

Contrôles et lutte contre les abus et les fraudes Des premiers résultats positifs

Aujourd'hui, moins d'un an après la présentation du programme national, le 23 février 2006, l'Assurance Maladie est en passe d'atteindre ses objectifs : faire évoluer les comportements et veiller à ce que les ressources qui lui sont confiées ne soient pas détournées par une minorité.

La mise en place d'une direction dédiée à la lutte contre les abus et les fraudes ainsi que les nouveaux outils prévus dans la loi d'août 2004 ont permis d'accroître significativement l'efficacité de l'Assurance Maladie dans ce domaine.

La détection des abus et des fraudes est l'un des éléments clés de notre action puisqu'il faut d'abord identifier le problème avant de déterminer les actions ciblées et les moyens à mettre en œuvre.

La détection des abus et des fraudes par l'Assurance Maladie est **6 fois plus efficace aujourd'hui qu'en 2005 : 3 241 fraudes ou abus détectés en 2005 et 18 500 en 2006. Chaque fraude ou abus repéré fait l'objet d'une investigation. Les montants des fraudes détectées ont été multipliés par 15 en un an : 119,6 millions d'euros en 2006 contre 8 millions en 2005.**

Dissuasion, prévention, détection et répression ont permis à **l'Assurance Maladie de réduire les pertes liées aux abus et aux fraudes de 87,2 millions d'euros** alors que certaines actions initiées vers la fin de l'année 2006 verront leur impact reporté sur l'an prochain.

D'ores et déjà, certains programmes mis en place fin 2005 ont dépassé les objectifs en termes financiers avec à la clé une évolution visible des comportements.

- C'est le cas du contrôle des règles de prise en charge à 100% sur l'ordonnancier bizona par exemple, qui a permis une économie de 18 millions d'euros pour une prévision de 15 millions. Cette action a eu aussi un effet dissuasif : le nombre de médecins ciblés pour une suspicion de prescriptions excessives à 100 % a diminué de 5% en un an.
- Le contrôle de la tarification à l'activité dans les établissements a d'ores et déjà permis de réaliser une économie de 24 millions d'euros.
- Les résultats sur les mégaconsommateurs montrent une baisse de 41% des effectifs par rapport à l'année précédente, le nombre de personnes ciblées selon les mêmes critères de consommation de soins (consultations et médicaments) étant passé de 4 175 à 2457. Le montant financier en jeu est passé de 3 millions d'euros à 1,8 million.
- Le contrôle des abus de facturation de certains actes de biologie (clairance de la créatinine) représente un gain de 2,7 millions pour une prévision de 2 millions.

A noter également que **les contrôles des arrêts de travail**, programme clé de l'Assurance Maladie en matière de contrôle, sont **toujours plus nombreux et mieux ciblés.**

A fin septembre 2006, sur 677 000 contrôles d'arrêts de travail près de 234 000 contrôles des arrêts de courte durée avaient été effectués soit un résultat supérieur à l'objectif annuel de 220 000 contrôles.

Pour les programmes lancés dans le courant de l'année 2006 des résultats significatifs ont été obtenus pour le contrôle des prescripteurs excessifs d'arrêts de travail (22 millions d'euros d'économie) pendant que pour d'autres chantiers l'impact sera pleinement visible sur 2007.

Enfin des programmes **supplémentaires** portant sur les escroqueries organisées ont été mis en place au cours de l'année 2006 : répression de fraudes aux prestations en espèces et trafic de médicaments.

En 2007, l'Assurance Maladie poursuivra ses contrôles sur les mêmes thématiques en y ajoutant de nouveaux chantiers :

- **contrôles du respect des règles de prescription et de facturation par les professions prescrites**, à savoir les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, les laboratoires, les transporteurs sanitaires...
- **un nouveau plan de lutte contre la fraude aux indemnités journalières** qui concernera les assurés, les employeurs et les prescripteurs.
- **contrôle des soins inopinés effectués à l'étranger.**

Le nouveau programme représente un potentiel d'économie de l'ordre de **120 millions d'euros** en année pleine, sur l'ensemble des thèmes.

I – Sur plusieurs thèmes, les contrôles ont eu un impact positif plus important que prévu

Lancés fin 2005, plusieurs chantiers ont dépassé leurs objectifs en termes financiers comme en terme de dissuasion et de changements de comportements.

Contrôles sur l'ordonnancier bizonne : les dépenses de soins indûment prises en charge à 100 %

Seuls les soins en rapport avec une affection de longue durée peuvent être pris en charge à 100 %. L'Assurance Maladie continue de rappeler à l'ensemble des acteurs concernés les règles de bon usage de l'ordonnancier bizonne, aussi bien aux assurés qu'aux professionnels de santé. Ces derniers ont notamment bénéficié d'un accompagnement spécifique (courriers, visites des délégués de l'Assurance Maladie, lettre aux médecins, fiches pratiques).

Par ailleurs, elle a développé un programme de contrôle ciblé sur les médecins libéraux dont les remboursements sont jugés atypiques :

- **1 194 médecins ont été contrôlés** depuis le début de l'année. Ils ont été ciblés en fonction de la probabilité d'un montant de prescriptions à 100 % injustifiées supérieur à 1300 euros par mois. L'Assurance Maladie peut désormais appliquer directement des pénalités financières¹ si le montant de l'indu réel dépasse 1 300 euros par mois.
- **967 lettres de mise en garde** ont été adressées et 24 dossiers ont d'ores et déjà abouti à des pénalités financières pouvant aller jusqu'à 5 000 euros. Tous les médecins qui ont reçu une lettre de mise en garde voient leur activité surveillée de très près : au moindre euro d'indu supplémentaire de nouveau constaté, une amende de 75 euros minimum pourra être appliquée.

