



République du Sénégal

Un Peuple – Un But – Une Foi



**INSTITUTION DE COORDINATION DE
L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE
DU SENEGAL**

Présomption d'irrégularité :

Prescription non conforme au bénéficiaire (âge sexe état du bénéficiaire)

Facturation non conforme à la réglementation en vigueur (nomenclature et tarifs)

Fraude sur les ayants droit (IPM)

**Mise en place d'un mécanisme de contrôle
médical au sein du système de l'Assurance
Maladie Obligatoire (AMO) des travailleurs**

TERMES DE REFERENCE

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Afin de poursuivre la dynamique d'amélioration de l'efficacité et de l'efficience du système de l'Assurance Maladie obligatoire et de contribuer à l'atteinte des objectifs de la CMU, le Ministère en charge du Travail a entrepris une réforme du système avec, entre autres résultats enregistrés, la mise en place de l'Institution de Coordination de l'Assurance Maladie Obligatoire (ICAMO).

L'une des missions principales de cette Institution faitière, dont les statuts ont été approuvés par arrêté n°2015- 5335 du 09 avril 2015, consiste à **veiller à l'équilibre financier du régime obligatoire de l'assurance maladie des travailleurs.**

Afin de matérialiser cette mission, l'ICAMO a déjà pris des initiatives relatives, notamment:

- à l'information et à la sensibilisation des IPM sur la nécessité de se conformer aux nouveaux paramètres techniques contenus dans les textes en vigueur. Ces derniers constituent, en effet, le premier effort fourni dans le cadre de la recherche de l'équilibre financier de ces Institutions ;
- au renforcement des capacités des gestionnaires d'IPM dans le but d'instaurer une culture du respect des ratios prudentiels de la CIPRES, gage d'un meilleur équilibre financier.

Au-delà de ces initiatives, l'Institution entend mettre en place un mécanisme de contrôle médical au sein du régime de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO).

Ce projet s'inspire des recommandations de l'étude sur la réforme de l'assurance maladie obligatoire (RAMO - 2009), d'une part, et des résultats de l'enquête nationale sur les IPM (ENIPM-2015), d'autre part.

En effet, le rapport de l'étude sur la RAMO, après avoir identifié parmi les lacunes du système l'absence de régulation médico-économique, permettant de prodiguer des conseils et de réprimer efficacement les fraudes et abus dans les dépenses de soins, a préconisé la mise en place d'un service de contrôle médical pour permettre aux bénéficiaires d'avoir des soins de qualité au meilleur coût.

A l'instar de cette étude, le rapport de l'enquête nationale sur les Institutions de Prévoyance Maladie menée en 2015 a révélé que plus de la moitié des IPM considère que la fraude sur les ayants droit, les prescriptions et les prix constitue un obstacle majeur à leur bonne gouvernance et à leur équilibre financier.

C'est donc pour lutter contre ces formes de fraude et contenir les dépenses de l'AMO dans des proportions justifiées que cette initiative est prise.

II. OBJECTIFS

A- Objectif général :

Le contrôle médical prévu par l'ICAMO au profit des IPM a pour objectif de contribuer à la lutte contre la fraude et à la rationalisation des dépenses de soins dans le domaine de l'assurance maladie obligatoire des travailleurs.

B- Objectifs spécifiques :

Il vise spécifiquement à :

- veiller à la conformité des prestations servies et des montants facturés par les professionnels de santé, à la réglementation en vigueur ;
- contribuer à une meilleure efficacité et effectivité des soins au profit des bénéficiaires ;

- contribuer à une meilleure maîtrise des coûts et à la lutte contre la fraude dans le domaine de l'AMO ;
- suivre l'évolution des dépenses de soins de l'AMO sur la base des indicateurs définis par la tutelle et l'ICAMO ;
- assurer le suivi des conventions conclues avec les prestataires de soins ;
- assurer le suivi des orientations stratégiques du schéma directeur du système d'informations de l'AMO relatives au contrôle médical ;
- proposer des mesures visant la rationalisation des dépenses de soins des IPM.

III- GESTION

L'exercice du contrôle médical est confié à un Médecin-conseil.
Il pourra être assisté, au besoin, par d'autres médecins.

IV- PRINCIPES

Le Médecin-conseil fonde son action sur les principes ci-après :

- le respect de la déontologie et des règles liées à l'exercice de la profession ;
- la neutralité ;
- l'égalité de traitement des bénéficiaires des IPM et des prestataires de services de santé ;
- la confidentialité et le respect des données à caractère personnel ;
- l'indépendance technique dans les avis qu'il donne.

