

Document consultable dans Médi@m

Date :

18/08/2005

Domaine(s) :

Risques maladie

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

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 mise en oeuvre immédiate

Objet :

Présentation du plan de
contrôle-contentieux 2005

Liens :

Plan de classement :

13

Emetteurs :

DSM DFC

Pièces jointes :

Résumé :

Le plan d'actions du contrôle-contentieux fait partie intégrante de la stratégie déployée par l'Assurance Maladie pour réguler les dépenses. Il intègre l'ensemble des outils introduits dans la loi du 13 août 2004.

Il est destiné à impulser au niveau du réseau de l'Assurance Maladie une série d'actions devant permettre la réduction des dépenses indues issues de fraudes, déviances ou pratiques dangereuses.

Tous les acteurs sont concernés (assurés, professionnels de santé, établissements de santé et employeurs).

La démarche opérationnelle comporte deux volets (national et régional) et un affichage médiatique destiné à prévenir et dissuader les comportements déviants.

Un suivi mensuel des actions d'impulsion nationale destiné à optimiser la coordination et l'atteinte des objectifs est mis en place.

Mots clés :

Contrôle-contentieux

Le Directeur Général


Frédéric van ROEKEGHEM

CIRCULAIRE : 83/2005

Date : 18/08/2005

Objet : Présentation du plan de contrôle-contentieux 2005

Affaire suivie par : *Docteur Gaetano SABA – DSM ☎ 01.72.60.24.34*
Monsieur Joël DESSAINT – DFC ☎ 01.72.60.40.43

1. Préambule

Le contrôle-contentieux se définit comme l'ensemble des actions dont la finalité originelle est la rédaction d'un mémoire de saisine d'une instance de sanction.

Le plan d'actions du contrôle-contentieux fait partie intégrante de la stratégie déployée par l'Assurance Maladie pour réguler les dépenses. Celle-ci repose sur trois piliers : la maîtrise médicalisée à travers les engagements conventionnels des professionnels de santé, la liquidation médico-administrative et le contrôle-contentieux.

Il intègre les nouveaux dispositifs et outils introduits par la loi relative à l'Assurance Maladie du 13 août 2004. Ceux-ci permettent de réactiver des contrôles, partiellement tombés en désuétude en raison de l'inefficacité des mesures sur lesquelles ils débouchaient.

Dès sa mise en œuvre, ce plan d'actions se substitue aux autres plans de contrôle sur le champ du contrôle-contentieux. Il s'articule avec le plan d'actions national destiné à lutter contre la fraude. Toutefois, les actions de contrôle initiées antérieurement, sur le champ du contrôle-contentieux, devront être poursuivies jusqu'à leur terme. Pour ces actions, les nouvelles dispositions de la loi du 13 août 2004 seront à utiliser dès qu'elles seront applicables et seront comptabilisées dans le cadre du plan de contrôle-contentieux de 2005.

Ce plan ne concerne pas les contrôles portant sur le respect des normes médico-réglementaires exercés habituellement par les caisses et le service du contrôle médical hors champ du contrôle-contentieux, comme par exemple le contrôle des arrêts de travail ciblés sur les assurés qui a fait l'objet d'une lettre réseau spécifique (LR-DSM-34/2005), le contrôle du respect par les professionnels de santé des contrats individuels (contrats de bonne pratique, contrats de pratique professionnelle et contrats de santé publique), etc.

2. Finalités/enjeux

Ce plan est destiné à impulser au niveau du réseau de l'Assurance Maladie une série d'actions devant permettre la réduction des dépenses indues issues de pratiques ou de comportements abusifs. Tous les acteurs sont concernés : assurés, professionnels de santé, établissements de santé et employeurs. La finalité première n'est pas de sanctionner de façon aveugle mais de dissuader et de prévenir les comportements déviants.

3. Démarche opérationnelle

Le plan d'actions du contrôle-contentieux comporte deux volets (national, régional) et un affichage médiatique destiné à prévenir et à dissuader les comportements déviants.

3.1 Volet national

Les thèmes de ce volet ont été choisis, d'une part pour leur cohérence avec la stratégie de l'Assurance Maladie, et d'autre part, en fonction des enjeux médicaux, des enjeux économiques, de la faisabilité et de l'efficacité des actions.

Toutes les actions de contrôle-contentieux se rapportant aux thèmes nationaux sont **obligatoirement** réalisées par l'ensemble des organismes impliqués, selon des consignes de ciblage et de contrôle identiques. Celles-ci sont diffusées par la Cnamts en fonction d'un calendrier défini.