Ces actions ont produit un effet dissuasif et les résultats montrent déjà un premier impact sur les comportements.

Résultats fin 2006 :

Le nombre de médecins ciblés selon les mêmes critères a diminué de 5 %. Le montant global des dépenses injustifiées liées aux prescriptions abusives de ces médecins a diminué de près de 40 %² en un an. L'économie pour l'Assurance Maladie est de **18 millions d'euros** en année pleine.

Pour 2007, ce thème de contrôle sera poursuivi. L'impact financier est estimé à 10 millions d'euros, en année pleine.

¹ Selon la procédure fixée par le décret du 25 août 2005

² Pour ces 1194 médecins contrôlés, l'enjeu potentiel est passé de 46 401 828 € en 2005 à 28 064 748 € en 2006.

Le contrôle de la tarification à l'activité des établissements de santé

Depuis février 2006, l'Assurance Maladie a repéré 411 établissements (sur les 1418 établissements de santé concernés par ce mode de tarification) présentant des anomalies de facturation et a lancé des contrôles sur site pour analyser précisément les dossiers. 196 hôpitaux et 215 cliniques sont concernés.

On remarque principalement deux types de dérives :

- **la facturation de séjours en hospitalisation à temps partiel pour des actes relevant de consultations externes**

Exemples :

- Pour l'ablation d'un bouchon de cérumen, le tarif de l'acte fixé dans la classification commune des actes médicaux (CCAM) est de 16 €. Or quand cet acte est déclaré comme réalisé en hospitalisation à temps partiel, le prix du séjour est de 278,61 € pour une clinique (en plus du tarif de l'acte) et de 683,97 € à l'hôpital (acte inclus).
- Pour certains actes infirmiers, dont le tarif varie de 8,70 € à 14,50 € (en fonction de l'acte), les tarifs de séjour à temps partiel indûment facturés peuvent aller de 209,77 € en clinique (en plus du tarif de l'acte) à 464,03 € en hôpital (acte inclus).

En moyenne, les tarifs de séjour à temps partiel indûment facturés sont de 250 € dans les cliniques et 500 € dans les hôpitaux.

- **la facturation de suppléments pour des activités non autorisées**

Alors que l'Agence régionale de l'hospitalisation n'a pas autorisé certains établissements à pratiquer des tarifications spécifiques, certains les incluent pourtant dans leurs factures.

Il s'agit par exemple de la facturation de suppléments journaliers de « réanimation ». Le tarif de ce supplément journalier est de 430,04 €.

Autre cas, celui de la facturation des soins palliatifs qui diffère en fonction des cas suivants :

- soins palliatifs dans un lit ordinaire d'hospitalisation
- soins palliatifs dans un lit dédié
- soins palliatifs dans une unité dédiée

Les deux derniers cas sont soumis à une autorisation de l'ARH. Or certains établissements les facturent alors qu'ils n'ont pas cette autorisation.

Exemples :

- Une clinique a facturé des séjours de soins palliatifs à 3 982,46 € au lieu de 2 844,31 €, soit un indu de 1 138 € par séjour.
- Un hôpital a facturé des séjours de soins palliatifs à 9 050,91 € au lieu de 6 464,80 €, soit un indu de 2 586 € par séjour.

Résultats à fin 2006 :

De février à novembre 2006, **292 établissements ont été contrôlés sur site** (154 hôpitaux et 138 cliniques).

En 2006, les économies réalisées s'élèvent à **24 millions d'euros** dont 14 millions notifiés à une cinquantaine d'établissements (pour un objectif initial en année pleine de 15 millions). Les procédures de récupération sont en cours et se poursuivront en 2007, afin d'atteindre un montant d'économies estimé à 48 millions d'euros en 2007.

Les mises sous accord préalable des prescripteurs excessifs d'arrêts de travail

Alors qu'un médecin prescrit en moyenne 2 200 indemnités journalières par an, soit l'équivalent de 6 années d'arrêts de travail, **le plus gros prescripteur détecté prescrit aux alentours de 51 000 indemnités journalières par an, soit 140 années d'arrêts de travail.** Lorsqu'un médecin prescrit beaucoup plus d'arrêts de travail que ses confrères de la même région, les directeurs de caisses d'assurance maladie peuvent désormais faire vérifier systématiquement la justification médicale de tous ses arrêts maladie. C'est ce qu'on appelle la mise sous accord préalable³.

Résultats fin 2006 :

Après leur mise sous accord préalable, on constate que la plupart des médecins ont modifié leurs comportements et que **le nombre d'indemnités journalières qu'ils prescrivait a baissé de 75 %.** En 2005, les médecins ciblés avaient prescrit 1 168 484 indemnités journalières sur l'année. En 2006, ils en prescrivent 880 044 de moins sur un an, soit 288 440.

