

Lutte contre les abus et les fraudes : résultats 2007 et programme 2008

Deux ans après le lancement du programme national de lutte contre les abus et les fraudes, **la dynamique enclenchée par l'Assurance Maladie ne se dément pas** : 116 millions d'euros économisés en 2007, plus de **206 millions d'euros¹ en deux ans**, et des changements de comportements.

Les résultats sont au rendez-vous et le montant des fraudes et abus détectés par l'Assurance Maladie atteint des niveaux comparables à ceux d'autres pays européens.

▪ **En 2007, les programmes initiés en 2005 et 2006 ont été poursuivis et renforcés**

C'est notamment le cas du contrôle de la tarification à l'activité des établissements qui a permis d'économiser **70,7 millions d'euros en deux ans** ou de celui des fraudes à la consommation de médicaments. Enfin le contrôle du respect des règles de prise en charge à 100% a été élargi aux praticiens hospitaliers et a permis d'économiser **25,5 millions d'euros** en 2 ans. C'est aussi en 2007 que le contrôle de **la chirurgie esthétique** a pris de l'ampleur et permis d'économiser **11 millions d'euros**.

• **La lutte contre les arrêts de travail injustifiés reste un thème prioritaire**

L'Assurance Maladie a renforcé ses actions dans ce domaine en 2007 : elle contrôle désormais plus tôt les arrêts de longue durée, à partir de 45^{ème} jour au lieu de 60 auparavant.

A fin septembre 2007, plus de 682 000 contrôles d'arrêts de travail ont été effectués au total par les équipes du service médical de l'Assurance Maladie contre 677 000 en 2006.

• **Les nouveaux outils introduits en 2004 ont fait la preuve de leur efficacité**

Sur l'ensemble des thèmes de contrôle, les résultats 2007 montrent que les dispositifs mis en place, comme les mises sous accord préalable, fonctionnent bien.

Les **mises sous accord préalable** des prescripteurs excessifs d'indemnités journalières ont permis d'économiser **34,4 millions d'euros sur 2 ans**, correspondant à la mise sous accord préalable de seulement 210 médecins.

• **En 2008, l'Assurance Maladie intensifie sa lutte contre les abus et les fraudes et élargit son champ d'action**

Pour autant, il n'est pas question de relâcher la pression et de ralentir le rythme, au contraire. En 2008, l'Assurance Maladie intensifie son programme sur les transports sanitaires, les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et les professions paramédicales. Elle y intégrera également de nouveaux thèmes : la facturation des **laboratoires de biologie**, **les professionnels de santé ayant un volume d'activité totalement aberrant**, et les indemnités journalières liées au risque professionnel en contrôlant à la fois **les entreprises** et les salariés.

L'impact financier global est estimé à près de 140 millions d'euros en 2008.