Un **suivi mensuel** des actions d'impulsion nationale, destiné à optimiser la coordination de ce plan d'actions et l'atteinte des objectifs, est mis en place. Les tableaux de reporting seront à adresser le 10 de chaque mois.

3.2 Volet régional

Le volet régional est destiné à réduire les pratiques loco-régionales abusives ciblées sur d'autres thèmes. L'objectif quantitatif global à atteindre, en ce qui concerne le nombre d'acteurs à contrôler, est d'au moins **1 % des professionnels de santé** (hors contrôle des médecins dans le cadre des prescriptions en rapport avec une ALD30) et d'au moins **10 pour 100 000 bénéficiaires actifs ou consommateurs** (hors contrôle des IJ et des traitements de substitution des dépendances aux opiacés). Ces objectifs quantitatifs tiennent compte du nombre de professionnels et d'assurés contrôlés dans le cadre des contrôles impulsés par le niveau national.

3.3 Plan de communication

Au même titre que les autres outils de la régulation, le contrôle-contentieux fait l'objet d'un volet spécifique du plan de communication. Cette communication met en avant la volonté de l'Assurance Maladie de lutter contre les comportements déviants. Pour cela elle annonce les priorités en matière de contrôle, les règles du « jeu », agit en contrôlant à bon escient, se donne les moyens de faire sanctionner à juste titre et communique sur les résultats obtenus. Les priorités en matière de contrôle ont été annoncées par le directeur général à la presse le 8 février 2005¹. Les contrôles en cours et les contrôles programmés au cours du second semestre 2005 feront l'objet d'un point d'information à la presse. Les premiers résultats des contrôles seront communiqués en septembre 2005 et le bilan de l'année en décembre 2005. L'objectif de cette communication est de responsabiliser l'ensemble des acteurs sur l'utilisation vertueuse du système de soins.

Parallèlement à l'annonce des thèmes de contrôle, l'Assurance Maladie affiche les principes fondamentaux du service public qu'elle respecte au cours des contrôles qu'elle réalise : égalité de traitement des personnes, objectivité, neutralité et impartialité. Ces principes seront portés à la connaissance du public par deux documents en cours de rédaction :

¹ Le communiqué de presse est consultable sur Médi@m et sur www.ameli.fr

- *La charte d'engagements de l'Assurance Maladie pour les contrôles menés par son service du contrôle médical*

La charte précise les règles que le service du contrôle médical respectent au cours des missions de contrôle prévues par l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale.

- *Le code de procédure des contrôles du service du contrôle médical*

La mission de contrôle exercée par l'Assurance Maladie est fondée sur des dispositions de nature législative. Le code de procédure des contrôles du service du contrôle médical regroupe l'ensemble des textes législatifs et décrit les principes généraux de leur mise en œuvre.

4. Actions contentieuses

La stratégie contentieuse sera proposée par un groupe de travail composé de représentants de l'ensemble des directions de la Cnamts et de représentants du réseau (agents de directions, services contentieux et gestion du risque des caisses, praticiens-conseils d'échelons locaux ou des directions régionales du service médical). L'objectif est d'harmoniser les actions contentieuses en fonction des thèmes de contrôle et des constats d'anomalies :

- pénalités financières (article L. 162-1-14 du CSS) en fonction du barème défini par décret ;
- accord préalable (article L. 162-1-15 du CSS) ;
- sanctions financières dans le cadre du contrôle de la T2A (article L. 162-22-18 du CSS) en fonction du barème défini par décret ;
- contentieux conventionnel ;
- contentieux ordinal ;
- procédures civiles ;
- procédures pénales.

Le choix du débouché contentieux doit viser l'efficacité et l'exemplarité des sanctions prononcées pour mieux dissuader les acteurs de comportements déviants.

A ces contentieux peuvent également s'ajouter les récupérations d'indus par les caisses et les refus individuels et ponctuels de prestations émis par le service du contrôle médical (article L. 315-2 du CSS).

5. Contenu du programme

5.1. Volet national

Toutes ces actions sont **obligatoirement** réalisées par l'ensemble des organismes impliqués.