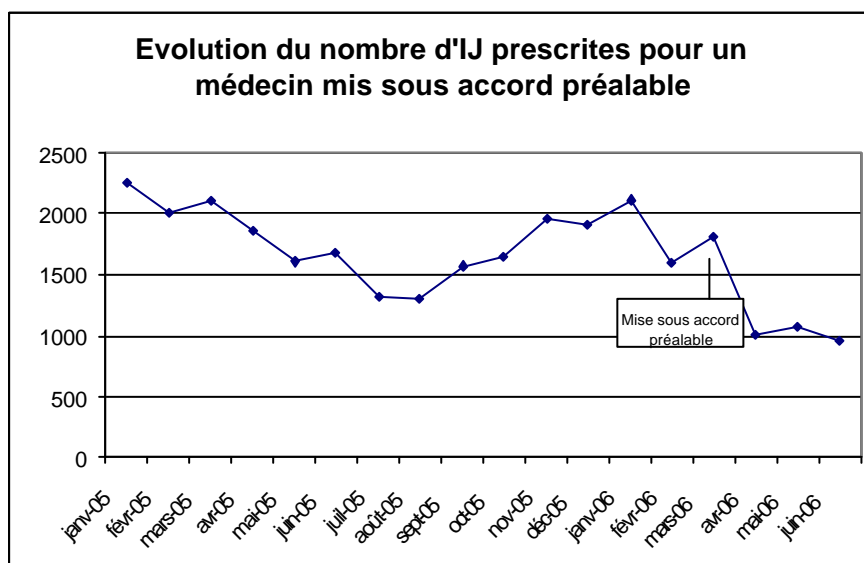
Une quarantaine de médecins ont été mis sous accord préalable pour des périodes de 2 à 6 mois. Peu de médecins sont donc concernés mais les sommes en jeu sont très importantes. Ces mises sous accord préalable ont permis à l'Assurance Maladie d'économiser un peu **plus de 22 millions d'euros.**

Le programme se poursuit et une nouvelle campagne de mises sous accord préalable sera lancée en 2007. Le dispositif sera étendu aux prescriptions d'indemnités journalières pour les accidents du travail et maladies professionnelles⁴.

- L'exemple d'un médecin mis sous accord préalable

Un médecin qui prescrivait près de 13 fois la moyenne nationale d'indemnités journalières (soit 36 353 au lieu de 2800 par an) a été mis sous accord préalable pendant 6 mois, de mars à septembre 2006. En juin 2006, quatre mois après le début de sa mise sous accord préalable, on observait déjà une baisse de 43 % du nombre d'indemnités journalières prescrites par rapport à juin 2005, laissant supposer que nombre d'entre elles ne correspondaient pas à un réel besoin justifié par la santé de ses patients.

Pour ce seul médecin, les économies liées à sa mise sous accord préalable représentent **783 529 euros.**



³ prévue dans la loi d'août 2004

⁴ L'élargissement du dispositif aux prescriptions d'IJ en AT/MP est prévu par un amendement au PLFSS 2007.

Les résultats des contrôles des arrêts de travail en 2006 : des contrôles plus nombreux et plus efficaces

- Les contrôles systématiques sur les arrêts de longue durée

Tous les assurés ayant un arrêt maladie de plus de deux mois sont systématiquement contrôlés. Fin septembre 2006, 443 000 contrôles d'arrêts maladie de plus de deux mois avaient été effectués contre 385 000 en septembre 2005.

- Les contrôles ciblés des arrêts de travail de courte durée

Depuis 2004, les arrêts de travail de courte durée font aussi l'objet de contrôles ciblés. Ils concernent les personnes qui ont eu plusieurs arrêts de courte durée au cours des douze derniers mois. Fin septembre 2006, 234 000 personnes ont été rencontrées par le service médical de l'Assurance Maladie contre 170 000 à la même date, en 2005.

Au total, à fin septembre 2006, 677 000 contrôles d'arrêts de travail avaient été effectués dont près de 234 000 sur les arrêts de courte durée soit **un résultat supérieur à l'objectif annuel** qui était de 220 000.

A la clé, **une baisse du nombre d'indemnités journalières** d'environ - 4 % à fin octobre et - **3,8 % à la fin de l'année**.

Evolution du nombre de journées d'arrêts de travail indemnisées de 2000 à 2006

Année	Dénombrement d'indemnités journalières	Taux d'évolution en %
2000	219 320 579	
2001	234 921 666	7,1
2002	259 110 419	10,3
2003	265 398 535	2,4
2004	256 926 175	- 3,2
2005	246 379 665	- 4,1
2006	237 017 238	- 3,8

Le contrôle des mégaconsommants

Le codage des médicaments et des actes permet à l'Assurance Maladie de mieux contrôler les personnes qui ont un très fort volume de consommation médicamenteuse et celles qui font du nomadisme médical. Les requêtes ciblées dans les bases de données informatiques permettent à l'Assurance Maladie de repérer plus facilement qu'auparavant les comportements suspects.

Il s'agit de contrôler l'intérêt thérapeutique des traitements et de faire cesser, le cas échéant, le remboursement de prescriptions injustifiées ou les fraudes éventuelles.

