

**Programme « maladie » - Partie II « Objectifs / Résultats »**  
**Objectif 5 : Garantir la viabilité financière de la branche maladie**

**Indicateur n° 5-4 : Efficacité de la lutte contre les fraudes et indus menée par la CNAMTS.**

**1<sup>er</sup> sous-indicateur : Economies liées aux fraudes, fautes et abus détectés.**

*Finalité* : un plan de lutte contre les fraudes, fautes et abus, national et à initiative locale et/ou régionale, est mis en place annuellement par l'assurance maladie afin de dissuader l'ensemble des acteurs de frauder, fauter ou abuser. Le sous-indicateur proposé vise à connaître l'efficacité des actions contentieuses en termes d'économies engendrées.

*Résultats* :

Année	2006		2007		2008		Objectif 2010
	Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	
<b>Economies liées aux fraudes, fautes et abus détectés (en millions d'euros)</b>	<b>ND</b>	<b>90,6</b>	<b>90,0</b>	<b>126,6</b>	<b>110,0</b>	<b>131,7</b>	<b>150 M€</b>

Source : CNAMTS/DCCRF.

*Construction de l'indicateur* : A titre d'illustration, le tableau ci-après précise le montant des économies réalisées au 31 décembre 2008 et celui des fraudes, fautes et abus détectés et stoppés pour chacun des thèmes retenus, ainsi que les objectifs respectifs. Le montant total détecté en 2008 s'élève à 160,0 M€ pour un objectif global de 138,5 M€ fixé. Les économies constatées qui s'élèvent à 131,7 M€ en 2008 – à rapprocher de l'objectif global de 110,0 M€ fixé – sont issues des programmes de contrôle d'initiative nationale, des actions locales ou des thèmes intercurrents identifiés à titre auxiliaire lors d'opérations régulières de contrôle. Elles comprennent les montants d'indus et de pénalités financières notifiés, des transactions signées, des condamnations judiciaires prononcées, des dépenses évitées (cf. précisions méthodologiques).

2007	Fraudes détectées et stoppées		Economies réalisées	
	Objectif	Résultat	Objectif	Résultat
<b>Programmes de contrôle d'initiative nationale</b>				
Tarification à l'activité	35,0	47,1	28,0	32,6
EHPAD	6,0	15,4	4,6	4,5
Prescripteurs excessifs d'arrêt de travail	16,5	8,5	13,0	13,3
Ordonnancier bizona	8,0	1,3	8,0	0,1
Chirurgie plastique	7,0	10,7	7,0	10,8
Mégaconsommants, traitements de substitution aux opiacés	5,0	3,9	3,8	1,7
Pharmacie d'officine	5,0	1,8	4,0	0,0
Poste MK (prescripteurs, masseurs-kiné)	1,0	7,7	0,8	0,1
Transports	20,0	8,8	12,8	4,5
<b>Sous-total</b>	<b>103,5</b>	<b>105,3</b>	<b>82,0</b>	<b>67,5</b>
<b>Action d'initiative locale</b>	35,0	52,0	28,0	60,7
<b>Thèmes intercurrents</b>	-	2,8	-	3,5
<b>Total</b>	<b>138,5</b>	<b>160,0</b>	<b>110,0</b>	<b>131,7</b>

Source : CNAMTS/DCCRF.

Ces résultats témoignent de la mobilisation et l'implication grandissante de l'Assurance Maladie dans le domaine de la lutte contre les fraudes avec un transfert croissant des programmes de contrôle d'initiative nationale vers le niveau régional et local.

Pour l'ensemble des actions d'initiative locale (gestion des droits, prestations en espèces, prestations en nature) et pour chaque thème retenu dans le cadre du programme national annuel de lutte contre les fraudes, fautes et abus, la CNAMTS fixe :

- un objectif financier correspondant aux montants à détecter exprimé en terme de préjudice subi par l'assurance maladie (cf. précisions méthodologiques).
- un objectif financier reposant sur la sommation des différentes sources d'économies possibles (notifications, transactions, etc.).

