

Contrôles et lutte contre les abus et les fraudes à l'Assurance Maladie Point sur les actions 2005 et programme 2006

Garantir à chacun le libre accès à des soins de qualité tout en veillant à l'utilisation qui est faite du système de santé, c'est tout le sens de la réforme de l'Assurance Maladie dont l'objectif est de mieux soigner en dépensant mieux. C'est dans cet esprit l'Assurance Maladie a mis en œuvre en 2005 un programme d'information et de sensibilisation vers les professionnels de santé et les assurés pour faire évoluer les comportements et favoriser le respect des bonnes pratiques comme celui des règles d'usage du système d'assurance maladie.

Parallèlement, l'Assurance Maladie a annoncé et mis en œuvre un plan de contrôle et de lutte contre les fraudes autour de trois thèmes prioritaires :

- les arrêts maladie
- les dépenses de soins indûment prises en charge à 100 % au titre des affections de longue durée
- les consommations ou prescriptions médicales frauduleuses ou dangereuses.

Aussi minoritaires soient-ils, les comportements abusifs et a fortiori frauduleux nuisent en effet au respect des règles collectives. Ils pénalisent l'ensemble des acteurs et doivent en conséquence faire l'objet de sanctions efficaces et appropriées qui ont prévues par la réforme de l'Assurance Maladie d'août 2004.

Les résultats obtenus en 2005 sont probants, notamment en matière d'arrêts de travail :

- environ **750 000 contrôles d'arrêts de travail réalisés en 2005**, au lieu de 600 000 en 2004 et 450 000 en 2003 ;
- une diminution du nombre de journées de travail indemnisées de 4,1 % par rapport à l'année précédente ;
- la baisse de 1,6% des dépenses d'indemnités journalières.

Parallèlement, les **premières procédures de pénalités financières et de mise sous accord préalable ont été engagées à partir du second semestre 2005** avec la parution du décret les rendant possibles le 25 août 2005.

En 2006, l'Assurance Maladie poursuit son programme de contrôle des arrêts de travail et des prescriptions abusives d'indemnités journalières. Elle renforce son action portant sur le respect des règles de prise en charge à 100% par les professionnels de santé, en ville et à l'hôpital.

Enfin, elle ouvre de nouveaux chantiers dont les fraudes dans le domaine de la chirurgie esthétique et les abus dans les prescriptions de transports sanitaires. Au total, l'Assurance Maladie estime les économies potentielles à environ 100 millions d'euros, soit 1/1000 pour des dépenses remboursées sur un an par l'Assurance Maladie.

I - LE CONTROLE DES ARRETS DE TRAVAIL EN 2005

1 – Des contrôles renforcés sur les arrêts de travail de courte durée

L'Assurance Maladie avait fait des contrôles des arrêts de travail de courte durée et répétitifs l'une de ses priorités pour 2005. Ils ont été multipliés par 7 entre 2003 et 2005.

Ces contrôles ciblés concernent les personnes qui ont eu un ou plusieurs arrêts de courte durée au cours des 12 derniers mois. La fréquence des arrêts, les motifs médicaux, le lien entre la durée de l'arrêt et le motif médical, ou encore l'absence de motif, permettent de déclencher un contrôle de la justification médicale de l'arrêt.

Au total, en 2005, l'Assurance Maladie a effectué 249 000 contrôles d'arrêts de courte durée, au lieu de 34 000 en 2003 et 187 000 en 2004. Sur ces contrôles ciblés près de 15 % des arrêts de travail se sont révélés médicalement injustifiés.

2 – Le contrôle systématique des arrêts de travail de longue durée

Depuis 2005, l'Assurance Maladie contrôle systématiquement les arrêts de travail de longue durée à partir du 60^{ème} jour d'indemnités journalières au lieu du 90^{ème} jour auparavant. Les médecins conseils de l'Assurance Maladie évaluent l'état de santé d'un assuré et la justification médicale de l'arrêt de travail en le rencontrant ou en prenant contact avec son médecin traitant.

Au cours de l'année 2005, 501 500 contrôles d'arrêts de longue durée ont été effectués au lieu de 420 000 en 2004. Et le service du contrôle médical a refusé la poursuite de 17,5 % des arrêts de travail.