V- REFERENTIELS

Le contrôle médical s'exerce sur la base des référentiels en vigueur dans le domaine de l'assurance maladie obligatoire, notamment :

- le décret n°2012-832 du 7 août 2012 portant organisation et fonctionnement des Institutions de Prévoyance Maladie d'entreprise ou interentreprises ;

- l'arrêté interministériel n°2002-2632 du 19 avril 2002 fixant les tarifs des honoraires médicaux applicables aux IPM ;
- l'arrêté interministériel n°2005-738 du 21 février 2005 fixant les valeurs minimales et maximales des tarifs d'hospitalisation, des consultations, des soins externes et des cessions applicables aux établissements publics de santé hospitaliers ;
- l'arrêté interministériel n°2013-2159 du 18 février 2013 fixant les modèles types de statuts et de règlement intérieur des IPM ;
- la nomenclature générale des actes médicaux (arrêté), le cas échéant, les nomenclatures applicables dans chaque profession ;
- les conventions et protocoles d'accord signés entre les IPM et les structures ou prestataires de services de santé ;
- les protocoles de soins définis dans chaque spécialité.

VI- SAISINE

Toute IPM peut saisir l'ICAMO en vue du contrôle de la régularité et de la justification des prescriptions ou prestations servies à ses bénéficiaires.

La saisine de l'ICAMO dans le cadre du contrôle médical est effectuée par le Gérant de l'IPM et doit être accompagnée de toutes les pièces administratives pouvant éclairer l'avis technique du médecin conseil, notamment :

- la convention liant l'IPM au prestataire ou à la structure sanitaire ;
- la lettre de prise en charge délivrée par l'IPM ;
- l'ordonnance prescrite par le médecin au nom du malade ;
- les factures des structures ou prestataires concernés.

VII- PERIMETRE d'INTERVENTION / CHAMP D'APPLICATION

A- Champ d'application personnel

Le contrôle médical concerne tous les assurés sociaux couverts par les IPM, notamment, les travailleurs et leurs ayants droit.

Il touche également tous les prestataires de soins et structures sanitaires ayant délivré des services de santé aux bénéficiaires des IPM.

B- Champ d'application matériel :

L'action du Médecin-conseil portera sur toutes les prestations servies aux bénéficiaires des IPM, notamment celles définies à l'article 2 de l'arrêté n°2013-2159 du 18 février 2013 :

Prestations obligatoires :

- les consultations de médecine générale et de médecine spécialisée ;
- les analyses, radios, médicaments prescrits sur ordonnance médicale ;
- les soins conservateurs, ou extractions dentaires ;
- les accouchements ;
- l'optique médicale ;
- les transports aller-retour pour une hospitalisation sur l'établissement hospitalier le plus proche du domicile ;
- l'hospitalisation chirurgicale et médicale.

Soins à prise en charge facultative:

- les soins dentaires prothétiques ;
- les appareils orthopédiques ;
- les soins de massage ou de kinésithérapie prescrits par un médecin ;
- les actes de radiologie coûteux (Imagerie par résonance magnétique ...).

VIII- MODALITES DE MISE EN OEUVRE

A- Le contrôle à priori (bénéficiaires – services – coût) :

Le contrôle à priori est une formalité lourde pouvant porter atteinte à l'efficacité et à l'efficience de la couverture médicale des bénéficiaires.

Par conséquent, les IPM peuvent faire recours à cette forme de contrôle médical dans la double condition suivante :

- existence d'une entente préalable entre elles et les prestataires et structures agréés ;
- limitation de ce contrôle aux services de santé dont la délivrance peut être différée dans un délai dépassant quinze jours (15) (exclusion des services de santé à caractère urgent).

Si ces deux conditions cumulatives sont réunies, le prestataire, à la demande de l'IPM, transmet, sous pli fermé, à l'attention du médecin conseil de l'ICAMO, un rapport médical décrivant les soins nécessaires à l'amélioration de l'état du bénéficiaire et fixant leur coût.

Le médecin-conseil peut émettre un avis sur la conformité des services de santé prévus par rapport à l'état de santé du bénéficiaire en indiquant si les soins préconisés sont justifiés en totalité ou en partie pour le montant déterminé.

Le rapport du Médecin-conseil est notifié à l'IPM demanderesse et au prestataire.

Faute de réponse dans un délai de huit jours (8) ouvrables, l'accord tacite est obtenu et le praticien peut réaliser les soins prévus qui seront remboursés par l'IPM.

B- Le contrôle à posteriori (bénéficiaires – services – coût) :

Le Médecin conseil, à la demande de l'IPM peut émettre un avis sur la conformité des services de santé délivrés par rapport à l'état de santé du bénéficiaire ainsi que sur la régularité des coûts.

