

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^{er} sous-indicateur : économies 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 : les économies liées aux fraudes, fautes et abus détectés et stoppés (en millions d'euros) évoluent de la manière suivante :

2006		2007		2008		2009		2010	
Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	Objectif	Résultat
ND	90,6	90,0	125,5	110,0	131,7	120,0	137,6	130	185,6

Source : CNAMTS/DCCRF.

Les économies liées aux fraudes, fautes et abus détectés et stoppés sont en constante augmentation sur la période 2006 - 2010. Par ailleurs, chaque année, l'objectif d'économies est atteint. En 2010, l'objectif initial d'économie est ainsi dépassé de plus de 40 %.

Construction de l'indicateur : à titre d'illustration, le tableau ci-après précise le montant des économies réalisées au 31 décembre 2010 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 2010 s'élève à 156,3 M€ pour un objectif global de 150 M€ fixé. Les économies constatées qui s'élèvent à 185,6 M€ en 2010 sont issues des programmes de contrôle d'initiative nationale et des actions locales. Elles comprennent les montants demandés en réparation du préjudice subi, les montants d'indus notifiés et des transactions signées, les retenues ou pénalités ou sanctions financières notifiées, les dépenses évitées. (cf. les précisions méthodologiques).

Thèmes	Fraudes détectées		Economies réalisées	
	Objectif	Résultats	Objectif	Résultats
Etablissements (T2A MCO, HAD, EHPAD)		71,1		99,3
Prestations en espèces (arrêts de travail, rentes AT, invalidité, ...)		16,7		
Prestations en nature Médicaments (OBZ, TSO, rétrocession, mégaconsomants, pharmacies officine, ...)		66,0		86,3
Prestations en nature hors médicaments (transports, MK, LPP, LAM, Chir. plastique, activités aberrantes, CCAM, ...)				
Gestion des droits		2,5		
TOTAL 2010	150,0	156,3	130,0	185,6

Source : CNAMTS/DCCRF.

Pour l'ensemble des programmes de contrôle d'initiative nationale et des actions locales, 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 au thème se rapportant à la tarification à l'activité des hôpitaux pour lequel tous les régimes sont contrôlés.

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

- *Fraude* : sont qualifiés de fraude les faits illicites au regard des textes juridiques, commis intentionnellement par une ou plusieurs personnes physiques ou morales (assuré, employeur, professionnel de santé, fournisseur, transporteur, établissement, autre prestataire de services, employé de l'organisme) dans le but d'obtenir ou de faire obtenir un avantage ou le bénéfice d'une prestation injustifiée ou indue au préjudice d'un organisme d'assurance maladie ou de la caisse d'assurance retraite et santé au travail ou encore de l'Etat s'agissant de la protection complémentaire en matière de santé, du bénéfice de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé ou de l'aide médicale de l'Etat ;
- *Faute* : sont qualifiées d'activités fautives celles qui rassemblent de manière réitérée des faits irréguliers au regard de textes juridiques, commis par une ou plusieurs personnes physiques ou morales en dehors des circonstances définissant la fraude ou les activités abusives ;
- *Abus* : sont qualifiées d'activités abusives celles qui rassemblent de manière réitérée des faits caractéristiques d'une utilisation d'un bien, d'un service ou d'une prérogative outrepassant des niveaux acceptables par rapport à des références ou des comparatifs non juridiques ;
- *Indus notifiés* : montants réclamés par un organisme dans des dossiers mettant en évidence des fraudes, des activités fautives ou abusives 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 ;
- *Sanctions financières* : le décret n° 2006-307 du 16 mars 2006 a introduit le principe d'une sanction financière. Selon l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale "les établissements de santé sont passibles, après qu'ils ont été mis en demeure de présenter leurs observations, d'une sanction financière en cas de manquement aux règles de facturation fixées en application des dispositions de l'article L. 162-22-6, d'erreur de codage ou d'absence de réalisation d'une prestation facturée" ;
- *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^{ème} sous-indicateur : taux de séjours contrôlés relevant de la tarification à l'activité MCO

Finalité : la tarification à l'activité a progressivement été mise en place dans les établissements de santé de court séjour, médecine, chirurgie et obstétrique à compter de janvier 2004. Le décret n° 2006-307 du 16 mars 2006 a introduit le principe d'une sanction financière : le texte offre la possibilité d'appliquer une sanction financière si des anomalies de surfacturation sont observées sur un échantillon représentatif d'une activité préalablement définie.

Dès 2006, l'Etat et l'Assurance Maladie ont développé une stratégie visant à inciter les établissements à respecter les règles de facturation et à les dissuader de comportements déviants. Les contrôles mis en œuvre avaient pour finalité, soit une notification d'indus, soit une sanction financière (dès 2006 suite à l'application du décret du 16 mars 2006 en ce qui concerne les sanctions).

La finalité des contrôles T2A est d'amener les établissements à réduire les manquements en matière de facturation et les erreurs de codage. Afin d'atteindre cette finalité, le contrôle porte sur une activité, une prestation en particulier ou sur des séjours présentant des caractéristiques communes, de l'année antérieure au contrôle afférent à ceux-ci et pour lesquels le non respect des règles de facturation est suspecté. Ce contrôle peut être réalisé sur un échantillon de dossiers ayant des caractéristiques communes lorsque le champ contrôlé est sanctionnable.

L'indicateur retenu mesure l'engagement de l'Assurance Maladie en matière de contrôle sur site.

Résultats : le taux de séjours contrôlés est présenté dans le tableau suivant :

Année	2008	2009	2010	
			Objectif	Résultats
Taux de séjours contrôlés	0,69 %	0,70 %	0,70 %	0,63 %

Source : CNAMTS.

En 2010, le taux de séjours contrôlés atteint 0,63 %. Il est à signaler que la campagne de tarification à l'activité (T2A) pour l'année 2010 n'a débuté qu'en septembre 2010 en raison de la mise en place à partir du 1^{er} avril 2010 des Agences régionales de santé (ARS) et des Commissions de contrôle.

Précisions sur l'allocation des ressources dans le cadre de la tarification à l'activité : plus de 1 200 établissements de santé (France entière) sont concernés par le contrôle de la tarification à l'activité. Ce nouveau mode de tarification prévoit des règles différentes suivant le type de séjours et le type d'établissements. Ainsi, pour chaque hospitalisation, même inférieure à 1 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 santé (ARS) les données médicales et administratives anonymisées du séjour permettant la détermination du GHS : le séjour est alors valorisé au tarif de séjour réglementaire ; en 2010, la valorisation de ces séjours est de 100 % ; elle comprend la rémunération des médecins.

Construction de l'indicateur : l'indicateur est construit de la manière suivante : le numérateur est le nombre de séjours MCO contrôlés au programme de l'année N, le dénominateur est le nombre de séjours MCO produits par les établissements, l'année N-1. Le résultat de l'indicateur pour l'année N est disponible au 2^{ème} trimestre de l'année N + 1.

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 la DSS, la DGOS, l'UNCAM, et l'ATIH. Ils font l'objet d'un programme régional défini par les directeurs généraux des Agences régionales de santé.