3 – Le contrôle des nouvelles règles introduites par la réforme

La réforme de l'Assurance Maladie a introduit des changements concernant les arrêts de travail : les délais d'envoi, la prolongation, les heures de sortie. L'Assurance Maladie en a informé les assurés, notamment avec la lettre aux assurés *En pratique* et dans certains cas des courriers personnalisés. Ces nouvelles dispositions sont contrôlées par les caisses d'Assurance Maladie de façon systématique ou ciblée.

- **Le délai d'envoi : 48 heures**

L'arrêt de travail doit être envoyé dans les 48 heures au médecin conseil de la Caisse d'Assurance Maladie. Si l'assuré ne respecte pas ce délai, il reçoit un courrier l'informant du retard constaté et de la sanction encourue en cas de nouvel envoi tardif dans les 24 mois suivants (sauf en cas d'hospitalisation ou si l'envoi tardif peut être justifié). Si un nouveau retard est constaté dans ce délai, le montant des indemnités journalières est réduit de moitié sur la période de retard constatée.

- **Les règles de prolongation de l'arrêt de travail**

La prolongation d'un arrêt de travail doit être effectuée par le médecin qui a prescrit l'arrêt initial ou par le médecin traitant. Si cette règle n'était pas respectée, l'arrêt de travail ne serait pas indemnisé par l'Assurance Maladie.

Les caisses ont procédé en 2005 à une vérification du bon respect des règles de la prolongation de l'arrêt de travail en tenant compte de la montée en charge de la déclaration de médecin traitant.

4 - Les prescriptions abusives d'indemnités journalières : premières procédures de mise sous accord préalable engagées par l'Assurance Maladie

Alors qu'un médecin prescrit en moyenne environ 2800 jours d'arrêts de travail par an, certains praticiens se distinguent par une activité hors normes et vont jusqu'à prescrire 8 à 20 fois plus d'indemnités journalières que la moyenne nationale.

Grâce à la loi d'août 2004, les directeurs des caisses d'Assurance Maladie peuvent désormais recourir aux sanctions suivantes : mises sous accord préalable des prescriptions d'indemnités journalières ou pénalités financières.

L'Assurance Maladie a donc engagé dès le second semestre 2005 les procédures de mise sous accord préalable pour les médecins dont les dépenses de prescriptions d'indemnités journalières sont excessivement supérieures à celles de leurs confrères, à activité comparable et dans une même région.

Les sanctions sont proportionnées aux abus. De plus, elles ne peuvent intervenir qu'après que le médecin ait fait état de ses observations et l'avis d'une commission, à laquelle participent des représentants des médecins, dans le respect des droits de la défense et du contradictoire.

Cette opération ne concerne pour l'instant qu'un **nombre limité de médecins** mais les économies sont potentiellement conséquentes (voir programme des actions 2006).

II- AUTRES CONTROLES

ETAT D'AVANCEMENT DES ACTIONS 2005

1 - Les dépenses de soins indûment prises en charge à 100 % : premières procédures de pénalités financières engagées par l'Assurance Maladie

L'Assurance Maladie a annoncé dès le début de l'année sa volonté de contrôler les prescriptions indûment prises en charge à 100 % au titre des affections de longue durée. Elle a rappelé les règles de bon usage de l'ordonnancier bizonne, aussi bien aux assurés qu'aux professionnels de santé.

Ce thème a fait l'objet d'un accompagnement spécifique à destination des professionnels de santé (courriers, visites des délégués de l'Assurance Maladie, lettre aux médecins).

Au cours du second semestre, plus de 17 000 courriers ont été envoyés par les caisses d'Assurance Maladie aux médecins dont les prescriptions à 100% ne relevant pas de l'affection de longue durée dépassaient 500 euros par mois.

Après analyse des dossiers, près de **1300 médecins ont été retenus pour faire l'objet d'une procédure de pénalités financières**. A ce jour, la procédure a été déclenchée pour plus de la moitié d'entre eux.

2 – Les « méga-consommateurs »

Ces actions de contrôles concernent les personnes qui présentent un nomadisme médical avéré et un volume de consommation médicamenteuse très élevé.

L'objectif n'est pas de limiter les soins justifiés par l'état de santé des patients mais de repérer les situations atypiques nécessitant un contrôle. Il s'agit de vérifier l'intérêt thérapeutique du traitement et, le cas échéant, de faire cesser le remboursement des prescriptions injustifiées ou les fraudes éventuelles.