Précisions méthodologiques : les contrôles portent sur les données du régime général sauf ceux relatifs aux thèmes se rapportant à la tarification à l'activité des hôpitaux et à la mise sous accord préalable des prescripteurs excessifs d'arrêts de travail pour lesquels tous les régimes sont contrôlés.

Rappel des définitions des concepts sous-jacents à l'indicateur

*Fraude* : action de mauvaise foi dans le but de tromper, de porter atteinte aux droits ou aux intérêts d'autrui. Il y a une intention de nuire.

*Faute* : manquement aux obligations dont l'origine peut être un fait positif, une faute par omission, une erreur, une ignorance, une imprudence, une maladresse, une négligence ...

*Abus* : usage avec excès d'un bien, d'une prérogative ou d'une pratique outrepassant des niveaux acceptables par incompetence, complaisance ou négligence. Il n'y a pas d'écart entre les pratiques et les normes législatives ou réglementaires mais entre les premières et des référentiels médicaux.

*Indus notifiés* : montants réclamés par un organisme dans des dossiers mettant en évidence des fraudes, fautes ou abus ouvrant des voies de recours adaptés aux cas d'espèces et hors transactions.

*Pénalités financières* : l'article 23 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie donne compétence au directeur d'un organisme local d'assurance maladie pour notifier, après avis d'une commission *ad hoc*, une pénalité financière à un assuré, un employeur, un professionnel de santé ou un établissement de santé en cas d'inobservation de règles du code de la Sécurité sociale (CSS) exhaustivement listées par décret.

*Préjudice subi* : montant des prestations versées à tort tel que l'évalue la caisse après investigations et décision d'entreprendre une ou plusieurs actions.

*Préjudice évité* : dans le cas où la fraude a été découverte avant paiement et où le préjudice subi est donc nul, le préjudice évité est égal au montant des prestations que la caisse aurait versé à tort si la fraude n'avait pas été détectée. Dans le cas où la fraude a été découverte après paiement, un préjudice a été subi et le préjudice évité est égal au montant des prestations que l'assurance maladie aurait continué à régler si la fraude n'avait pas été découverte et le paiement arrêté.

**Indicateur n° 5-4 : Efficacité de la lutte contre les fraudes et indus menée par la CNAMTS.**

**2<sup>ème</sup> sous-indicateur : Taux de séjours contrôlés sur site avec anomalies parmi les établissements tarifés à l'activité.**

Finalité : la tarification à l'activité (T2A) est mise en place dans les établissements de santé de court séjour en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) depuis janvier 2004 pour les établissements de santé antérieurement sous dotation globale (ex-DG), pour une partie de leur activité, et depuis mars 2005 pour les établissements de santé privés qui relevaient autrefois de l'objectif quantifié national (ex-OQN), pour l'ensemble de leur activité. L'assurance maladie a toute légitimité pour réaliser des contrôles sur ces informations, d'autant que les établissements peuvent renseigner, parmi plusieurs codes, celui correspondant à l'activité la plus rémunératrice. Le type de séjours à contrôler est déterminé en fonction des résultats de requêtes et de tests statistiques sur les bases de données, de la connaissance du terrain, de plaintes de patients, etc. L'indicateur évalue la performance du ciblage des séjours contrôlés par l'assurance maladie pour lesquels des anomalies (indus ou autres dysfonctionnements) sont constatées.

Résultats :

Année	2006	2007	2008	Objectif
<b>Taux de séjours contrôlés sur site avec anomalies des établissements TAA</b>	<b>62,5 %</b>	<b>59,5 %</b>	<b>49,0 %</b>	<b>Diminution</b>

Source : CNAMTS, DCCRF.