5.1.1. Actions de contrôle ciblant les pratiques dangereuses mettant la santé en péril

5.1.1.1. *Contrôle des professionnels de santé pour prescriptions et délivrances aberrantes des traitements de substitution des dépendances aux opiacés*

Les traitements de substitution des dépendances aux opiacés (TSO) suppriment les signes de manque consécutifs à l'arrêt de l'héroïne, tout en permettant aux personnes une réinsertion sociale. Ces traitements, pris en charge par l'Assurance Maladie, s'intègrent dans la politique de réduction des risques chez les usagers de drogues. Cependant, certains comportements font suspecter des situations de dangerosité potentielle (prescriptions ou délivrances de doses aberrantes).

A partir de critères de ciblage spécifiques, les médecins et les pharmaciens suspectés d'être à l'origine de ces pratiques dangereuses seront repérés sur ERASME national. Ces

professionnels seront signalés aux échelons locaux pour mise en œuvre des actions de contrôle. Un groupe national sera chargé d'appuyer et de soutenir les équipes locales et d'harmoniser les actions contentieuses.

5.1.1.2. Contrôle des autres pratiques dangereuses mettant la santé en péril

Les autres pratiques à l'origine de prescriptions ou de soins dangereux doivent impérativement être recherchées et sanctionnées de façon exemplaire. Même si ces pratiques sont exceptionnelles, des procédures destinées à les repérer, quel qu'en soient les auteurs, doivent être mises en œuvre au niveau de chaque région. L'enjeu principal est, outre les coûts directs et indirects liés à ces pratiques, la crédibilité de l'Assurance Maladie à assumer sa mission en ce qui concerne le contrôle de la qualité des soins.

5.1.2. Actions de contrôle ciblant les pratiques frauduleuses

A la demande du directeur général de la Cnamts, une organisation spécialisée pour empêcher la fraude a été mise en place². Les missions de cette nouvelle organisation devront aboutir à des actions :

- de contrôles dont la finalité est de faire sanctionner les comportements frauduleux,
- de prévention consistant à élaborer et proposer des mesures permettant de supprimer (ou de limiter) un type de fraude.

Les instructions spécifiques à cette organisation, coordonnées par le Directeur délégué aux finances et à la comptabilité (DFC), seront prochainement diffusées et permettront de détailler l'ensemble des actions menées sur ce sujet.

Les actions ciblant les fraudes dont l'instruction nécessite de faire appel à la confidentialité médicale, à l'examen d'assurés et à la saisine d'une instance contentieuse dont l'argumentation repose sur des éléments médicaux (exemple de la chirurgie esthétique), sont organisées par la Direction du service médical (DSM) et pilotées par la DFC.

5.1.2.1. Contrôle de la chirurgie esthétique indûment prise en charge par l'Assurance Maladie

L'Assurance Maladie prend parfois en charge des interventions de chirurgie esthétique qu'elle n'a pu identifier en tant que telles. Les raisons sont de plusieurs ordres : mauvaise utilisation par les professionnels de santé de la procédure de l'entente préalable, difficultés d'appréciation de ce qui est du domaine de la chirurgie réparatrice (prise en charge par l'Assurance Maladie) et de ce qui relève de la chirurgie esthétique, mais aussi volonté de certains professionnels de santé de faire obtenir le remboursement à leurs patients.

Selon certains contrôles, près de la moitié des poses de prothèses mammaires (hors cancer du sein), des rhinoplasties et plus de 2/3 des lipectomies abdominales, seraient indûment prises en charge par l'Assurance Maladie.

L'objectif du contrôle des actes de chirurgie esthétique est de faire cesser les pratiques frauduleuses de certains professionnels, destinées à faire prendre en charge des actes hors champ du remboursable. Les professionnels déviants seront ciblés et contrôlés selon une procédure définie au niveau national.

5.1.2.2. Contrôles des employeurs dans le cadre de la subrogation des indemnités journalières

Le contrôle concerne les employeurs subrogés qui augmentent frauduleusement le montant des salaires de leurs employés en arrêt de travail.

² Cf. lettre réseau du 15/12/2004 (LR-DFC-71/2004).

Le contrôle des salaires déclarés par les employeurs dans l'attestation de salaire en cas de suspicion et/ou de manière aléatoire, peut être opéré dans l'immédiat en demandant la présentation des bulletins de salaires afférents à la période. Une collaboration avec les URSSAF est actuellement à l'étude pour approfondir et systématiser ces contrôles.