A l'heure actuelle,

- 51 poursuites pénales engagées pour des fraudes avérées (falsification ou vol d'ordonnances, trafic de médicaments par exemple)¹.
- 406 suspensions de prise en charge des traitements médicalement injustifiés.
- 181 actions contre d'autres acteurs que les bénéficiaires. Dans certains cas, les dépenses attribuées à l'assuré peuvent en effet être liées aux comportements frauduleux d'autres personnes (carte utilisée par un autre membre de la famille, carte volée et utilisée par une autre personne, actes fictifs déclarés par un professionnel de santé...).
- Pour plus de 1800 personnes, un suivi médical plus encadré a été proposé.

Au total, près de 4000 méga-consommateurs ont été contrôlés au cours de l'année 2005. Ils présentaient notamment une consommation médicamenteuse au moins cinq fois supérieure à la moyenne.

¹ Voir exemples en annexe

3 – Les prescriptions et consommations des traitements de substitution aux opiacés

Les traitements de substitution des dépendances aux opiacés sont utilisés pour supprimer les symptômes de manque consécutifs à l'arrêt de prise d'héroïne, tout en permettant une réinsertion sociale. Ces traitements, pris en charge par l'Assurance Maladie, s'intègrent dans la politique de santé publique qui vise à réduire les risques chez les usagers de drogues. Cependant, certaines pratiques peuvent se révéler dangereuses pour la santé en plus d'être frauduleuses.

En 2005, les assurés ayant une consommation suspecte de buprénorphine à haut dosage commercialisée sous le nom de Subutex® (plus de 32 mg par jour au lieu de 16 au maximum selon les recommandations scientifiques) ont été systématiquement convoqués pour un examen médical par l'Assurance Maladie.

Sur plus de 80 000 personnes traitées, environ 5 % ont été suspectées de détourner les traitements ou de se livrer à un trafic et ont été contrôlées.

Au total, **plus de 4 500 bénéficiaires** ont été contrôlés pour des comportements dangereux ou frauduleux liés aux traitements de substitution aux opiacés en 2005.

Ces contrôles ont permis de faire baisser de 20 % le nombre de consommateurs abusifs de buprénorphine en 2005.

Pour l'instant, 986 interruptions de prise en charge des traitements non justifiés ont été prononcées, 43 procédures pénales engagées, ainsi que 54 signalements au Procureur.

Parallèlement, **67 médecins et 11 pharmaciens** ont été contrôlés pour prescriptions ou délivrances suspectes de fraudes ou dangereuses pour la santé.

4 – La facturation frauduleuse d'un acte de biologie médicale par les laboratoires : le calcul de la clairance de la créatinine

La clairance de la créatinine permet de dépister précocement une insuffisance rénale. Elle peut être déterminée de deux façons : soit par un calcul simple, elle est alors facturée 2,70 €, soit par dosage mesuré, facturé 8,10 €.

Le nombre de clairances par dosage mesuré a augmenté de plus de 83 % entre 2002 et 2003 puis de plus de 40 % entre 2003 et 2004.

Le service du contrôle médical de l'Assurance Maladie a constaté que certains laboratoires facturaient frauduleusement le dosage mesuré de la clairance de la créatinine au lieu de son calcul simple, soit 8,10 € facturés au lieu de 2,70 €.

Plus de 200 laboratoires ont été contrôlés à ce titre en 2005, soit environ 5 % des laboratoires.

III- LE PROGRAMME DES ACTIONS 2006

Le programme 2006 de contrôle et de lutte contre les abus et les fraudes prolonge les actions engagées en 2005 et les complète avec de nouveaux thèmes, notamment le contrôle de la chirurgie esthétique et les prescriptions sur ordonnance bizona des médecins salariés des établissements de santé.

Parallèlement, l'Assurance Maladie va continuer d'informer les assurés sur les règles de prise en charge et d'accompagner les professionnels de santé, y compris les médecins hospitaliers, en ce qui concerne la promotion des bonnes pratiques.

1 - LA PREVENTION DES ABUS ET DES FRAUDES

Une méthodologie efficace pour une action homogène

La Direction du contrôle-contentieux et de la répression des fraudes est chargée de mettre en place une méthodologie efficace et notamment d'harmoniser le circuit de gestion des plaintes et signalements pour homogénéiser les actions menées par l'ensemble du réseau de l'Assurance Maladie.