En cas de saisine et sous réserve du respect de la déontologie, le Médecin-conseil peut demander au prestataire de soins ou à la structure sanitaire tous les renseignements et documents indispensables relatifs aux prestations de soins en cause. Dans ce cas, le secret professionnel n'est pas opposable au Médecin-conseil.

Lors du traitement de la saisine, le Médecin conseil examine les aspects suivants :

- les bénéficiaires des prestations fournies ;
- l'adéquation des prestations servies à l'état de santé du bénéficiaire ;
- la conformité des tarifs fixés aux référentiels en vigueur.

A la suite de l'examen du dossier, le Médecin-conseil transmet au Directeur de l'ICAMO un rapport portant sur les défaillances et manquements éventuels constatés et sur les mesures correctrices à prendre.

Ce rapport est notifié à l'IPM demanderesse et au prestataire ou à la structure dans un délai de 15 jours suivant la saisine.

IX- CONSEQUENCES DU CONTROLE MEDICAL

A- Fraude sur les ayants droit :

Si, dans son rapport, le Médecin-conseil estime qu'il y a eu une fraude sur les ayants droit, l'IPM peut :

- 1- annuler la prise en charge (contrôle a priori) ;
- 2- suspendre la prise en charge ;
- 3- mettre les frais déjà engagés à la prise en charge totale du bénéficiaire (contrôle a posteriori).

B- Sur-prescription :

Si, dans son rapport, le Médecin-conseil estime, après avoir recueilli l'avis du médecin traitant et, le cas échéant, les résultats des examens et expertises, que les services de santé prévus ou délivrés ne sont pas appropriés à l'état de santé du bénéficiaire, l'IPM peut :

- 1- demander une régularisation de la prescription au Médecin (contrôle a priori) ;
- 2- demander une régularisation de la facture suivant les conclusions du Médecin conseil sur la conformité des services délivrés (contrôle a posteriori).

C- Surfacturation :

Si, dans son rapport, le Médecin conseil estime, après avoir consulté la réglementation et les référentiels en vigueur, qu'il y a eu une surfacturation des services de santé prévus ou délivrés, l'IPM peut :

- 1- demander une régularisation des montants facturés (contrôle a priori) ;
- 2- demander le reversement du surplus déjà payé au prestataire dans un délai de huit (8) jours (contrôle a posteriori) ;
- 3- engager une procédure de sanction pouvant aller jusqu'à la suspension du prestataire dans tout le système de l'AMO par une note adressée aux Gérants d'IPM dans ce sens, avec ampliation au Ministère en charge du Travail et à l'Ordre auquel il appartient.

X- suivi de la mise en place du mécanisme de contrôle médical

Les travaux liés à la mise en place du mécanisme de contrôle médical de l'AMO seront suivis par un comité présidé par le Directeur de l'ICAMO.

A- Composition du comité :

Le Comité de suivi est composé :

- de deux représentants du Ministère de la Santé et de l'Action sociale (tutelle des prestataires de soins) ;
- d'un représentant du Ministère en charge du Travail (tutelle technique des IPS, IPM) ;
- d'un représentant de la COSRISS (régulation des IPS);
- d'un représentant du CA de l'ICAMO (orientations) ;
- du responsable du SI de l'ICAMO (prise en compte du contrôle médical dans le SIAMO)
- d'un représentant de l'IPRES (Médecin-conseil de l'IPRES – bonnes pratiques)
- de deux représentants de la Caisse de Sécurité sociale (Médecin-conseil/ médecin du Travail - bonnes pratiques)
- d'un représentant de l'Agence nationale de la CMU (direction du contrôle médical – harmonisation - bonnes pratiques)

- de deux représentants d'IPM (pratique – application)
- d'un représentant de l'Ordre national des médecins
- d'un représentant du syndicat des médecins privés
- d'un représentant de l'Ordre national des pharmaciens
- d'un représentant du syndicat des pharmaciens privés
- d'un représentant de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes
- d'un représentant du syndicat des chirurgiens-dentistes privés
- d'un représentant de l'Alliance du secteur privé de la santé

B- Missions du comité :

Le Comité de suivi est chargé, notamment :

- d'examiner et de pré valider les termes de références du mécanisme du contrôle médical de l'AMO ;
- d'examiner et de pré valider la fiche de poste du Médecin-conseil ;
- d'appuyer la Direction de l'ICAMO dans le processus de recrutement du Médecin-conseil ;
- d'évaluer la mise en œuvre du mécanisme et de formuler des recommandations.

XI- CONTENTIEUX :

Tout différend né de la mise en œuvre du mécanisme de contrôle médical de l'AMO est soumis à la commission de suivi et aux ministères de tutelle pour un règlement à l'amiable.

A défaut de conciliation et après épuisement des voies de recours amiable, les parties peuvent saisir les juridictions compétentes.