5.1.3. Actions de contrôle ciblant les pratiques déviantes à l'origine d'une augmentation des dépenses

5.1.3.1. Contrôle des prescripteurs d'IJ (mise sous accord préalable)

La loi du 13 août 2004 permet au directeur de la caisse de subordonner les prescriptions d'arrêts de travail de certains médecins, à l'accord préalable du service du contrôle médical. Cette action concerne les médecins qui ne respectent pas les dispositions de l'article L. 321-1 ou qui sont à l'origine d'un nombre ou d'une durée d'arrêts de travail prescrits, donnant lieu au versement d'indemnités journalières significativement supérieures aux données moyennes constatées dans la même région Urcam.

Au niveau de chaque région Urcam, les médecins pouvant faire l'objet de ce contrôle seront ciblés en fonction de critères de ciblage définis au niveau national. Les modalités de notification par le directeur de la mise sous accord préalable et les procédures opérationnelles entre la caisse et le service du contrôle médical sont en cours d'élaboration. Cette action fera l'objet d'un suivi attentif au niveau national.

5.1.3.2. Contrôle des prescriptions déclarées en rapport avec une ALD30

Une étude réalisée à partir des données de plusieurs régions, a permis d'évaluer que 10 à 15 % des lignes de prescriptions médicamenteuses sont déclarées à tort en rapport avec une ALD30 par les prescripteurs. Sur le poste pharmacie l'indu est d'environ 500 millions d'euros.

Le contrôle concerne les prescripteurs qui sont à l'origine d'un volume important de dépenses prises en charge à tort par l'Assurance Maladie. Les prescripteurs déviants seront ciblés en fonction du montant de l'indu potentiel pris en charge par l'Assurance Maladie. Ce montant est calculé à partir de la liste des médicaments remboursés à 35 % (sauf exception) et des médicaments coûteux rarement utilisés pour le traitement des ALD30.

Le contrôle portera sur les prescriptions médicamenteuses et sur les prescriptions de transport en VSL ou taxi déclarées par les médecins en rapport avec l'ALD30. Seules les anomalies indiscutables seront retenues en anomalie.

5.1.3.3. Contrôle du respect des indications thérapeutiques remboursables des statines et des recommandations à l'instauration du traitement

Les hypolipémiants constituent un enjeu économique important avec une augmentation régulière de prescription (20 % par an depuis 15 ans). Le montant des dépenses de statines remboursées en 2004 est de plus de 1 milliard d'euros. Une étude réalisée en 2002 par l'Assurance Maladie mettait en évidence que dans 27 % des cas les traitements étaient instaurés chez des patients avec un score de risque cardiovasculaire nul. De plus, dans 2/3 des cas, les prescripteurs ne tenaient pas compte du taux du LDL cholestérol.

Ce thème de contrôle sera lancé après la phase d'accompagnement et concernera les quelques médecins qui continueraient d'utiliser les statines dans des conditions de prescriptions inadaptées (exemple : association systématique avec un contraceptif oral...). L'objectif est de contrôler les prescripteurs instaurant un traitement hypolipémiant par statines hors des indications thérapeutiques remboursables et des référentiels. Le ciblage sera réalisé en fonction du nombre d'instaurations de traitements hypolipémiants par statine à des patients non diabétiques et sans traitement à visée cardiovasculaire.

5.1.3.4. *Contrôle de la tarification à l'activité des établissements de santé*

Cette action vise les établissements de santé publics et privés pour les disciplines médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, concernés par la tarification à l'activité (T2A). Le contrôle porte sur l'ensemble des prestations donnant lieu à une facturation à l'Assurance Maladie pour l'hospitalisation complète et l'alternative à l'hospitalisation (prestations forfaitaires GHS³, suppléments journaliers, médicaments coûteux, dispositifs implantables...).

L'organisation, les consignes et les procédures spécifiques au contrôle de la T2A feront l'objet d'une prochaine lettre réseau.

5.1.3.5. *Contrôle des « méga-consomphants »*

Le contrôle des « méga-consomphants » concerne les assurés ou les bénéficiaires qui présentent un nomadisme médical et un volume de consommation médicamenteuse (hors TSO) très élevé. Ces « méga-consomphants » seront ciblés en fonction d'un enjeu financier au-delà duquel les actions de contrôles seront mises en œuvre.

L'objectif du contrôle est de vérifier l'intérêt thérapeutique des médicaments délivrés et, le cas échéant, de faire cesser le remboursement des prescriptions injustifiées. En fonction des comportements abusifs ou frauduleux constatés, les débouchés contentieux pourront être les pénalités financières (article L. 162-1-14 du CSS) ou la mise en œuvre de procédures pénales.