¹ 206,76 millions d'euros exactement, voir tableau des résultats p. 9

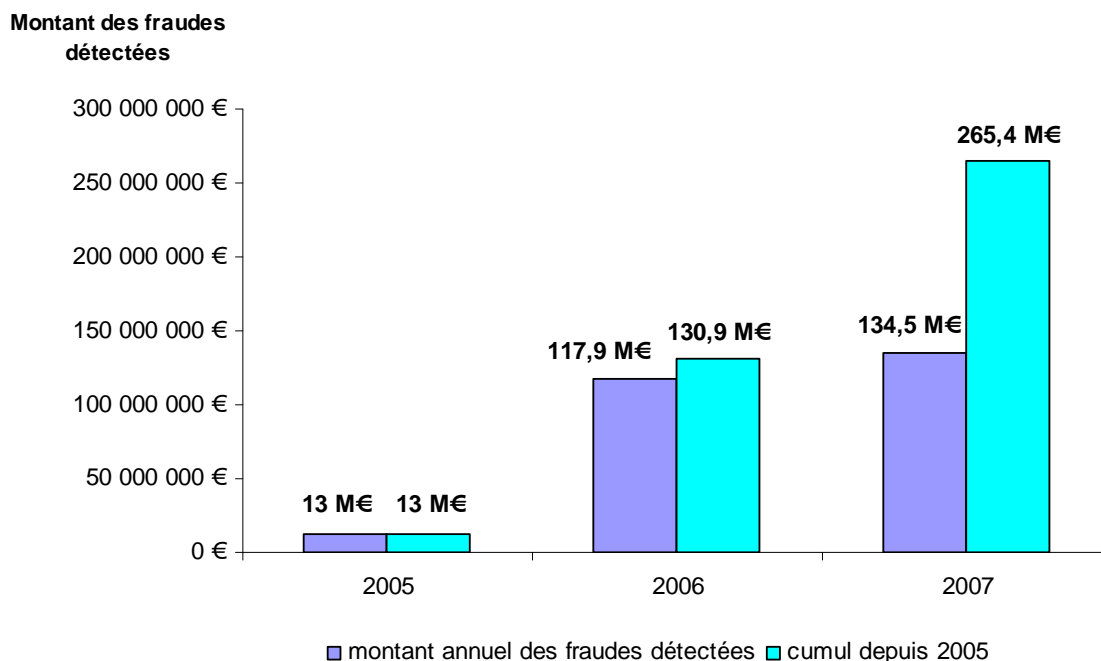
I – Des résultats au rendez-vous : 206 millions d'euros d'économies en 2 ans

Il y a un an, lors du premier bilan annuel de la lutte contre les abus et les fraudes, l'Assurance Maladie annonçait avoir augmenté significativement sa capacité à détecter les abus et les fraudes : 6 fois plus de fraudes détectées qu'en 2003².

- **La progression de la détection des fraudes, fautes et abus depuis 2003**

	Nombre de fraudes, fautes et abus détectés	Montant correspondant aux fraudes, fautes et abus détectés (en millions d'euros)
Année 2003 (évaluation IGAS juin 2004)	2947	13
Année 2005	3 241	8
Année 2006	18 500	117,9
Année 2007	18 262	134,5

Evolution annuelle des montants de fraudes détectées



Pour l'année 2007, la lutte contre les abus et les fraudes a permis à l'Assurance Maladie d'économiser **plus 116 millions d'euros**, pour **134,5 millions d'euros de fraudes et abus détectés**, c'est-à-dire identifiés et pour lesquels des actions ont été engagées.

Au total, la politique de contrôle et de lutte contre les abus et les fraudes a permis à l'Assurance Maladie d'économiser 206 millions d'euros en deux ans.³

