

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

Décret n° 2005-1016 du 23 août 2005 pris pour l'application de l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)

NOR : SANS0522582D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé et des solidarités,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article L. 162-1-14 ;

Vu le code rural ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 3 mai 2005 ;

Vu l'avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 12 mai 2005 ;

Vu l'avis de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles en date du 25 mai 2005 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Art. 1^{er}. – Il est créé au titre IV du livre I^{er} du code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) un chapitre VII ainsi rédigé :

« CHAPITRE VII

« Pénalités

« *Art. R. 147-1.* – L'organisme local d'assurance maladie compétent pour prononcer la pénalité financière mentionnée à l'article L. 162-1-14 est celui qui a ou aurait supporté l'indu en cause.

« *Art. R. 147-2.* – Lorsqu'il a connaissance de faits susceptibles de faire l'objet de la pénalité financière mentionnée à l'article L. 162-1-14, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie adresse à la personne ou à l'établissement en cause une mise en garde lui indiquant que ces faits seraient de nature à justifier l'engagement d'une procédure de sanction s'ils devaient être à nouveau constatés après un délai minimum d'un mois.

« Cette mise en garde n'est pas requise :

« – lorsque la personne ou l'établissement en cause a déjà fait l'objet, durant les deux ans qui précèdent, d'une mise en garde ou d'une pénalité financière pour un même motif ;

« – lorsque la demande présentée indûment au remboursement ou le montant mis indûment à la charge de l'assurance maladie dépasse la moitié du plafond mensuel de la sécurité sociale.

« *Art. R. 147-3.* – Si, malgré la mise en garde mentionnée à l'article R. 147-2, des faits de même nature sont constatés à l'issue du délai d'un mois imparti, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie adresse à la personne ou à l'établissement en cause la notification prévue à l'article L. 162-1-14. Cette notification précise les faits reprochés et le montant de la pénalité encourue et indique à la personne ou à l'établissement en cause qu'il dispose d'un délai d'un mois à compter de sa réception pour demander à être entendu, s'il le souhaite, ou pour présenter des observations écrites.

« Lorsque la procédure de sanction est engagée à l'encontre d'un établissement de santé, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie en informe préalablement la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation.

« Si, après réception des observations écrites ou après audition de la personne ou de l'établissement, ou à l'issue du délai d'un mois à compter de la notification, le directeur décide de poursuivre la procédure, il saisit la commission mentionnée à l'article L. 162-1-14 et lui communique, s'ils existent, les observations écrites de la personne ou de l'établissement en cause ou le procès-verbal de l'audition.

« Les informations communiquées à la commission ne doivent comporter aucune mention nominative ou susceptible de permettre l'identification d'une personne dans des conditions de nature à porter atteinte au secret médical.

« La commission désigne un rapporteur en son sein. Après que le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou son représentant a présenté ses observations, et après avoir entendu le rapporteur et, s'il le souhaite, la personne ou l'établissement en cause, la commission rend un avis motivé, portant notamment sur la matérialité et la gravité des faits reprochés, sur la responsabilité de la personne ou de l'établissement et sur le montant de la pénalité susceptible d'être appliquée.

« La commission doit émettre son avis dans un délai d'un mois à compter de sa saisine. Elle peut, si un complément d'information est nécessaire, demander au directeur un délai supplémentaire d'un mois. Toutefois, si la commission ne s'est pas prononcée au terme du délai qui lui est imparti, l'avis est réputé rendu.

« Le directeur dispose d'un délai de quinze jours à compter de la réception de l'avis de la commission ou de la date à laquelle celui-ci est réputé avoir été rendu pour fixer, par une décision motivée, le montant définitif de la pénalité et le notifier à la personne ou à l'établissement en cause en lui indiquant le délai dans lequel il doit s'en acquitter. A défaut, la procédure est réputée abandonnée.

« Lors des auditions mentionnées au présent article, la personne ou l'établissement en cause peut se faire assister ou se faire représenter par la personne de son choix.

« *Art. R. 147-4.* – La commission mentionnée à l'article R. 147-3 est composée de cinq membres issus du conseil de l'organisme local d'assurance maladie compétent pour prononcer la pénalité et désignés par lui en tenant compte de la répartition des sièges entre les différentes catégories représentées en son sein.

