

CIRCULAIRE

CIR-1/2012

Document consultable dans Médi@m

Date :

02/01/2012

Domaine(s) :

gestion du risque

Nouveau	<input checked="" type="checkbox"/>
Modificatif	<input type="checkbox"/>
Complémentaire	<input type="checkbox"/>
Suivi	<input type="checkbox"/>

Objet :

Définitions opérationnelles de la fraude, des activités fautives et abusives pour l'Assurance Maladie

Liens :

Plan de classement :

P10-06

Emetteurs :

DCCRF

Pièces jointes :

à Mesdames et Messieurs les

- | | | |
|--|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Directeurs | <input checked="" type="checkbox"/> CPAM | <input checked="" type="checkbox"/> CARSAT |
| | <input type="checkbox"/> UGECAM | <input checked="" type="checkbox"/> CGSS |
| | | <input type="checkbox"/> CTI |
| <input checked="" type="checkbox"/> Agents Comptables | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Médecins Conseils | <input checked="" type="checkbox"/> Régionaux | <input checked="" type="checkbox"/> Chef de service |

Pour mise en oeuvre Immédiate

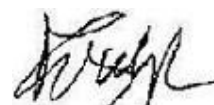
Résumé :

Cette circulaire a pour finalité de préciser les éléments caractérisant la fraude, les activités fautives et abusives.

Mots clés :

Définitions ; fraude ; activités fautives ; activités abusives.

Le Directeur Général



Frédéric van ROEKEGHEM

CIRCULAIRE : 1/2012

Date : 02/01/2012

Objet : Définitions opérationnelles de la fraude, des activités fautives et abusives pour l'Assurance Maladie.

Affaire suivie par : *Dominique PRUNET* - ☎ : 01.72.60.23.24

Le réseau de l'Assurance Maladie poursuit sa dynamique en matière de lutte contre la fraude avec des résultats en constante progression.

Afin de préciser des concepts qui doivent recouvrir sans ambiguïté un contenu partagé par tous, la Convention d'objectifs et de gestion signée entre l'Etat et la CNAMTS pour la période 2010-2013 a prévu une clarification des notions de fraudes, d'activités abusives et fautives **pour l'Assurance Maladie**.

En concertation avec la Mutualité sociale agricole et le Régime social des indépendants, la CNAMTS a précisé les éléments caractérisant la fraude, les activités fautives et abusives. Les définitions suivantes ont ainsi été retenues :

1. Définition de la fraude

Sont qualifiés de fraude **les faits illicites** au regard des textes juridiques, commis **intentionnellement** par une ou plusieurs personnes physiques ou morales (assuré, employeur, professionnel de santé, fournisseur, transporteur, établissement, autre prestataire de services, employé de l'organisme) **dans le but d'obtenir ou de faire obtenir un avantage ou le bénéfice d'une prestation injustifiée ou indue au préjudice d'un organisme d'assurance maladie** ou de la caisse d'assurance retraite et santé au travail ou encore de l'Etat s'agissant de la protection complémentaire en matière de santé, du bénéfice de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé ou de l'aide médicale de l'Etat. La fraude se caractérise, lorsque ces faits illicites auront été constatés, dans au moins l'une des circonstances suivantes :

- Etablissement ou usage de faux, caractérisé par toute altération de la vérité sur tout document permettant l'ouverture des droits, sur toute pièce justificative, ordonnance, feuille de soins ou autre support de facturation, déclaration d'accident du travail ou de trajet, déclaration annuelle des données sociales en vue de minorer les cotisations dues au titre des Accidents du travail (AT) /

Maladies professionnelles (MP), attestation ou certificat, sous forme écrite ou électronique (sont incluses dans cette circonstance les facturations d'actes ou de délivrances fictifs intentionnels).