² cf. dossier de presse 14 décembre 2006

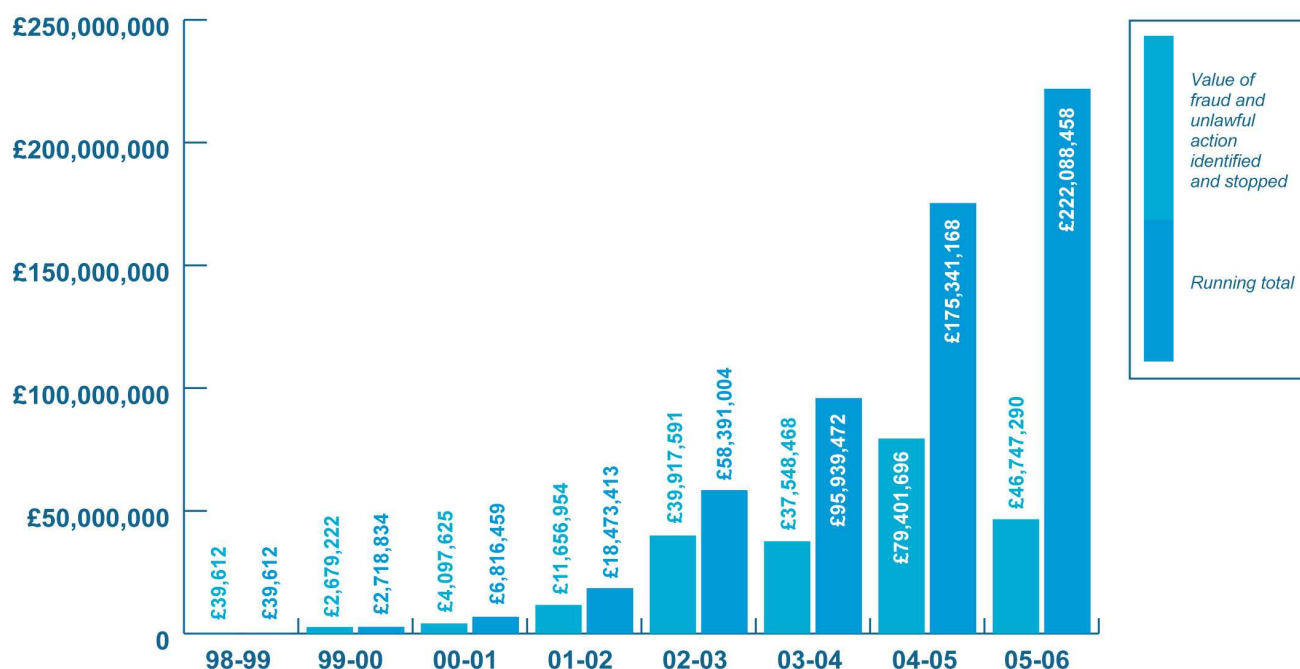
³ cf tableau résultats 2007 p. 9

- **Des montants comparables à ceux d'autres pays européens**

Avec environ 100 millions d'euros par an de fraudes, fautes et abus détectés, les montants de la France sont comparables à ceux d'autres pays européens engagés souvent depuis plus longtemps dans la lutte contre les fraudes. C'est le cas de la Grande-Bretagne et des Pays-Bas notamment.

- **La Grande-Bretagne** publie régulièrement des statistiques sur le sujet. Elle indiquait plus de 79 millions de livres, soit plus de 110 millions d'euros de fraudes et actions illégales détectées pour l'année 2004-2005 (cf. graphique ci-dessous).

- **Aux Pays-Bas**, les montants détectés en 2006 s'élèvent à 37,8 millions d'euros pour un budget qui représente environ le tiers du nôtre.



Source : National Health Service – Counter Fraud and Security Management Service
Countering Fraud in the NHS: 1999-2006 Performance Statistics © NHS CFSMS 2007

- **Au-delà de la seule détection, l'Assurance Maladie agit pour réprimer et réduire les fraudes, fautes et abus.**

Les contrôles de l'Assurance Maladie atteignent mieux leur cible et débouchent sur des actions contentieuses et des sanctions, allant de la simple mesure administrative (mise sous accord préalable) à la peine de prison dans les cas les plus graves.

En juillet dernier, l'Assurance Maladie annonçait avoir engagé **1616 actions pénales, 223 actions civiles et 351 actions ordinales**⁴.

⁴ cf. dossier de presse de l'Assurance Maladie du 5 juillet 2007

II – Les principaux résultats 2007

En 2007 l'Assurance Maladie a poursuivi le programme initié en 2005 et 2006 en renforçant son action sur des thèmes prioritaires comme la tarification à l'activité dans les établissements, l'utilisation de l'ordonnancier bizonne notamment par les praticiens hospitaliers, la consommation frauduleuse de médicaments. Elle a développé de nouveaux programmes : le contrôle de la chirurgie esthétique, les fraudes des pharmacies etc...

1- La lutte contre les arrêts de travail injustifiés reste une priorité

- **Les contrôles systématiques sur les arrêts de longue durée**

Depuis 2005, tous les assurés ayant un arrêt maladie de plus de deux mois sont systématiquement contrôlés.