Parmi les actions engagées en 2006 :

- 49 procédures pénales (par exemple, pour une falsification ou un vol d'ordonnance par un assuré)
- 452 suspensions de prise en charge du traitement
- pour 1901 personnes, un suivi médical plus encadré des patients a été décidé⁵
- 246 actions sur un autre acteur à l'origine de la fraude (par exemple, une pharmacie qui facture des médicaments non délivrés)

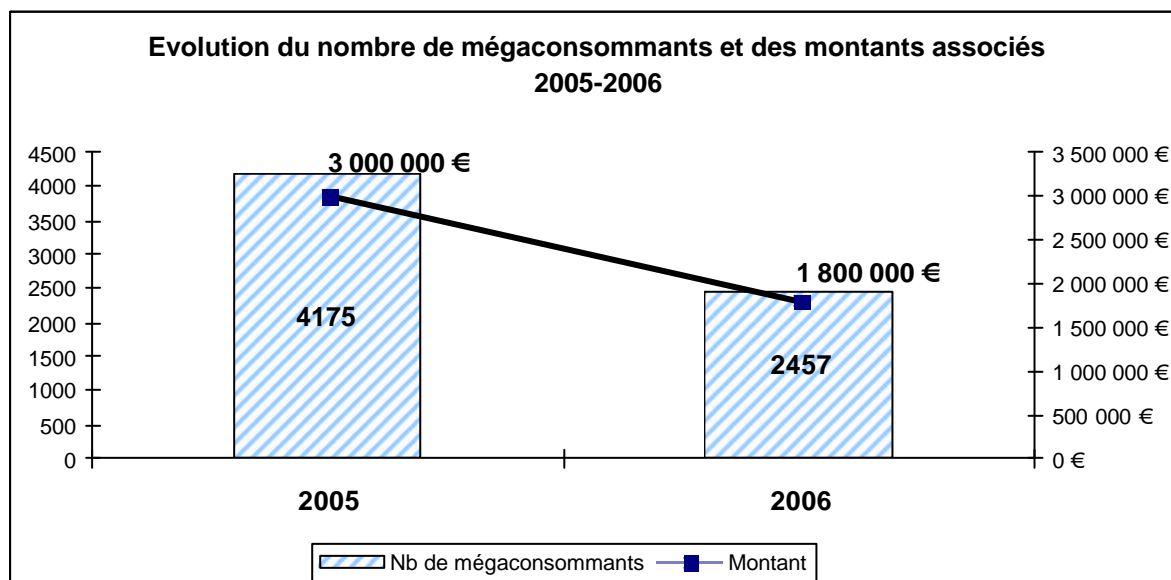
Résultats fin 2006 :

Les contrôles ont permis de faire **baisser de 41 % le nombre de mégaconsommants** par rapport à l'effectif de 2005. Ciblés selon les mêmes critères de consommation de soins, ils étaient en effet 4175 en 2005 et ne sont plus de 2457 en 2006, soit **presque 2000 de moins**.

A noter que seuls 510 mégaconsommants contrôlés en 2005 sont encore présents dans l'effectif de 2006.

En un an, ces contrôles ont donc permis d'éviter 1,2 million d'euros de dépenses injustifiées. L'enjeu financier total étant passé de 3 à 1,8 millions d'euros entre 2005 et 2006.

En 2007, le programme continue sur une cible élargie.



⁵ Dans certains cas, un protocole a été établi entre le médecin traitant et le médecin conseil pour préciser le traitement et son suivi.

Le contrôle des prescriptions et des consommations suspectes des traitements de substitution aux opiacés : des changements de comportements positifs

Les traitements de substitution des dépendances aux opiacés (TSO) sont pris en charge par l'Assurance Maladie au titre de la politique de santé publique pour réduire les risques chez les usagers de drogues. Ils concernent environ 86 000 personnes (68 990 pour le Subutex® et 17 550 pour la méthadone).

Les assurés ayant une consommation supérieure à 32 mg/ jour de buprénorphine (soit le double de la dose maximale recommandée) et présentant un nomadisme médical important ont été systématiquement convoqués pour un examen médical par les services médicaux de l'Assurance Maladie.

Actuellement, plusieurs actions contentieuses sont engagées.

- 114 procédures pénales
- 1 285 suspensions de prise en charge de traitements non justifiés
- pour 6 261 personnes, il a été décidé de mieux encadrer la prise en charge des soins et le traitement médical⁶

Résultats fin 2006 :

Les contrôles ont d'ores et déjà permis une **baisse de 25 % du nombre de bénéficiaires** soupçonnés de mésusage ou de fraude (2 133 en septembre 2004 et 1 637 en décembre 2005). En un an, ce sont **près de 2000 personnes qui ont changé de comportement**. La dépense annuelle évitée est de 1,1 million d'euros.

- 67 médecins suspects de prescriptions anormales ont été repérés. Les contrôles ont débouché sur 31 actions ordinaires (saisines de la section des assurances sociales du conseil de l'ordre des médecins) et 2 médecins ont été suspendus dans leur exercice par le Préfet suite à des pratiques dangereuses.

24 nouveaux médecins suspects d'être à l'origine de prescriptions de doses aberrantes de TSO ont été repérés pour faire l'objet d'un contrôle en 2007.

- Les 11 pharmacies signalées au niveau national ont fait l'objet d'une analyse d'activité. Quatre saisines ordinaires ont été déposées et deux lettres de mises en garde ont été adressées. Pour les 5 autres, les actions sont en cours.

6 nouvelles pharmacies suspectes d'être à l'origine de délivrance de doses anormales seront contrôlées en 2007.

⁶ Il s'agit des actions engagées depuis fin 2004.