Une collaboration renforcée avec les partenaires extérieurs

Parallèlement, la loi de financement de la sécurité sociale votée en décembre dernier a élargi la possibilité d'échange d'informations entre les différents organismes de prestations sociales dans la lutte contre les fraudes².

La collaboration renforcée avec ces partenaires permet d'échanger sur les techniques de fraudes afin de mieux les prévenir et de mettre en œuvre des outils de lutte efficaces.

2 - LA POURSUITE DES CONTROLES AUTOMATIQUES EFFECTUES AVANT PAIEMENT

La prévention des abus et des fraudes pour 2006 comprend aussi la poursuite des contrôles sur la gestion des cartes Vitale et la détection des doubles paiements.

Les contrôles effectués avant paiement concernent principalement les contrôles de droits et le contrôle des pièces justificatives des prestations en espèces. Ils permettent de déceler en amont des anomalies possibles.

Concernant l'ouverture des droits, les contrôles portent sur

- 1- l'exploitation des signalements de rejets de la carte Vitale
- 2- les dossiers de demandes de CMU complémentaire
- 3- la détection systématique des incidents de paiements.

Pour les prestations en espèces, il s'agit principalement de la détection des anomalies sur les bulletins de salaires (pour les arrêts de travail).

² Article 92

3 – LES THEMES PRIORITAIRES DES CONTROLES CIBLES POUR 2006

En plus des actions engagées en 2005 et poursuivies, de nouveaux thèmes ont été retenus en fonction de l'analyse des risques et des priorités en termes de maîtrise médicalisée.

Les thèmes se répartissent en deux catégories : les fautes et abus d'une part et les fraudes et pratiques dangereuses d'autre part. Les actions sont menées conjointement pour les soins de ville et dans le secteur hospitalier.

Contrôles et lutte contre les fautes et abus

► Secteur soins de ville

1- Les prescriptions abusives d'indemnités journalières

Poursuivant l'action entreprise en 2005, l'Assurance Maladie va lancer, au deuxième trimestre 2006, une deuxième opération de ciblage puis de contrôle des professionnels les plus excessifs en matière de prescriptions d'indemnités journalières.

Si l'objectif de ramener les prescriptions des médecins contrôlés à 2 fois la moyenne nationale est atteint, on estime les économies potentielles à plus de **30 millions d'euros**.

2- Le respect des règles d'utilisation de l'ordonnancier bizonne

En contrôlant les abus manifestes dans l'utilisation de l'ordonnancier bi-zone par certains professionnels, l'Assurance Maladie pourrait économiser **15 millions d'euros** en 2006.

En 2006, des actions sont prévues en direction des autres acteurs. L'Assurance Maladie va également agir vers les assurés et les pharmaciens qui ne respecteraient pas la règle de la prise en charge à 100 %.

Les pharmaciens vont recevoir prochainement un courrier les informant en amont de cette action. En effet, l'Assurance Maladie pourra désormais récupérer auprès des assurés comme des pharmaciens des sommes qui auraient été remboursées à tort à 100 % dès lors que des abus seront clairement identifiés.

► Secteur hospitalier

1- Respect des règles de prise en charge à 100 %

Le programme 2006 prévoit d'étendre les actions menées dans le secteur des soins de ville au secteur hospitalier pour ses prescriptions externes où les économies potentielles sur les prescriptions abusives à 100 % sont estimées à **2 millions d'euros**. Un premier ciblage des établissements concernés sera effectué à partir de la fin du mois d'avril.

2- Contrôle externe des établissements sous T2A

L'Assurance Maladie vérifiera notamment les anomalies de facturations des établissements de santé. L'économie potentielle est estimée à **15 millions d'euros**.

3- Respect des règles de prescriptions des transports en ambulance, taxi et VSL

Les modes de transport doivent être adaptés à l'état de santé du malade ; soit allongé et ou avec une surveillance constante en ambulance, soit assis. L'Assurance Maladie contrôlera le respect de cette règle et estime à environ **13 millions d'euros les économies potentielles** en 2006.

