

Indicateur n°5-4 : Efficacité de la lutte contre les fraudes et indus menée par la CNAMTS**Sous-indicateur n°5-4-1 : économies liées aux fraudes et aux activités fautives détectées et stoppées**

Finalité : un plan de lutte contre les fraudes, les activités fautives et abusives, est mis en place annuellement par l'Assurance Maladie afin de dissuader l'ensemble des acteurs de frauder, fauter ou abuser. Depuis 2011, à la demande de la Direction de la sécurité sociale et de la Délégation nationale à la lutte contre la fraude, ce plan distingue d'une part, les fraudes et aux activités fautives détectées et stoppées et, d'autre part, les activités abusives. Le sous-indicateur proposé vise à connaître l'efficacité des actions contentieuses en termes d'économies engendrées liées aux fraudes et aux activités fautives.

Résultats : les économies liées aux fraudes et aux activités fautives détectées et stoppées (en millions d'euros) évoluent de la manière suivante :

Economies liées aux fraudes et aux activités fautives et abusives détectées et stoppées						Economies liées aux fraudes et aux activités fautives détectées et stoppées			
2007		2008		2009		2010		2011	
Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	Objectif	Résultat
90,0	125,5	110	131,7	120	137,6	130	185,6	130	150

Source : CNAMTS/DCCRF.

Construction de l'indicateur : compte tenu de la distinction entre les fraudes et les activités fautives d'une part, et, d'autre part, les activités abusives, l'indicateur ne prend en compte, depuis 2010, que les fraudes et les activités fautives, excluant ainsi les activités abusives. Ainsi, le tableau ci-dessous précise le montant des fraudes et des activités fautives détectées et stoppées et celui des économies réalisées au 31 décembre 2011 pour chacun des thèmes retenus, ainsi que les objectifs respectifs. Les économies constatées s'élèvent à 150 M€ en 2011 versus 185,6 M€ en 2010. Elles correspondent aux demandes de réparation du préjudice subi, aux prononcés de pénalités et de sanctions financières de 16 450 dossiers de fraudes ou d'activités fautives traitées.

La diminution des résultats financiers entre 2011 et 2010 (tableau ci-dessous) s'explique par la suspension de la campagne du contrôle externe de la tarification à l'activité des établissements par le Ministère pendant 4 mois, c'est-à-dire la moitié de la durée ordinaire d'une telle opération.

Par ailleurs, le montant plus élevé des économies réalisées en 2010 et 2011 par rapport au montant des fraudes et des activités fautives détectées et stoppées la même année s'explique par le fait que les campagnes de contrôles peuvent s'étaler sur plusieurs années civiles, notamment celles qui sont menées dans le cadre du contrôle externe de la tarification à l'activité des établissements. En effet les campagnes de contrôle comportent plusieurs phases allant du repérage des acteurs à contrôler à leur contrôle proprement dit puis au constat et enfin à la mise en œuvre des actions. Ainsi, compte tenu du délai de certaines procédures, l'ensemble du processus peut durer au-delà d'une année et certaines campagnes portant sur de mêmes thématiques mais évoluant à des stades différents peuvent dans certains cas coexister.

Thèmes	Fraudes détectées		Economies réalisées	
	Objectif	Résultats	Objectif	Résultats
Obtention de droits		3,7		
Prestations en espèces (arrêts de travail, rentes AT, invalidité, ...)		13,1		88,4
Prestations en nature / Soins de ville		65,4		
Etablissements (T2A MCO, HAD, EHPAD)		37,8		61,6
TOTAL 2011	150	120,0	130	150,0

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). Cet objectif est fixé en prenant en compte les montants des fraudes et des activités fautives détectées et stoppées correspondant à ceux qui ont été estimés en tant que préjudice financier subi par l'Assurance Maladie à l'origine des contentieux qu'elle engage ;
- 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 les paiements de 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 ;
- *Activités abusives* : 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 ;
- *Activités fautives* : 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 ;
- *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. L'article 120 de la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 harmonise, quant à lui, la jurisprudence des organismes locaux d'assurance maladie concernant le prononcé des pénalités financières et des mises sous accord préalable. Celles-ci sont notifiées après avis conforme du Directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. L'avis était réputé conforme à compter du 1er juillet 2011 ;
- *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.

Sous-indicateur n°5-4-2 : taux de séjours contrôlés relevant de la tarification à l'activité

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 à partir des manquements ou erreurs de surfacturation observée sur une activité préalablement ciblée par des indicateurs statistiques atypiques. Le décret n°1209-2011 du 29 septembre 2011 a rénové le dispositif du contrôle de la tarification à l'activité des établissements.

Des priorités nationales en matière de contrôle externe de la T2A sont définies chaque année par le Conseil de l'Hospitalisation. Elles constituent le socle des programmes régionaux de contrôle qui comportent, le cas échéant, des orientations spécifiques tenant compte des particularités locorégionales.

La finalité des contrôles T2A est d'amener les établissements à réduire les manquements en matière de facturation et les erreurs de codage créant un préjudice à l'Assurance Maladie. Pour l'atteindre, le contrôle porte sur une activité, une prestation en particulier ou sur des séjours présentant des caractéristiques communes, de l'année antérieure au contrôle et pour lesquels le non respect des règles de facturation ou de codage est suspecté. Ce contrôle peut être réalisé sur tout ou partie de l'activité d'un établissement. Il peut être réalisé à partir d'un échantillon aléatoire de séjours ayant des caractéristiques communes. En cas d'inobservation des règles de codage ou de manquement aux règles de facturation, une sanction peut être prononcée à l'encontre des établissements. La procédure de prononcé de sanctions ne concerne que quelques établissements chaque année.

En pratique, le contrôle est réalisé par champ de contrôle qui correspond à une activité, une prestation en particulier ou des séjours présentant des caractéristiques communes. Au titre de la campagne 2010 du contrôle externe de la T2A, sur 284 établissements contrôlés, une sanction financière a été notifiée par les directeurs généraux des Agences régionales de santé pour 60 d'entre eux pour un montant financier de 5,2M€ (situation au 31/05/2012).

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

	2008		2009		2010		2011	
	Objectif	Résultats	Objectif	Résultats	Objectif	Résultats	Objectif	Résultats
Taux de séjours contrôlés	0,7	0,69%	0,7	0,70%	0,70%	0,63%	0,60%	0,60%

Source : CNAMTS

En 2011, le taux de séjours contrôlés atteint 0,60%. La diminution du taux des séjours contrôlés en 2010 et 2011 est imputable à la suspension de la campagne de contrôle externe de la T2A pendant la phase de concertation avec les fédérations hospitalières à l'issue de laquelle a été publié le décret n°2011-1209 du 29 septembre 2011 modifiant les dispositions relatives au contrôle de la tarification à l'activité des établissements de santé.

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 montant du séjour.

Construction de l'indicateur : le contrôle de la tarification à l'activité porte sur les séjours produits l'année civile antérieure au contrôle. L'indicateur retenu mesure l'engagement de l'Assurance Maladie

en matière de contrôle sur site, 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 l'ensemble des établissements, l'année N-1. Le résultat de l'indicateur pour l'année N est disponible au 2ème 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 le Conseil de l'hospitalisation. Ils font l'objet d'un programme régional défini par les directeurs généraux des Agences régionales de santé.