Facturation frauduleuse d'un acte de biologie médicale

Le calcul de la clairance de la créatinine est un acte de biologie médicale qui permet de dépister précocement une insuffisance rénale.

De nombreuses anomalies de facturation de cet acte avaient été détectées par l'Assurance Maladie. Certains laboratoires facturaient le code 0407 de la NABM (nomenclature des actes de biologie médicale) pour la mesure de la clairance de la créatinine alors que l'acte réalisé était en fait un acte moins coûteux⁷, le calcul de la clairance de la créatinine à partir du simple dosage de la créatinine.

Les contrôles ont permis d'identifier **209 laboratoires** qui ont vu leur activité analysée par les praticiens conseils.

165 transactions ou notifications d'indus ont été effectués et 20 transactions sont en cours (elles aboutiront en 2007).

Exemple :

- Un laboratoire d'analyses de biologie médicale avait facturé à l'Assurance Maladie 21 191 actes de mesure de la clairance de la créatinine (code NABM 0407) sur la période des 2 années étudiées.

Le service du contrôle médical a vérifié les comptes-rendus pour les codes facturés. Aucun de ces comptes-rendus ne correspondait à une mesure vraie de la clairance de la créatinine, tous correspondaient à une clairance calculée selon la méthode de Cockcroft et Gault et qui auraient dû être facturés 2,70 € au lieu de 8,10 €.

L'évaluation des sommes ainsi indûment mises à la charge de l'Assurance Maladie a été estimée à **114 623€**. Le laboratoire a honoré le remboursement de l'indu.

Résultats fin 2006 :

Les contrôles réalisés ont déjà permis de récupérer 1,7 million d'euros.

En corrigeant ces pratiques, 1 million d'euros de dépenses indues supplémentaires ont aussi pu être évitées, soit au total **2,7 millions d'euros économisés**.

⁷ Soit 8,10 € facturés au lieu de 2,70 €.

II – LES CHANTIERS EN COURS

Pour certains chantiers commencés plus récemment qui se poursuivront en 2007, des résultats seront disponibles au cours de l'année 2007.⁸

Le programme de contrôle de la chirurgie esthétique a débuté le 16 octobre 2006.

- Il consiste, dans un premier temps, à vérifier systématiquement toutes les demandes d'ententes préalables. L'objectif pour l'Assurance Maladie est de ne rembourser que les actes qu'elle doit prendre en charge, à savoir les actes de chirurgie réparatrice.

- Un deuxième volet du programme sera lancé en avril 2007 et portera sur l'analyse d'activité des professionnels suspects de fraudes.

- Le troisième volet ciblera les assurés bénéficiaires de chirurgie esthétique réalisée en dehors du territoire national et facturée à l'Assurance Maladie sous couvert de chirurgie aiguë inopinée telle qu'une appendicectomie.

En 2 mois de contrôle, près d'une entente préalable sur deux a été refusée, soit **une économie de 1,7 million d'euros** pour l'Assurance Maladie sur cette période.

- **Les contrôles sur l'ordonnancier bizonne à l'hôpital** ont commencé en juillet 2006. Comme pour les soins de ville, il s'agit pour l'Assurance Maladie de vérifier que les prescriptions inscrites au remboursement à 100 % sont bien en rapport avec l'affection de longue durée.

- **Les contrôles sur les pharmaciens d'officine** portent sur les pratiques frauduleuses d'une minorité d'entre eux. Les fraudes consistent par exemple à facturer plus de médicaments à l'Assurance Maladie que la pharmacie n'en a acheté en réalité. La loi de financement de la sécurité sociale 2006 (article 43) a précisé le cadre des opérations de contrôle. Il est désormais possible, par le biais des pharmaciens conseils, de vérifier les stocks, les factures d'achat et de les comparer avec ce qui est facturé à l'Assurance Maladie. Ces contrôles ont débuté en juillet 2006.

- Les programmes supplémentaires

Certains programmes se sont ajoutés à ceux annoncés en début d'année et ont été mis en place en cours d'année. Il s'agit notamment de la lutte contre des escroqueries organisées portant par exemple sur les prestations en espèces ou le trafic de médicaments.

⁸ A noter, le plan de contrôle sur les transports sanitaires n'a pas pu être lancé en 2006 en l'absence de parution du décret incluant le référentiel de bonnes pratiques.

III- LE PROGRAMME 2007

LES ACTIONS DE REPRESSION DE LA FRAUDE

Pour 2007, l'enjeu financier est estimé à **120 millions d'euros**, en année pleine, sur l'ensemble des thèmes.

L'Assurance Maladie poursuivra l'année prochaine ses contrôles sur les thèmes 2006, en y ajoutant de nouveaux chantiers.

