

Indicateur n°5-4 : 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		2012	
Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	Objectif	Résultat
90	125,5	110	131,7	120	137,6	125	185,6	130	150,0	130	141,0

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 2011, 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 2012 pour chacun des thèmes retenus, ainsi que les objectifs respectifs. Les économies constatées s'élèvent à 141,0 M€ en 2012 versus 150,0 M€ en 2011. Elles correspondent aux demandes de réparation du préjudice subi, aux prononcés de pénalités et de sanctions financières de 15 160 dossiers de fraudes ou d'activités fautives traitées.

Le redressement des résultats financiers 2012 constatés est principalement la conséquence de la reprise progressive de l'activité de contrôle de la tarification à l'activité des établissements au cours de 2012 qui avait été suspendue, sur instruction ministérielle, au cours de 2011.

Thèmes	Fraudes détectées		Economies réalisées	
	Objectif	Résultats	Objectif	Résultats
Obtention de droits		3,8		96,4
Prestations en espèces (arrêts de travail, rentes AT, invalidité, ...)		12,7		
Prestations en nature / Soins de ville		75,4		
Etablissements (T2A MCO, HAD, EHPAD)		57,5		44,6
TOTAL 2012	150,0	149,4	130,0	141,0

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.).

Concernant les contrôles externes de la Tarification à l'activité (T2A), faisant partie des programmes menés dans les établissements, 206 établissements ont été contrôlés au titre de la campagne 2011, une sanction financière a été notifiée par les Directeurs généraux des Agences régionales de santé pour 10 d'entre eux pour un montant financier total de 714 909 euros (situation au 28/02/2013). En pratique, le contrôle est réalisé par champ de contrôle. Un champ de contrôle correspond à une activité, une prestation en particulier ou des séjours présentant des caractéristiques communes. Le contrôle de la tarification à l'activité porte sur les séjours produits l'année civile antérieure au contrôle. En 2012, le taux de séjours contrôlés atteint 0,60% (nombre de séjours MCO contrôlés au programme de l'année N rapporté au nombre de séjours MCO produits par l'ensemble des établissements, l'année N-1).

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 induue au préjudice d'un organisme d'assurance maladie ou de la caisse d'assurance retraite et santé au travail ou encore de l'État 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'État.

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.