« Le conseil de l'organisme local nomme cinq représentants de chaque profession de santé, sur proposition de l'instance paritaire prévue par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-14-1 au niveau départemental, ou à défaut au niveau régional :

- « – pour les médecins, de la commission paritaire locale ;
- « – pour les chirurgiens-dentistes, du comité dentaire départemental ;
- « – pour les directeurs de laboratoire, de la commission conventionnelle paritaire régionale ;
- « – pour les sages-femmes, de la commission paritaire régionale ;
- « – pour les masseurs-kinésithérapeutes, de la commission socioprofessionnelle départementale ;
- « – pour les infirmières, de la commission paritaire départementale ;
- « – pour les orthophonistes, de la commission paritaire départementale ;
- « – pour les orthoptistes, de la commission départementale régionale.

« En l'absence d'instance paritaire conventionnelle, les représentants des professions de santé sont proposés par les organisations syndicales représentatives. Les sièges de représentants sont attribués aux organisations syndicales en fonction de leurs effectifs établis par la dernière enquête de représentativité mentionnée à l'article L. 162-33. A défaut de proposition dans le mois qui suit la demande adressée aux organisations syndicales représentatives par le conseil de l'organisme, le préfet arrête les noms de ces représentants.

« Le conseil de l'organisme local tel que défini à l'article R. 147-1 nomme cinq représentants des établissements de santé après avis de l'agence régionale de l'hospitalisation parmi les représentants dans la région des organisations nationales représentatives des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux *b*, *c* et *d* de l'article L. 162-22-6 sur proposition des organisations nationales représentatives de ces établissements.

« Les membres de la commission sont nommés pour la durée du mandat du conseil.

« Le président de la commission est élu par ses membres. Les représentants des professionnels de santé et ceux des établissements de santé prennent part à l'élection du président de la formation de la commission à laquelle ils participent.

« Les membres de la commission ne peuvent siéger lorsqu'ils ont un intérêt personnel ou direct à l'affaire qui est examinée.

« Des suppléants en nombre égal au nombre de titulaires sont désignés dans les mêmes conditions que ceux-ci. Ils siègent lorsque les membres titulaires dont ils sont les suppléants sont empêchés ou intéressés par une affaire.

« Le remplacement d'un membre de la commission, en cas de cessation de fonctions au cours du mandat, s'effectue dans les mêmes conditions que sa nomination et pour la durée du mandat qui reste à courir.

« La commission ne peut donner son avis que si sont au moins présents :

- « – trois de ses membres, lorsqu'elle siège sans la présence de représentants des professionnels de santé ou des établissements de santé ;
- « – six de ses membres, lorsque ces représentants y participent.

« Les membres de la commission sont soumis au secret des délibérations.

« *Art. R. 147-5.* – Lorsque les faits justifiant l'engagement de la procédure de sanction sont relatifs à l'assurance contre les accidents du travail des personnes non salariées agricoles affiliées au groupement prévu à l'article L. 752-14 du code rural ou à l'assurance maladie de celles affiliées aux groupements institués en application de l'article L. 731-31 du même code, la commission mentionnée à l'article R. 147-4 du présent code est constituée au sein de chaque groupement et est composée de cinq membres du conseil d'administration de ce groupement.

« Lorsqu'une pénalité est susceptible d'être prononcée à l'encontre d'un professionnel de santé, cinq représentants de la même profession participent à la commission. Ils sont nommés par le directeur du groupement parmi des représentants, pour chaque profession, des organisations syndicales les plus représentatives.

« Lorsqu'une pénalité est envisagée à l'encontre d'un établissement de santé, cinq représentants des établissements de santé participent à la commission. Ils sont nommés par le directeur du groupement parmi les organisations nationales représentatives des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux *b*, *c* et *d* de l'article L. 162-22-6, sur proposition de ces organisations.

« Art. R. 147-6. – Peuvent faire l'objet d'une pénalité :

« 1° Les assurés :

« – qui fournissent de fausses déclarations relatives à l'état civil, la résidence, la qualité d'assuré ou d'ayant droit ou les ressources dans le but d'obtenir ou de faire obtenir une prestation d'assurance maladie ou d'accident du travail ;

« – qui ne respectent pas :

« *a*) Le caractère personnel de la carte mentionnée à l'article L. 161-31 et les obligations qui en découlent, prévues notamment aux articles R. 161-33-3 et R. 161-33-7 ;

« *b*) La condition prévue, pour bénéficiaire d'indemnités journalières, au 5° de l'article L. 321-1 et au 2° de l'article L. 431-1, d'être dans l'incapacité de continuer ou de reprendre son travail sous réserve des dispositions de l'article L. 323-3 et du troisième alinéa de l'article L. 433-1.

« 2° Les employeurs :

« *a*) Qui portent des indications erronées sur les attestations mentionnées aux articles R. 323-10 et R. 441-4, ayant pour conséquence la majoration du montant des indemnités journalières servies ;

« *b*) Dont la responsabilité a été reconnue dans le bénéfice irrégulier par un assuré d'indemnités journalières.