Les thèmes 2006 poursuivis sont les suivants :

- programme de contrôle sur les indemnités journalières avec un volet prescripteurs et un volet assurés
- programme de contrôle de l'ordonnancier bizonne, en ville et à l'hôpital
- contrôle de la tarification à l'activité des établissements
- contrôle de la chirurgie esthétique
- mégaconsommants
- traitements substitutifs aux opiacés
- pharmacies d'officine
- actions locales

Pour les **nouveaux thèmes 2007**, il s'agit :

- **des contrôles sur le respect des règles de prescription et de facturation par les professions prescrites**, à savoir les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, les laboratoires, les transporteurs sanitaires...
Pour la facturation des transporteurs (ambulances, véhicules sanitaires légers, taxis), les principales fraudes concernent la facturation de transports fictifs, l'absence d'agrément préfectoral, le non respect des règles de facturation et les doubles facturations. Le programme sera renforcé dès publication des nouveaux textes et référentiels.
- **d'un nouveau plan de lutte contre la fraude aux indemnités journalières** qui concernera les assurés (activité salariée fictive, falsification d'attestation de salaire, collusion avec l'employeur pour majorer les salaires...), les employeurs (entreprises fictives n'ayant aucune activité économique réelle par exemple) et les prescripteurs. Ce programme sera lancé au second semestre 2007.
- **du contrôle des soins effectués à l'étranger** : la caisse de Vannes a pour mission d'héberger le nouveau Centre national de soins à l'étranger pour gérer les remboursements des soins reçus hors de France pour l'ensemble des caisses primaires d'assurance maladie. L'objectif de cette centralisation est notamment d'améliorer la détection des dossiers frauduleux.
- **du contrôle des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD)** : un projet d'amendement, proposé dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale 2007, autorise les directeurs de caisses d'assurance maladie à notifier des pénalités financières aux EHPAD qui ne respecteraient pas le code de la sécurité sociale. Cette mesure va permettre le lancement d'un programme de répression de la fraude dans les établissements.

LES ACTIONS DE PREVENTION DE LA FRAUDE

La prévention des abus et des fraudes concerne principalement les contrôles de droits et le contrôle des pièces justificatives des prestations en espèces. Il s'agit de mettre en place des systèmes de prévention efficaces de façon à ce que les tentatives d'activités frauduleuses échouent. Les contrôles permettent de déceler en amont des anomalies possibles.

Pour **l'ouverture des droits des assurés**, il s'agit principalement de l'exploitation des **signalements et des rejets de cartes Vitale**. Les caisses d'assurance maladie vont renforcer leurs actions de récupération des cartes Vitale dès lors que celles-ci sont inscrites dans la liste d'opposition électronique et qu'elles font l'objet d'une utilisation.

Le **contrôle expérimental des documents d'identité** avec des lampes UV pour la détection des faux a débuté au second semestre 2006. Il se poursuivra en 2007, en vue de sa généralisation.

Par ailleurs, un effort particulier sera porté sur la **détection des doubles facturations**. Les premières requêtes commenceront début 2007 et porteront sur les masseurs-kinésithérapeutes, les infirmiers et les laboratoires. L'enjeu financier annuel est estimé à 1,5 million d'euros.

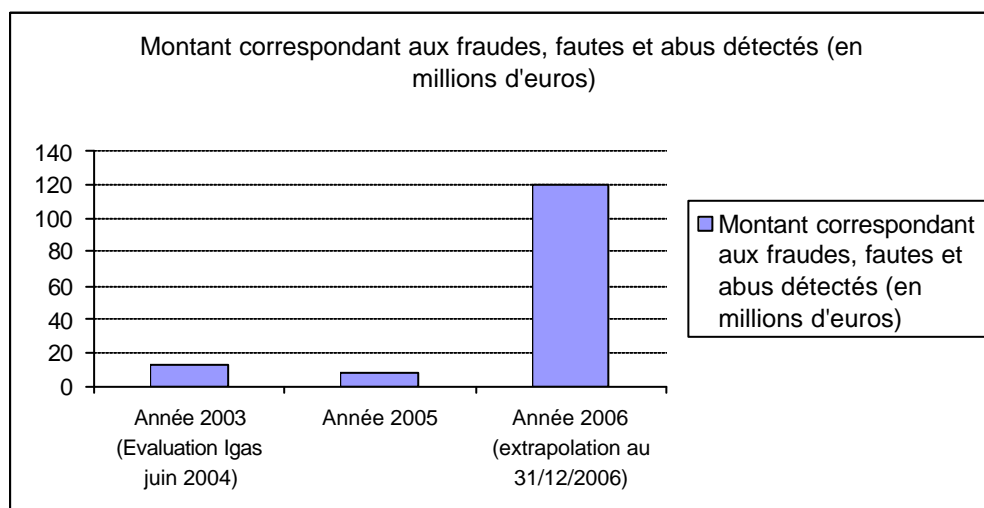
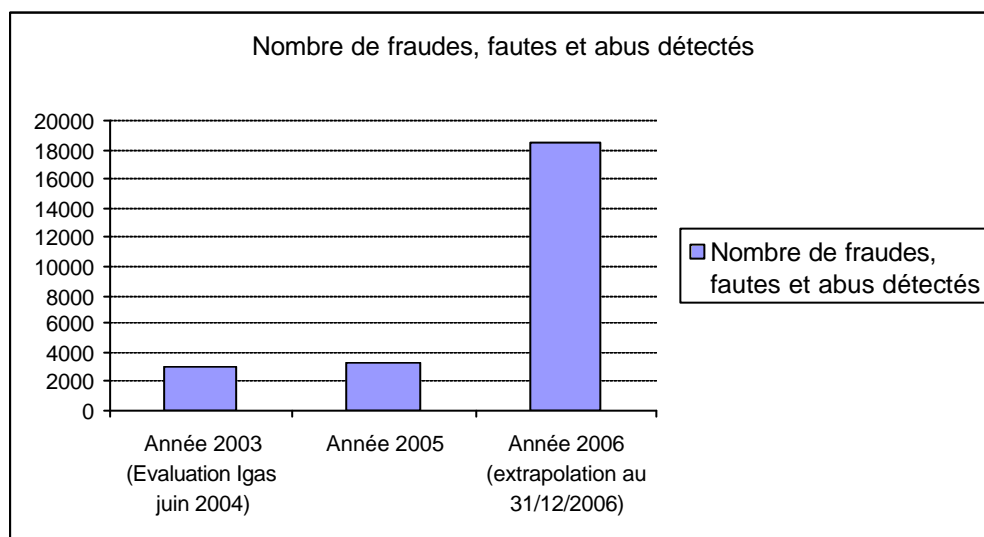
Concrètement, des requêtes informatiques font apparaître les situations où il y a suspicion de double paiement, c'est-à-dire où l'Assurance Maladie a remboursé deux fois un même soin (infirmier, médical, etc...). Par exemple, un professionnel de santé qui envoie une même demande de remboursement une fois sous forme papier et une fois sous forme dématérialisée.