- Falsification notamment par surcharge.
- Fausse déclaration en vue notamment d'ouverture de droits, de perception ou de majoration de prestations.
- Omission volontaire de déclaration (y compris la déclaration prévue à l'article L.441-2 du Code de la sécurité sociale) ou de modification de cette même déclaration, lorsque ces faits conduisent à l'attribution ou au maintien injustifié de droits à l'assurance maladie et à la protection complémentaire en matière de santé ou à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé.
- Duplication, vol, prêt ou emprunt d'un ou plusieurs documents originaires sincères – dont la carte Vitale et la Carte de professionnel de santé (CPS), en vue d'obtenir ou faire obtenir des prestations de manière illicite
- Exercice d'une activité non autorisée rémunérée ou non pendant une période d'arrêt de travail indemnisée au titre des assurances maladie, maternité et AT/MP.
- Facturation intentionnelle de prestation par une personne physique ou morale en sus de forfaits ou de dotation incluant celle-ci.
- Délivrance facturée à l'Assurance Maladie de produits de santé et/ou exécution d'actes intentionnellement au-delà de la prescription.
- Facturation de prestations hospitalières soumises à autorisation sans avoir acquis celle-ci.
- Facturation de transports réalisés avec un véhicule non agréé, non autorisé ou non conventionné.
- Facturation d'actes, de délivrances ou de prestations en lien avec un exercice illégal d'une profession réglementée par le Code de santé publique.
- Facturation d'actes, de délivrances ou de prestations réalisés en totalité ou en partie par du personnel non qualifié ou non déclaré.
- Facturation d'actes, de délivrances ou de prestations hors champ de compétence ou hors autorisation.
- Facturation d'actes, de délivrances ou de prestations malgré le prononcé d'une sanction.
- Activité frauduleuse menée dans le cadre d'une bande organisée.
- Obtention du bénéfice, en connaissance de cause, des activités d'une bande organisée, sans y avoir activement participé.
- Utilisation, par un salarié d'un organisme d'assurance maladie, des facilités conférées par cet emploi.

Une fraude ne peut être qualifiée en tant que telle que si l'infraction correspondante est expressément prévue par un texte juridique, notamment les articles 441-1 et 313-1 du code pénal.

Lorsque le réseau de l'Assurance Maladie se trouve en présence d'une suspicion de fraude, telle que définie ci-dessus, il devra engager les investigations lui permettant d'apprécier les suites les plus appropriées à mettre en œuvre (procédure de pénalité financière, saisine de la juridiction pénale, saisine d'une juridiction ordinaire, procédure de sanction conventionnelle, transaction, mise en garde, sans préjudice de récupération des sommes indues).

La définition des fraudes retenue par l'Assurance Maladie comprend certaines circonstances rappelées ci-dessous que les articles R.147-6 à R.147-10 du CSS considèrent comme des fautes si le Directeur de la CPAM engage une procédure des pénalités au titre de l'article L.162-1-14 du CSS :

- Omission volontaire de déclaration ou de modification de cette même déclaration, lorsque ces faits conduisent à l'attribution ou au maintien injustifié de droits à l'assurance maladie et à la protection complémentaire en matière de santé ou à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé, y compris la déclaration prévue à l'article L.441-2 du CSS.
- Exercice d'une activité non autorisée rémunérée pendant une période d'arrêt de travail indemnisée au titre des assurances maladie, maternité et AT/MP.
- Délivrance facturée à l'Assurance Maladie de produits de santé et/ou exécution d'actes intentionnellement au-delà de la prescription.
- Facturation de prestations hospitalières soumises à autorisation sans avoir acquis celle-ci.
- Facturation de transports réalisés avec un véhicule non agréé, non autorisé ou non conventionné.
- Facturation d'actes, de délivrances ou de prestations en lien avec un exercice illégal d'une profession réglementée par le Code de santé publique.
- Facturation d'actes, de délivrances ou de prestations réalisés en totalité ou en partie par du personnel non qualifié ou non déclaré.
- Facturation d'actes, de délivrances ou de prestations hors champ de compétence ou hors autorisation.
- Facturation d'actes, de délivrances ou de prestations malgré le prononcé d'une sanction.

Dans ces situations, il convient d'appliquer les procédures prévues par les articles R.147-6 à R.147-10 du CSS. Les préjudices subis détectés dans ces circonstances là à la suite d'actions d'initiative loco-régionale et sanctionnés par une pénalité prononcée au titre des articles R.147-6 à R.147-10 du CSS peuvent abonder le volet loco-régional.