Contrôles et lutte contre les fraudes et pratiques dangereuses

► Secteur soins de ville

1- Contrôle des méga-consomphants

L'objectif fixé pour 2006 est de réaliser une **économie d'un million d'euros** en mettant un terme aux pratiques frauduleuses des 4000 méga-consomphants les plus excessifs

2- Détournements des traitements de substitution aux opiacés

L'objectif pour 2006 est de réaliser une **économie de 1,4 millions d'euros** sur les pratiques dangereuses ou frauduleuses des personnes qui ont une consommation moyenne de 32 mg par jour de buprénorphine (Subutex®).

Les enjeux de cette action ne sont pas strictement financiers puisqu'il s'agit aussi de santé publique. Et il est du ressort de l'Assurance Maladie de veiller à la qualité des soins³.

3- Facturations frauduleuses d'un acte de biologie médicale par les laboratoires : le calcul de la clairance de la créatinine

Les règles de facturation de cet acte de biologie médicale ne sont pas respectées par certains laboratoires. Les contrôles menés par l'Assurance Maladie devraient permettre de récupérer **2 millions d'euros** en 2006 sur ces facturations éronées.

4- Pratiques frauduleuses des pharmaciens d'officines

Il s'agit par exemple de ventes fictives de médicaments, d'utilisations frauduleuses de cartes Vitale ou de la délivrance de médicaments non remboursables facturés comme s'ils étaient remboursables... L'économie potentielle sur ce thème est estimée à **10 millions d'euros**.

► Secteur hospitalier

1- Le contrôle de la chirurgie esthétique

Les actes de chirurgie esthétique ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie. Le non-respect de certaines règles a toutefois pu conduire à une prise en charge indue par l'Assurance Maladie de ces interventions chirurgicales.

Les raisons sont multiples : mauvaise utilisation de la procédure d'entente préalable, difficultés d'appréciation de ce qui relève de la chirurgie réparatrice 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.

L'objectif du renforcement du contrôle des actes de chirurgie esthétique est de faire cesser les pratiques frauduleuses de certains professionnels, visant à faire prendre en charge des actes non remboursables.

On estime à **10 millions d'euros** les économies potentielles à réaliser.

³ cf article 1^{er} de la loi du 13 août 2004

Thèmes prioritaires et objectifs d'économies potentielles pour 2006

Contrôle et lutte contre les abus et les fautes

► Secteur soins de ville

thèmes de contrôle	économies potentielles pour 2006 (millions d'euros)
Prescriptions excessives d'indemnités journalières	30
Respect des règles de la prise en charge à 100 % (ordonnancier bizonne)	15

► Secteur hospitalier

thèmes de contrôle	économies potentielles pour 2006 (millions d'euros)
Respect des règles de la prise en charge à 100 % (ordonnancier bizonne)	2
Contrôle externe des établissements sous T2A	15
Respect des règles de prescriptions des transports en ambulance, taxi et VSL	13

Contrôle et lutte contre les fraudes et pratiques dangereuses

► Secteur soins de ville

thèmes de contrôle	économies potentielles pour 2006 (millions d'euros)
Méga-consommants	1
Détournements des traitements de substitution aux opiacés	1,4
Facturations injustifiées du calcul de la clairance de la créatinine	2
Pratiques frauduleuses des pharmaciens d'officines	10

► Secteur hospitalier

thème de contrôle	économies potentielles pour 2006 (millions d'euros)
Chirurgie esthétique	10

Annexe 1

QUELQUES EXEMPLES DE COMPORTEMENTS ABUSIFS ET DE FRAUDES

Il s'agit de cas atypiques très peu fréquents mais révélateurs des fraudes contre lesquelles l'Assurance Maladie entend poursuivre et intensifier sa lutte en 2006.

Les prescriptions d'indemnités journalières

1) En Rhône-Alpes, un médecin a fait l'objet de contrôles successifs depuis 2001 et d'un contentieux au Conseil National de l'Ordre qui ont conduit à une interdiction de donner des soins aux assurés sociaux pendant six mois, ainsi qu'un remboursement de 1500 € à la CPAM, en mars 2004.

Malgré ces faits, de nombreuses anomalies ont été observées en 2004 dont une prescription **plus de 8 fois supérieure à la moyenne nationale** d'indemnités journalières. La procédure de mise sous accord préalable de ce médecin pour ses prescriptions d'indemnités journalières a été enclenchée.