Enfin, outre le **contrôle des justificatifs produits pour l'obtention de la CMU de base et de la CMU complémentaire**, la loi de financement de la sécurité sociale 2007 introduit le contrôle des ressources des bénéficiaires de la CMU de base et la CMU complémentaire. Il s'agit de vérifier la conformité des ressources déclarées auprès de l'Assurance Maladie et de l'administration fiscale.

Annexe 1 – La progression de la détection des fraudes, fautes et abus

	Nombre de fraudes, fautes et abus détectés	Montant correspondant aux fraudes, fautes et abus détectés (en millions d'euros)
Année 2003 (Evaluation Igas juin 2004)	2947	13
Année 2005	3 241	8
Année 2006 (extrapolation au 31/12/2006)	18500	119,6

*Il s'agit du dénombrement des plaintes pénales, civiles, des saisines ordinaires, des suspensions d'exercice et des pénalités financières



Annexe 2 – Les résultats du programme 2006 en année pleine

Thèmes	Objectifs 2006	Montant des fraudes, fautes, abus détectés en 2006	Montant des économies réalisées en 2006
Mise sous accord préalable des prescripteurs excessifs d'indemnités journalières	30	22	22
Contrôle des prescripteurs excessifs en matière d'utilisation de l'ordonnancier bizonne (ville et hôpital)	17	20	18
Contrôle de la tarification à l'activité des établissements (T2A)	15	35	24
Contrôle de la chirurgie esthétique	10	10	1,7
- Mégaconsommants et - traitements substitutifs aux opiacés	2,4	7,1	2,3
Actions loco-régionales	15	23	15
Autres programmes : - Facturation frauduleuse d'un acte de biologie médicale (calcul de la clairance de la créatinine) - pratiques frauduleuses des pharmacies d'officine - fraudes en bandes organisées	12	2,5	4,2
TOTAL	101,4	119,6	87,2

Annexe 3 – Les prévisions 2007

Thèmes	Prévision de l'impact financier 2007 en année pleine
Programme indemnités journalières - les prescripteurs - les assurés	20
Programme ordonnancier bizona - contrôle des prescripteurs excessifs (ville et hôpital)	12
Contrôle de la tarification à l'activité	48
Chirurgie esthétique	10
Mégaconsommants et Traitements substitutifs aux opiacés	2
Autres programmes (pharmacies d'officine, professions prescrites)	8
Actions locales	20
TOTAL	120

Annexe 4 - Fraudes et abus détectés et sanctionnés par l'Assurance Maladie : quelques exemples

Contrôles sur l'ordonnancier bizonne

- Pour l'un des médecins contrôlés, il est apparu que 44 % des lignes de prescription étaient sans rapport avec l'affection de longue durée et que les médicaments étaient donc pris en charge indûment à 100 % par l'Assurance Maladie.
Après contrôle, l'indu sur les ordonnances étudiées de ce médecin s'élevait à 1697 euros sur un seul mois.
Le directeur de la caisse d'assurance maladie ayant subi le préjudice a saisi la commission des pénalités financières qui a examiné le dossier et entendu le praticien. Le directeur a prononcé une pénalité financière de 2500 euros.
- Autre cas, celui d'un médecin dont le pourcentage de lignes de prescription figurant à tort dans la partie haute de l'ordonnancier bizonne s'élevait aussi à 44 % mais dont l'indu potentiel initial s'élevait à 3 636 euros.
Le contrôle a montré qu'il prescrivait par exemple des antiseptiques oculaires et des produits dermatologiques à un patient insuffisant cardiaque alors que ces produits sont sans lien avec l'affection de longue durée.
Au total, l'indu sur les ordonnances étudiées du médecin s'élevait à 2023 euros sur un mois. Une pénalité financière de 5000 euros a été prononcée par le directeur de la caisse d'assurance maladie.