L'application de l'article R 162-42-12 du code de la sécurité sociale, créé par le décret n°2006-307 du 16 mars 2006 (dit "décret sanctions"), explique, en grande partie, la baisse progressive de cet indicateur car cet article a permis à l'Assurance Maladie de développer un nouveau type de stratégie. Ce texte offre la possibilité de calculer un montant des sanctions financières à partir des seules observations obtenues sur un échantillon de dossiers au lieu de l'exhaustivité à condition que celui-ci soit extrait aléatoirement d'une population de factures bien circonscrites. Ainsi, alors que le nombre de séjours avec anomalies est connu à partir de la population totale des factures suspectes, les séjours contrôlés peuvent n'être qu'un sous-ensemble de cette dernière pourvu qu'ils soient représentatifs de l'activité analysée.

A partir de 2007, l'Etat et l'Assurance Maladie ont combiné des contrôles sur l'exhaustivité des factures à des contrôles sur échantillon en fonction de la finalité retenue : soit notification d'indus par les caisses (le contrôle a été exhaustif), soit sanctions financières (le contrôle a porté sur un échantillon). Lorsque le contrôle ne porte pas sur la totalité de l'activité d'un établissement, la sanction devient maximale (50% de la recette d'assurance maladie pour le champ de contrôle) dès que le pourcentage de surfacturation atteint 30%. La recherche de l'efficience des contrôles sur site incite donc :

- à ne contrôler qu'un échantillon représentatif de dossiers dont l'effectif est fixé à environ 100 séjours,
- à cibler des activités bien valorisées mais ne présentant pas obligatoirement un fort taux d'anomalies puisque le montant de la sanction plafonnera dès 30% de surfacturation.

L'évolution à la baisse de l'indicateur doit donc être analysée à l'aune de ce changement de stratégie : il est logique qu'un moindre ciblage des contrôles sur les établissements les plus susceptibles de présenter des anomalies entraîne une baisse significative du taux de séjours contrôlés avec anomalie.

Précisions sur l'allocation des ressources dans le cadre de la tarification à l'activité :

Environ 1 360 établissements de santé (France entière) sont concernés par ce nouveau mode de tarification qui prévoit des règles différentes suivant le type de séjours et le type d'établissements. Ainsi, pour chaque hospitalisation, même inférieure à un jour (hospitalisation à temps partiel) :

- les cliniques adressent à l'assurance maladie une facture par malade comportant au moins un tarif de séjour réglementairement défini (GHS) et les honoraires des médecins ayant pris en charge le patient, aux tarifs définis par la Classification commune des actes médicaux (CCAM) ;
- les hôpitaux adressent mensuellement à l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) les données médicales et administratives du séjour permettant la détermination du GHS : le séjour est alors valorisé au tarif de séjour réglementaire ; au titre de la campagne 2008 qui a contrôlé l'activité de l'année 2007 des établissements tarifés à l'activité, 50% de la somme de la valorisation de ces séjours sont versés sous forme globale par l'assurance maladie à l'établissement. A l'hôpital, la rémunération des médecins est incluse dans le tarif du séjour.

Construction de l'indicateur : le numérateur est le nombre de séjours ciblés contrôlés sur site avec anomalies. Le dénominateur est le nombre total de séjours ciblés contrôlés sur site. Les données sont transmises mensuellement à la CNAMTS par le réseau de l'assurance maladie.

Précisions méthodologiques : tous les régimes sont concernés par ce contrôle, le ciblage ayant été réalisé à partir de données inter-régimes. Les contrôles sont ciblés en tenant compte des priorités nationales définies par l'UNCAM, la DSS et la DHOS. Ils font l'objet d'un programme publié en début d'année fixant les grandes orientations à suivre par les régions. Ces orientations rassemblaient en 2006 des objectifs de récupérations d'indus qui passaient par l'examen de nombreux dossiers. Un fort taux d'anomalies facilitait l'atteinte des objectifs financiers.