Un travail est actuellement en cours avec la direction de la sécurité sociale afin d'élargir la liste des griefs mentionnés à l'article R.147-11 du CSS en la faisant coïncider avec les circonstances de fraudes définies par la présente circulaire.

2. Définition des activités abusives

Sont qualifiées d'activités abusives celles qui rassemblent de manière réitérée des faits caractéristiques d'une utilisation d'un bien, d'un service ou d'une prérogative outrepassant des niveaux acceptables par rapport à des références ou des comparatifs non juridiques lorsqu'aura été constatée l'une des circonstances suivantes :

- Exécution d'actes médicaux ou paramédicaux au-delà du besoin de soins du patient.
- Prescriptions d'actes paramédicaux, de produits de santé ou de services au-delà du besoin de soins du patient.

- Prescriptions d'arrêts de travail ouvrant droit à indemnités journalières au-delà du besoin de repos du patient.
- Facturations d'honoraires outrepassant le tact et la mesure.

La détection par le réseau de telles activités abusives est nécessaire. Leur identification et leur répression sont d'autant plus efficaces et adaptées que leur qualification est validée par la CNAMTS. C'est pourquoi ces actions relèvent d'un processus de gestion collective par l'Assurance Maladie :

- soit, elles font l'objet d'un programme national initié par la CNAMTS,
- soit, elles sont menées par le réseau, **après accord de la CNAMTS**, dans le cadre des analyses d'activité des professionnels de santé au titre de l'article L.315-1 du CSS et/ou des mises sous accord préalable (MSAP) de leurs prescriptions ou de leurs actes au titre de l'article L.162-1-15 du CSS, lorsqu'il s'agit de médecins.

Devant de telles activités abusives, l'Assurance Maladie engage soit des actions susceptibles de déboucher sur des sanctions (mise en garde, pénalités financières, saisines ordinales), soit des actions conventionnelles (toutes actions pouvant être associées ou non avec une récupération d'indus).

3. Définition des activités fautives

Sont qualifiées d'activités fautives celles qui rassemblent de manière réitérée des **faits irréguliers au regard de textes juridiques**, commis par une ou plusieurs personnes physiques ou morales **en dehors des circonstances définissant la fraude ou les activités abusives**.

Les activités fautives ne sont pas susceptibles d'être sanctionnées par une juridiction pénale. Elles ont la particularité d'être constitutives de faits irréguliers au regard de référentiels tels que notamment les nomenclatures dont l'interprétation peut être extensive et les évolutions parfois retardées par rapport aux pratiques :

Exemples :

- Non-respect, de manière répétée, de l'obligation de mentionner le caractère non remboursable des produits, prestations et actes qu'ils prescrivent en dehors des indications ouvrant droit à prise en charge.
- Non-respect, de manière répétée, de l'obligation de conformité des prescriptions avec le protocole mentionné à l'article L.324-1 du CSS.
- Non-respect, de manière répétée, de l'obligation faite au pharmacien par l'article R.162-20-6 du CSS de délivrer le conditionnement le plus économique compatible avec les mentions figurant sur l'ordonnance.

Ainsi, les débouchés des actions de l'Assurance Maladie sur ces activités fautives relèvent prioritairement d'avertissements préalables, de pénalités financières, de plaintes ordinales ou de contentieux conventionnels.

La détection de telles **activités fautives** par le réseau est nécessaire. Leur identification et leur répression sont d'autant plus efficaces et adaptées que leur qualification est validée par la CNAMTS. C'est pourquoi ces actions relèvent d'un processus de gestion collective par l'Assurance Maladie :

- soit, elles font l'objet d'un programme national initié par la CNAMTS,
- soit, elles sont menées par le réseau, **après accord de la CNAMTS**.

Il convient de rappeler que ces activités fautives doivent être distinguées des cas où l'Assurance Maladie détecte **des erreurs de facturation** qui lui créent un préjudice, mais ne sont ni réitérées ni consécutives à une volonté du professionnel de santé, de l'établissement, du transporteur ou du fournisseur à lui nuire délibérément. La détection par une caisse ou par le Service du contrôle médical de telles erreurs doit occasionner une prise de contact avec le professionnel de santé pour lui faire un rappel à la règle, propos confirmé par un écrit.