Bénéficiaires et prescripteurs des traitements de substitution aux opiacés

- Une assurée se faisait prescrire et délivrer jusqu'à 176 boîtes de Subutex® par mois, soit une dose quotidienne moyenne de 300 mg (pour une dose maximale recommandée de 16 mg/j). Cette assurée consultait plus de 23 médecins et se faisait délivrer le produit dans plus de 30 pharmacies différentes. Le montant remboursé pour le Subutex® en 2005 pour cette assurée était de 10 856€. La CPAM a porté plainte auprès du Procureur de la République et la procédure pénale est en cours.
Dans un cas similaire, un assuré a été condamné par le tribunal correctionnel, suite à la plainte de la caisse, à quatre mois d'emprisonnement avec sursis et 4 245,27€ de dommages intérêts pour escroquerie (pour un préjudice de la CPAM évalué à 4 258€).
- Un praticien a été suspendu immédiatement de son droit d'exercice pour des pratiques potentiellement dangereuses. Il prescrivait des doses très importantes de Subutex® à intervalles rapprochés permettant ainsi à certains assurés la délivrance de plus de 120 mg/j de ce produit et parfois en association avec des médicaments contre indiqués. Il lui arrivait aussi à d'établir des prescriptions de Subutex® non seulement à l'assuré lui-même, mais également à différents membres de sa famille en dehors de toute indication médicale.
La mise en évidence de ces pratiques a conduit le service du contrôle médical à saisir le Préfet du département, qui a prononcé une suspension immédiate du droit d'exercer de ce médecin.

Chirurgie esthétique

- **Un médecin généraliste** a pratiqué une pose de prothèses mammaires à son cabinet, en dehors d'un plateau technique et d'une équipe de professionnels, ainsi que des actes de médecine esthétique comme le traitement de la couperose du visage.
Le Conseil régional de l'Ordre des médecins a prononcé une interdiction de donner des soins aux assurés sociaux pendant 3 ans. Cette peine a été ramenée en appel à 3 mois.
- **Un chirurgien plasticien** a facturé à l'Assurance Maladie une soixantaine d'actes (dont 27 liposuccions, 12 mammoplasties) comme s'il s'agissait de chirurgie réparatrice. Pour ces interventions, les honoraires indûment perçus par le chirurgien s'élevaient à plus de

10 000 euros et le montant des frais de séjours liés à ces interventions indûment pris en charge par l'Assurance Maladie atteignait 55 460 euros.

Le Conseil national de l'Ordre a prononcé une interdiction de donner des soins pendant deux mois à l'encontre de ce chirurgien.

5- Programme mégaconsommants

- Mme D., 45 ans, a été repérée pour une surconsommation de Zolpidem® (Stilnox) depuis plusieurs années avec une consommation moyenne de 2 boîtes par jour. Les requêtes informatiques ont aussi révélé un nomadisme médical très important : plus de 28 médecins et 20 pharmaciens par mois, en moyenne. L'Assurance Maladie a pris contact avec les professionnels de santé concernés et déclenché une expertise spécialisée en mai 2006, en relation avec le médecin désigné par la patiente. Après une hospitalisation en milieu psychiatrique, la patiente a réussi son sevrage à la sortie et diminué sa consommation. Son suivi médical est désormais plus encadré.

Autres exemples de fraudes détectées par les caisses

- **Un chirurgien-dentiste** a été repéré grâce à des courriers de patients se plaignant de prothèses non fonctionnelles et à la multiplication d'anomalies de facturation signalées par une CPAM. Ce chirurgien-dentiste augmentait de plus de 30 % par an son chiffre d'affaires. Lors du contrôle, 500 anomalies réparties sur 157 bénéficiaires ont été dénombrées, dont 187 actes fictifs (des extractions de dents chez des patients édentés, par exemple) et 259 anomalies concernant la qualité des soins (prothèses avec maintien en bouche des fragments de racines, traitements incomplets ou encore actes prothétiques non médicalement justifiés). Une plainte a été déposée auprès du Conseil régional de l'Ordre des chirurgiens-dentistes qui a prononcé, à l'encontre de ce praticien, une interdiction de donner des soins pendant trois ans dont un avec sursis.
- **En 2006, un médecin généraliste a été mis en examen pour "faux, usage de faux et escroquerie"**. Ce praticien, dont le chiffre d'affaires annuel est de 350 000 euros, est suspecté de détournements au préjudice de la CPAM, qui se chiffrent en dizaines de milliers d'euros perçus en 2 ans. Plus de 1 800 consultations en un seul mois, alors que la moyenne des généralistes dans ce département est d'environ 270 consultations mensuelles.
- **Un assuré a établi des fausses attestations de salaire avec l'en tête de son employeur** (cachet de l'entreprise et signatures imitées) pour percevoir des indemnités journalières au titre de l'assurance maladie. Le préjudice réel de la fraude s'élève à près 9000 € et correspond aux indemnités journalières réglées au titre de l'assurance maladie et de l'assurance maternité. L'assuré a été condamné à 12 mois de prison avec sursis et le remboursement intégral de l'indu en règlements échelonnés.
- **Un assuré, indemnisé au titre des accidents du travail, a participé à des compétitions sportives pendant son arrêt.** En 2002, le bénéfice des indemnités journalières versées lui a été retiré pour toute la durée de l'arrêt. L'assuré a contesté cette décision devant le tribunal des affaires sociales de la sécurité sociale (TASS) en 2002. Le TASS a condamné l'assuré à payer à la Caisse plus de 14 000 €
- **Un assuré a fourni de faux bulletins de salaires** lui permettant d'être indemnisé sur une base supérieure à la base réelle. Le contrôleur de la caisse a constaté que certains libellés semblaient rajoutés. Le préjudice financier était de 3 283 €. L'assuré a reconnu avoir fraudé. Le directeur de la caisse a prononcé une pénalité de 3 000 € et notifié une demande de remboursement de la dette.