2) Dans la région parisienne, le Conseil régional de l'Ordre des médecins a été saisi en 2001 pour des doubles facturations et des prescriptions de traitements potentiellement dangereux faites par un médecin.

En 2004, le nombre d'indemnités journalières prescrites par ce médecin est **près de 19 fois supérieur à la moyenne nationale** pour une patientèle comparable à celle de ses confrères, soit 51 135 journées d'arrêts de travail prescrites pour une moyenne nationale de 2822.

Malgré les mises en garde du service du contrôle médical, ce praticien n'a pas modifié son comportement et la procédure de mise sous accord préalable a été déclenchée.

Les remboursements à 100 % injustifiés

1) Un contrôle a par exemple révélé plus de 45 % d'anomalies dans les prescriptions d'un médecin et une prise en charge indue estimée à plus de 6000 euros, soit plus du triple de la somme moyenne constatée chez les 1300 prescripteurs les plus excessifs.

2) Pour un autre professionnel, les anomalies s'élèvent à 43 % de ses prescriptions pour une prise en charge indue estimée à près de 5000 euros, soit plus du double de la somme moyenne constatée chez les 1300 prescripteurs les plus excessifs.

Une procédure de pénalités financières a été déclenchée pour ces médecins.

Le contrôle des « méga-consomphants »

1) Le cas d'une jeune femme de 34 ans s'avère exceptionnel, avec un enjeu financier très important. Elle consultait en moyenne 75 médecins par mois et se rendait dans 67 pharmacies différentes. Les deux produits les plus consommés étaient un antidépresseur et un anxiolytique avec une moyenne de 12 boîtes par jour pour l'un de deux produits et de 5,7 boîtes pour l'autre. L'enjeu financier dépasse les 28 000 euros.

L'étude du dossier a révélé des falsifications d'ordonnances avec ratures ou surcharges et fait suspecter un trafic possible. Les éléments médicaux du dossier ne mettent pas en évidence de pathologie particulière mais une addiction sévère. Un suivi médical serré a été mis en place et une plainte a été déposée au Procureur.

2) Autre cas, celui d'un homme de 50 ans qui consommait, entre autres, jusqu'à 135 boîtes mensuelles d'un hypnotique (moyenne départementale de 2,5 boîtes) et jusqu'à 48 boîtes mensuelles d'un antalgique (moyenne départementale de 3,4 boîtes).

L'enjeu financier est d'un peu plus de 2500 euros. Le dossier révèle deux types de fraudes : la falsification d'ordonnances et l'utilisation d'une attestation d'AME volée (aide médicale d'Etat) ouvrant le droit à une facile délivrance de médicaments. Un signalement pour fraude a été effectué auprès du Procureur de la république.

4) Le cas d'une femme de 43 ans s'avère très différent des exemples précédents. Cette femme utilisait près de 50 boîtes de morphine par mois, ce qui représente soit 16 injections quotidiennes.

Le contrôle révèle que cette patiente atteinte de sclérose en plaques avait régulièrement augmenté les doses de son traitement et en est devenue dépendante. Le service du contrôle médical a pris contact avec le médecin traitant de la patiente et un suivi thérapeutique adapté a été mis en place. La patiente a réduit sa consommation.

Fraudes utilisant la carte Vitale

1) En juillet 2005, une plainte a été déposée pour l'utilisation frauduleuse d'une carte Vitale alors que le titulaire était incarcéré. Le préjudice s'élève à plus de 3500 euros. Le contrôle a permis de constater une incompatibilité entre la situation de l'assuré et les prestations réglées. La CPAM a donc procédé au blocage de la carte Vitale et à des investigations sur les paiements effectués. Le dossier est en cours d'instruction.

2) Autre cas, celui d'un médecin qui a facturé plus d'une soixantaine d'actes fictifs avec la carte Vitale d'un assuré. Alors que l'assuré avait très vite déclaré la perte de sa carte, celle-ci a été utilisée plusieurs fois dans un laps de temps très court, entre la déclaration de perte et le blocage de la carte. Le montant du préjudice s'élève à plus de 3500 euros. Le dossier est en cours d'instruction pour dépôt de plainte au pénal.

Annexe 2

LES INDEMNITES JOURNALIERES EN CHIFFRE

De 1996 à 2003, les indemnités journalières avaient fortement progressé : + 37 % alors que pendant le même temps la population active n'augmentait que de 3,7%.