5.1.3.6. *Contrôle de la justification médicale des transports en ambulance*

Pour les bénéficiaires ne relevant pas des dispositions de l'article L. 324-1 du CSS, la prescription d'un transport en ambulance est le seul moyen d'obtenir une prise en charge par l'Assurance Maladie (hors transports soumis à la procédure de l'entente préalable et transports d'entrée et de sortie d'hospitalisation). Ces conditions restrictives sont à l'origine de prescriptions abusives de transports en ambulance non médicalement justifiées. Les prescripteurs déviants seront repérés sur les bases de remboursement par des critères spécifiques de non-respect des conditions de prise en charge. Le contrôle sera réalisé *a posteriori* et portera sur la justification médicale des prescriptions de transports en ambulance.

5.2. Volet régional

Les actions d'initiative régionale concernent l'ensemble des acteurs qui ont des pratiques ou des comportements déviants.

L'objectif quantitatif global à atteindre, en ce qui concerne le nombre d'acteurs à contrôler, est d'au moins **1 % des professionnels de santé** (hors contrôle des médecins dans le cadre des prescriptions en rapport avec une ALD30) et d'au moins **10 pour 100 000 bénéficiaires actifs ou consommateurs** (hors contrôle des IJ et des TSO). Ces objectifs quantitatifs tenant compte du nombre de professionnels et d'assurés contrôlés dans le cadre des contrôles impulsés par le niveau national représentent les niveaux habituellement observés des dérives par le service du contrôle médical et les organismes d'Assurance Maladie.

³ GHS : le Groupe homogène de séjour sert à qualifier la prestation facturée à l'assurance maladie.

5.2.1. Les thèmes des contrôles régionaux

Les actions de contrôle-contentieux régionales doivent permettre de débusquer les pratiques dangereuses et les pratiques frauduleuses (quels qu'en soient les auteurs).

En fonction des contextes locaux, des contrôles ciblant les pratiques déviantes à l'origine d'une augmentation des dépenses injustifiées seront à mettre en œuvre. Les thèmes suivants sont proposés à titre indicatif :

- contrôle du respect de la CCAM et de la NGAP de tous les professionnels de santé ;
- contrôle d'activité des chirurgiens-dentistes ;
- contrôle de la facturation des laboratoires ;
- contrôle du respect des conditions de prise en charge et de facturation des produits inscrits sur la liste des produits et prestations (LPP) ;
- contrôle des pharmacies au plan de la délivrance

5.2.2. Outils de contrôles mis à disposition du réseau par le niveau national

Des outils spécifiques dédiés au ciblage et au contrôle des acteurs déviants sont mis à disposition de l'ensemble du réseau sur [Médi@m](#) : les protocoles standardisés nationaux (PSN) et les guides de contrôles spécifiques (guide de contrôle des infirmières, guide du contrôle des dispositifs médicaux implantables, guide du contrôle des dispositifs des titres I et IV de la LPP...).

ARCHIVE

6. Calendrier prévisionnel des thèmes d'impulsion nationale

Thèmes d'impulsion nationale <i>(à réaliser par l'ensemble des organismes)</i>	Lancement
1. Actions de contrôle ciblant les pratiques dangereuses des professionnels mettant la santé en péril	
Contrôle des professionnels de santé pour prescriptions et délivrances aberrantes des traitements de substitution des dépendances aux opiacés	Juin 2005
2. Actions de contrôle ciblant les pratiques frauduleuses	
Contrôle des employeurs dans le cadre de la subrogation des indemnités journalières	Juin 2005
Contrôle de la chirurgie esthétique indûment prise en charge par l'Assurance Maladie	Septembre 2005
3. Actions de contrôle ciblant les pratiques déviantes à l'origine d'une augmentation des dépenses	
Contrôle des prescripteurs d'IJ (mise sous accord préalable)	Juin* 2005
Contrôle des « méga-consomphants »	juillet 2005
Contrôle de la justification médicale des transports en ambulance	Septembre 2005
Contrôle de la tarification à l'activité des établissements de santé	Septembre 2005
Contrôle des prescriptions, soins et activités déclarés en rapport avec une ALD30	Octobre* 2005
Contrôle du respect des indications thérapeutiques remboursables des statines et des recommandations à l'instauration du traitement	Octobre* 2005

* Le mise en œuvre de cette action est subordonnée à la publication d'un décret d'application.