« 3° Les professionnels de santé libéraux et les praticiens statutaires à temps plein des établissements publics de santé dans le cadre de leur activité libérale :

« – dont la responsabilité a été reconnue dans le détournement de l'usage de la carte mentionnée à l'article L. 161-31 ou les abus constatés dans les conditions prévues au II de l'article L. 315-1 ;

« – qui ne respectent pas :

« *a*) Le caractère personnel de la carte mentionnée à l'article L. 161-33 ;

« *b*) L'obligation prévue à l'article L. 162-4-1 de mentionner, sur les documents produits en application de l'article L. 161-33 et destinés au service du contrôle médical, les éléments d'ordre médical justifiant les arrêts de travail et les transports qu'ils prescrivent ;

« *c*) L'obligation prévue par les articles L. 162-4 et L. 162-8 de mentionner le caractère non remboursable des produits, prestations et actes qu'ils prescrivent ;

« *d*) Les conditions de prise en charge ou prescription prévues lors de l'inscription au remboursement par l'assurance maladie des actes, produits ou prestations mentionnés aux articles L. 162-1-7, L. 162-17 et L. 165-1, ou celles prévues à l'article L. 322-5 ;

« *e*) L'obligation faite au pharmacien par l'article R. 162-20-6, reprenant l'article R. 5123-3 du code de la santé publique, de délivrer le conditionnement le plus économique compatible avec les mentions figurant sur l'ordonnance ;

« *f*) L'obligation faite à tout professionnel 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 et, s'agissant des pharmaciens, l'obligation de communiquer à l'assuré la charge que les médicaments délivrés représente pour l'assurance maladie en application de l'article L. 161-31 ;

« *g*) Les règles prises pour application de la sous-section 4 de la section 4 du chapitre 1^{er} du titre VI du livre 1^{er} du présent code 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 ;

« *h*) L'obligation de faire figurer sur la feuille d'accident prévue à l'article L. 441-5 les actes accomplis au titre du livre IV ;

« *i*) L'obligation, pour les assurés sociaux relevant d'un protocole mentionné à l'article L. 324-1, de conformité des prescriptions avec ce protocole.

« L'organisme local d'assurance maladie ne peut concurremment recourir au dispositif de pénalité prévu par le présent chapitre et aux procédures conventionnelles visant à sanctionner l'inobservation des mêmes règles par un professionnel de santé.

« 4° Les établissements de santé :

« *a*) Pour les faits mentionnés au 3°, au titre de leurs salariés ;

« *b*) 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 ;

« *c*) Pour la 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 ;

« d) En cas d'inobservation des règles de prise en charge mentionnées à l'article L. 162-1-7, sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-22-13 ;

« e) Pour tout manquement aux règles prises pour application de la section 4 du chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} du présent code 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 ;

« f) 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.

« Art. R. 147-7. – La pénalité est fixée, en fonction de la gravité des faits reprochés, à un montant :

« a) Compris entre 75 et 500 euros lorsque le montant présenté indûment au remboursement ou mis indûment à la charge de l'assurance maladie est compris entre 0 et 500 euros ;

« b) Compris entre 125 et 1 000 euros lorsque le montant présenté indûment au remboursement ou mis indûment à la charge de l'assurance maladie est compris entre 500 et 2 000 euros ;

« c) Compris entre 500 euros et deux fois le plafond de la sécurité sociale en vigueur à la date des faits lorsque le montant présenté indûment au remboursement ou mis indûment à la charge de l'assurance maladie est supérieur à 2 000 euros.

« Ce montant est doublé en cas de récidive.

« Art. R. 147-8. – Les organismes locaux d'assurance maladie transmettent chaque année avant le 1^{er} mars au directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie un rapport portant sur leur activité de l'année précédente au titre du présent chapitre. »

Art. 2. – Les deuxième et troisième alinéas de l'article R. 615-70 du code de la sécurité sociale sont abrogés.

Art. 3. – Le ministre de la santé et des solidarités, le ministre de l'agriculture et de la pêche et le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 23 août 2005.

DOMINIQUE DE VILLEPIN

Par le Premier ministre :

Le ministre de la santé et des solidarités,
XAVIER BERTRAND

Le ministre de l'agriculture et de la pêche,
DOMINIQUE BUSSEREAU

Le ministre délégué à la sécurité sociale,
aux personnes âgées,
aux personnes handicapées
et à la famille,
PHILIPPE BAS