Pour renforcer l'efficacité de son action, l'Assurance Maladie a depuis août 2007 contrôlé les arrêts de travail à compter du 45^{ème} jour au lieu du 60^{ème} jour jusqu'alors. Fin septembre 2007, **467 200 contrôles d'arrêts maladie de longue durée** ont été effectués (contre 443 000 en septembre 2006).

- **Les contrôles ciblés des arrêts de travail de courte durée**

Depuis 2004, les arrêts de travail de courte durée font 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 2007, **215 120 personnes** ont ainsi été rencontrées par le service médical de l'Assurance Maladie, soit un résultat déjà proche de l'estimation faite pour l'année 2007 (230 000).

Au total, à fin septembre 2007, plus de 682 000 contrôles d'arrêts de travail ont été effectués par les équipes du service médical de l'Assurance Maladie contre 677 000 en 2006.

- Evolution des indemnités journalières maladie en montants

IJ MALADIE

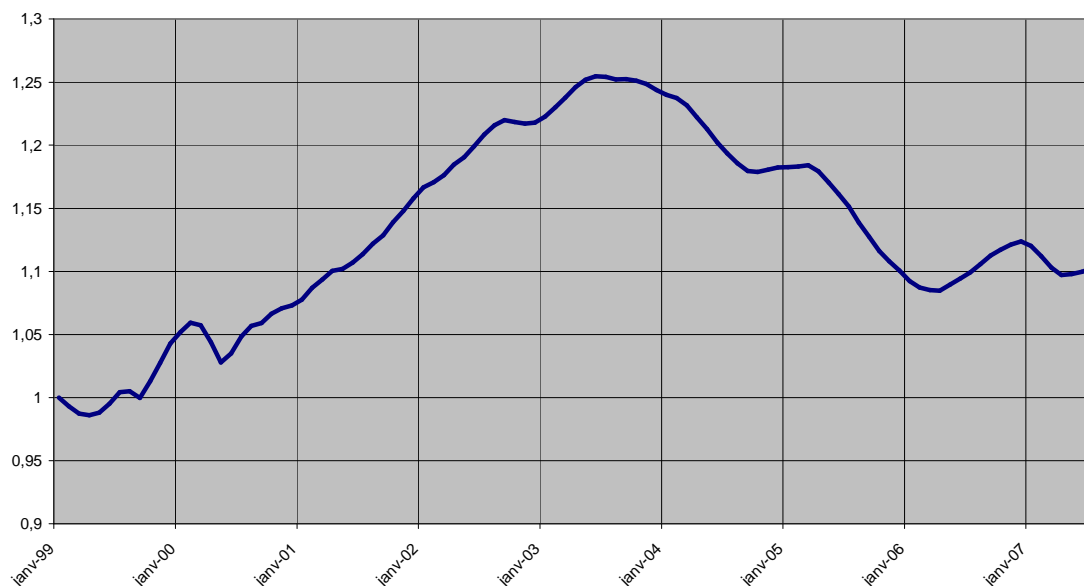
France métropolitaine
Régime général

Année	Montants versés	Taux d'évolution en %
1999	3 968 358 599	
2000	4 245 997 340	7,0%
2001	4 587 580 327	8,0%
2002	5 199 095 528	13,3%
2003	5 488 180 920	5,6%
2004	5 455 454 181	-0,6%
2005	5 345 699 962	-2,0%
2006	5 193 554 672	-2,8%

Cumul à fin octobre 2006	4 316 873 705	
Cumul à fin octobre 2007	4 477 652 454	3,7%

- Evolution des indemnités journalières maladie de 1999 à 2007 - tendance en volume

Evolution des indemnités journalières maladie
Tendance en volume - Base janvier 1999



2- Les résultats du programme 2007

- **Contrôle de la tarification à l'activité des établissements de santé**

493 établissements (222 hôpitaux / 271 cliniques) ont été repérés en 2007. Les contrôles ont permis d'économiser 46,7 millions d'euros en 2007.

Ces établissements présentent des anomalies de facturation. L'Assurance Maladie a lancé des contrôles sur site pour analyser précisément les dossiers. Elle a ainsi repéré des facturations de séjours en hospitalisation à temps partiel pour des actes relevant de consultations externes et des facturations de suppléments pour des activités non autorisées.