En 2005, **le nombre de journées de travail indemnisées a diminué de 4,1 %** par rapport à 2004. Elles sont passées de 257 millions en 2004 à 246 millions en 2005.

Le montant des indemnités journalières a diminué de 1,6 % par rapport à 2004 et s'élève à près de 7,3 milliards d'euros dont 5,3 milliards d'euros au titre de la maladie (7,4 milliards d'euros dont 5,4 milliards au titre de la maladie en 2004).

Evolution des montants des indemnités journalières de 2000 à 2005 Maladie – accidents du travail

Année	Montants remboursés en milliers d'euros	Taux d'évolution en %
2000	5 636 929	
2001	6 149 638	9,1 %
2002	7 015 782	14,1 %
2003	7 434 382	6 %
2004	7 409 758	- 0,3 %
2005	7 289 344	- 1,6 %

Evolution du nombre de journées d'arrêts de travail indemnisées de 2000 à 2005 Maladie – accidents du travail

Année	Dénombrement d'indemnités journalières	Taux d'évolution en %
2000	219 320 579	
2001	234 921 666	7,1
2002	259 110 419	10,3
2003	265 398 535	2,4
2004	256 926 175	- 3,2
2005	246 379 665	- 4,1

Annexe 3

LES NOUVEAUX DISPOSITIFS DE LUTTE CONTRE LES ABUS ET LES FRAUDES LES PROCEDURES DE PENALITES FINANCIERES ET DE MISE SOUS ACCORD PREALABLE

En complément des procédures pénales ou ordinaires déjà en vigueur, la loi introduit de nouveaux outils pour lutter davantage et plus efficacement contre les abus et les fraudes : un dispositif de pénalités financières graduées ainsi qu'un système d'accord préalable.

Ces dispositifs prévus par la loi du 13 août 2004 et précisés par le décret du 25 août 2005 s'appliquent à tous : assurés, employeurs, établissements ou professionnels de santé.

Les amendes s'échelonnent de 75 € à 5032 € (soit le double du plafond mensuel de la sécurité sociale pour 2005). Ce montant plafond est doublé en cas de récidive.

Le montant de la pénalité financière est compris entre :

- 75 et 500 euros lorsque le montant présenté indûment au remboursement ou indûment pris en charge par l'Assurance Maladie est compris entre 0 et 500 euros ;
- entre 125 et 1000 euros lorsqu'il est compris entre 500 et 2000 euros ;
- entre 500 et 5032 euros (soit deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur en novembre 2005) lorsque le préjudice subi ou encouru est supérieur à 2000 euros.

Pour les professionnels de santé, une autre mesure complète ce dispositif : la mise sous accord préalable.

En cas de prescriptions d'arrêts de travail ou de transports significativement supérieures aux données moyennes, le médecin peut voir ses prescriptions subordonnées à l'accord préalable du service du contrôle médical pour une durée maximale de six mois.

La loi prévoit plusieurs étapes avant de déboucher par l'application de sanctions.

Le directeur de la caisse qui a subi le préjudice envoie une première mise en garde à la personne ou l'établissement mis en cause.

Si les faits se reproduisent dans un délai d'un mois, il lui notifie alors les sanctions encourues. La personne ou l'établissement mis en cause peut produire ses observations et demander une audition dans un délai d'un mois.

Le directeur saisit ensuite la commission qui dispose d'un mois à compter de sa saisine pour rendre un « avis motivé » et se prononcer sur la gravité des faits, la responsabilité de la personne ou de l'établissement mis en cause et le montant de la pénalité envisagée.

Le directeur dispose ensuite d'un délai de 15 jours à compter de la réception de l'avis de la commission pour fixer et notifier la sanction par une décision motivée. Les sanctions prononcées peuvent être contestées devant le tribunal administratif.

La commission est composée de cinq membres issus du conseil de la caisse primaire (pour les assurés et employeurs) auxquels s'ajoutent cinq représentants des professionnels de santé quand ce sont des médecins qui sont mis en cause.

Les représentants des professionnels de santé sont proposés par l'instance paritaire locale prévue dans la convention.

L'avis de la commission ne peut être rendu qu'en présence d'au moins trois membres lorsqu'elle siège en configuration restreinte et d'au moins six membres lorsqu'elle siège avec les représentants des professionnels de santé.