analyses d'activité à visée contentieuse d'initiative nationale ou loco régionale. La qualification des griefs fait l'objet d'un débat entre le praticien conseil et le professionnel de santé dans le cadre du contradictoire. A l'issue de l'analyse d'activité ou du contrôle, après notification des griefs et lettre de conclusion d'analyse, le professionnel incriminé a toujours la possibilité, s'il le souhaite, de faire part de ses observations.

Les débouchés contentieux à utiliser en fonction du type de griefs relevés à l'encontre d'un professionnel de santé sont mentionnés dans les tableaux ci-dessous.

Seules les procédures contentieuses sont traitées dans cette circulaire. Aucune autre voie contentieuse ne devra être appliquée. La récupération d'indus, ne constituant pas un débouché contentieux, n'est pas citée dans cette circulaire. Il appartient aux organismes locaux de procéder, lorsque c'est nécessaire, à cette action, à l'exception de situations particulières préalablement définies par des instructions de la CNAMTS.

En ce qui concerne la procédure des pénalités financières (article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale), 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.

1. Les griefs susceptibles d'être retrouvés à l'issue de contrôles à visée contentieuse d'initiative nationale

Intitulé des griefs	Débouchés contentieux
Non respect du caractère personnel de la Carte professionnel de santé (CPS)	Pénalités financières (art. L.162-1-14 CSS) ¹
Non respect des règles de prise en charge ou de prescription prévues lors de l'inscription au remboursement (actes, produits ou prestations)	Pénalités financières (art. L.162-1-14 CSS)
Non respect de l'obligation de mentionner, sur les documents destinés au service du contrôle médical, les éléments d'ordre médical justifiant la prescription d'arrêt de travail et de transport	Pénalités financières (art. L.162-1-14 CSS)
Non respect de l'obligation de mentionner le caractère non remboursable des produits, prestations et actes	Pénalités financières (art. L.162-1-14 CSS)
Non respect des règles du CSS relatives aux modalités de présentation des documents auxquels sont subordonnées la constatation des soins et l'ouverture du droit aux prestations, portant uniquement 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	Pénalités financières (art. L.162-1-14 CSS)
Non respect de l'obligation pour les assurés sociaux relevant d'un protocole de soins, de conformité des prescriptions (non respect du nouveau protocole de soins)	Pénalités financières (art. L.162-1-14 CSS)
Faute à la nomenclature ²	Pénalités financières (art. L.162-1-14 CSS) ³
Abus constatés par le service du contrôle médical dans le cadre d'une analyse d'activité	Section des assurances sociales des conseils régionaux des Ordres ou pénalités financières (art. L.162-1-14 CSS) en fonction des cas
Tact et mesure secteur 2	Section des assurances sociales du conseil régional de l'Ordre ou information du conseil départemental de l'ordre (disciplinaire)
Mise sous accord préalable des prescripteurs abusifs d'arrêt de travail	En cas de récurrence d'abus de prescription d'arrêts de travail dans les deux ans après mise sous accord préalable : Section des Assurances Sociales du Conseil régional de l'Ordre

¹ 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.

² La faute est un manquement aux obligations dont l'origine peut être un fait positif, une faute par omission, une erreur, une ignorance, une imprudence, une maladresse, une négligence.

³ La CNAMTS privilégiera le contrôle sur les actes qui ne présentent pas de divergence d'avis entre la CNAMTS et les représentants de la profession au sein de la commission de hiérarchisation des actes et prestations. Elle réserve la possibilité, pour les rares actes qui présenteraient des interprétations non tranchées au niveau de la dite commission, de mener des contrôles sur un échantillon de professionnels avec récupération d'indus seule en vue d'un règlement du litige par la procédure civile qui ferait jurisprudence. Cette jurisprudence permettra dans un second temps d'appliquer des pénalités financières en cas de manquements sur ces actes pour lesquels la procédure civile aurait confirmé l'avis de la CNAMTS.

2. Les griefs susceptibles d'être retrouvés à l'issue de contrôles à visée contentieuse d'initiative loco régionale

Intitulé des griefs	Débouchés contentieux
Non respect de l'obligation de faire figurer sur la feuille d'accident (L 441-5) uniquement les actes relatifs aux AT/MP	Pénalités financières puis si récidive dans les deux ans saisine d'une autre juridiction (Section des assurances sociales des conseils régionaux des Ordres, pénal)
Fraude à la nomenclature ⁴	Section des assurances sociales des conseils régionaux des Ordres
Facturation d'acte fictif (acte facturé mais non réalisé)	Pénal en premier lieu, à défaut section des assurances sociales des conseils régionaux des Ordres. Information du Conseil département de l'Ordre à réception de la décision de la juridiction pénale
Détournement de l'usage de la carte vitale (assurés)	Pénal en premier lieu, à défaut section des assurances sociales des conseils régionaux des Ordres. Information du Conseil département de l'Ordre à réception de la décision de la juridiction pénale
Fourniture de certificats, ordonnances, ..., de complaisance	Information du conseil départemental de l'Ordre (disciplinaire)
Non-utilisation ou mauvaise utilisation, de façon répétée, des documents auxquels sont subordonnées la constatation des soins et leur prise en charge par l'Assurance Maladie. Ce thème concerne la rédaction des feuilles de soins et ordonnances ainsi que leur transmission par voie électronique ou sous forme papier.	Instances conventionnelles pour les médecins, Pénalités financières pour les autres professionnels de santé.
Application de façon répétée de tarifs supérieurs aux tarifs opposables en dehors des cas autorisés	Instances conventionnelles (médecins, chirurgiens dentistes, sages femmes, masseurs kinésithérapeutes, infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, directeurs de laboratoires)
Abus de droit autorisé à dépassement (DAP)	Instances conventionnelles (médecins)
Utilisation abusive du DE	Instances conventionnelles (chirurgiens-dentistes, infirmiers, orthophonistes, sages femmes, orthoptistes)
Non-inscription de façon répétée du code des actes	Instances conventionnelles (médecins)
Utilisation abusive de la dispense d'avance des frais	Instances conventionnelles (chirurgiens-dentistes)
Manquement à l'obligation de fournir un devis préalable lorsqu'il est obligatoire	Instances conventionnelles (chirurgiens-dentistes)
Non respect de façon répétée des dispositions conventionnelles arrêtées en matière de prévention bucco-dentaire	Instances conventionnelles (chirurgiens-dentistes)

⁴ La fraude stricto sensu est une action de mauvaise foi dans le but de tromper, de porter atteinte aux droits ou aux intérêts d'autrui. Il y a une intention de nuire. La distinction entre ce qui relève de la faute et de la fraude à la nomenclature fait l'objet actuellement d'un travail dont les conclusions seront diffusées au 4^{ème} trimestre 2006.