Au total, ce sont 1027 contrôles d'établissements que l'Assurance Maladie aura réalisés en deux ans. Avec une économie de plus de 70 millions d'euros à la clé.

- **Les mises sous accord préalable des prescripteurs excessifs d'indemnités journalières**

En 2007, 136 médecins généralistes (sur une population de 54 000) et 30 médecins spécialistes auront été mis sous accord préalable pour une économie de 11,3 millions d'euros.

Les contrôles, un peu plus nombreux que l'an dernier, ne concernent toujours qu'une minorité de médecins. Les sommes sont moins importantes que l'an dernier car les prescripteurs les plus excessifs (plus de dix fois la moyenne nationale) avaient déjà été ciblés en 2006.

Au total sur 2 ans, les mises sous accord préalable de 210 médecins ont permis à l'Assurance Maladie de réaliser une économie de 34,4 millions d'euros.

A noter : comme le dispositif de mise sous accord préalable donne de bons résultats, il est prévu de l'étendre en 2008.

- **Contrôle des prescripteurs excessifs en matière d'utilisation de l'ordonnancier bizonne :**

698 contrôles de médecins au total pour l'année 2007. Parmi eux seuls 124 nouveaux médecins ont été ciblés. En effet, la politique de contrôle de l'Assurance Maladie porte ses fruits, d'une part les comportements changent, ainsi avec les mêmes critères de ciblage, moins de médecins sont repérés et contrôlés, d'autre part les économies sont évaluées à 7,5 millions d'euros en 2007.

Au total sur 2 ans, ce sont 1 990 contrôles de médecins qui auront été réalisés pour un non respect manifeste des règles de la prise en charge à 100%⁵ pour 25,5 millions d'euros d'économies.

⁵ cf. dossier de presse du 13 octobre 2005 sur ameli.fr

- **Contrôle de la chirurgie esthétique**

19 500 ententes préalables ont été contrôlées depuis octobre 2006 et 145 professionnels de santé ont été repérés pour faire l'objet de contrôles avec à la clé 11 millions d'euros d'économies cette année. Cette action a incité à un meilleur respect des règles de prise en charge de la chirurgie réparatrice.

Depuis le début de ce programme en 2006, ce sont 19 500 ententes préalables qui ont été reçues et contrôlées par le service du contrôle médical, soit au total une économie de près de 14 millions d'euros pour l'Assurance Maladie.

- **Contrôle des traitements substitutifs aux opiacés**

1906 usagers ont été repérés en 2007 ainsi que 52 médecins et 18 pharmacies.

En seulement 6 mois, (décembre 2006 / juin 2007) le nombre d'usagers soupçonnés de mésusage a baissé de 11 %. Ils étaient 2135 fin décembre 2006 et ils sont 1906 en juin 2007.

Au total sur 2 ans, 119 médecins et 29 pharmacies auront été contrôlés et les économies réalisées en 2 ans s'élèvent à près de 10 millions d'euros⁶.

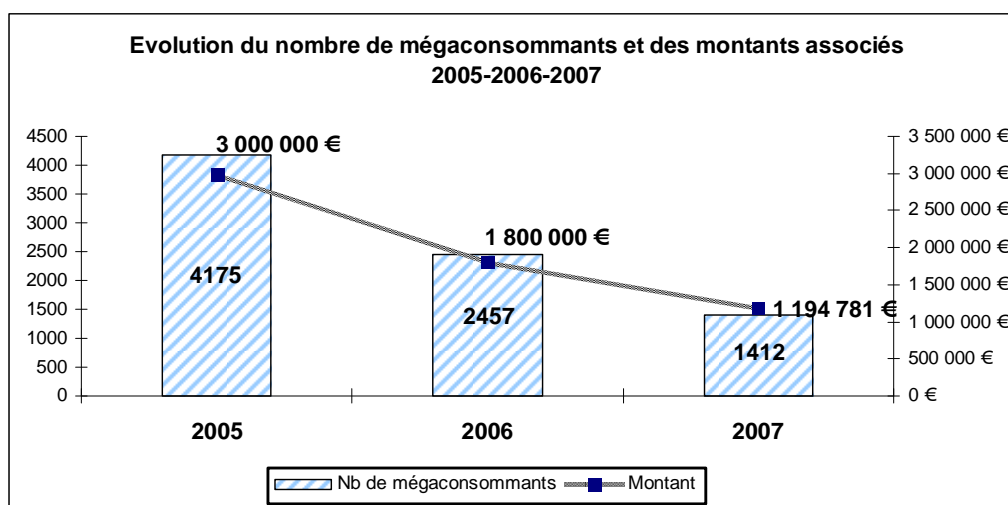
- **Contrôle des mégaconsommateurs**

En 2006, 2 457 personnes étaient concernées.

En 2007, 1 412 personnes ont été contrôlées, 18 procédures pénales engagées ; 57 suspensions de prise en charge de traitement ; pour 327 personnes, un suivi médical plus encadré a été proposé ; 3 procédures de récupération d'indus sont en cours⁷.

Les montants de fraudes détectées ont diminué de 600 000 euros depuis 2006. En effet les montants de la fraude diminuent car les contrôles ont fait évoluer les comportements. (voir graphique ci-dessous)

Au total, en 2 ans, les contrôles ont permis d'économiser 1,8 million d'euros et de faire baisser d'environ 75 % le nombre de personnes concernées.



⁶ 9,6 millions d'euros sur 2 ans (cf. tableau p. 9)

⁷ nombre de procédures engagées au 30 septembre 2007

- **Les actions d'initiative locale**

Ces actions menées par le réseau de l'Assurance Maladie relèvent d'initiatives locales. Elles ont permis de réaliser une économie de 24 millions d'euros en 2007.

Ces contrôles permettent parfois de détecter une fraude au niveau local avant de vérifier si elle est répandue sur tout le territoire national. C'était le cas notamment pour le contrôle de la chirurgie esthétique qui avait d'abord commencé en Ile-de-France et en région PACA.

Les économies réalisées grâce aux actions d'initiatives locales s'élèvent à 40,25 millions d'euros en 2 ans.

- **Le dispositif des pénalités financières**

Le dispositif des pénalités financières est l'un des nouveaux outils créés par la loi d'août 2004 et mis en place après la parution du décret d'août 2005.

Les pénalités ont notamment été appliquées sur l'utilisation de l'ordonnancier bizonne.

L'Assurance Maladie a prononcé 150 pénalités financières en 2007 contre 48 en 2006.

- **Le protocole d'accord signé avec la police et la gendarmerie** en janvier 2007 a permis de renforcer l'efficacité de cette coopération qui a porté ses fruits sur plusieurs affaires.

C'est notamment le cas des fraudes de pharmaciens découvertes récemment ou encore dans le trafic francilien de traitements substitutifs aux opiacés (Subutex®). Et en cas d'arrestations de personnes en possession de faux papiers, les cartes Vitales sont retournées à l'Assurance Maladie pour analyse et destruction.

Au cours du premier semestre 2007, plusieurs personnes ont été mises en examen dans le cadre du trafic de Subutex® : 10 médecins, 14 pharmaciens et 5 personnes soupçonnées d'être à la tête du trafic.

3- Bilan 2007 du programme national de contrôle

Résultats 2007 - En année pleine - projection au 31/12/2007

Thèmes	Montant des économies réalisées en 2006	Montant des économies réalisées en 2007	Montant des économies réalisées en 2006-2007
Contrôle de la tarification à l'activité des établissements (T2A)	24	46,7	70,7
Mise sous accord préalable des prescripteurs excessifs d'indemnités journalières	23,1	11,3	34,4
Contrôle des prescripteurs excessifs en matière d'utilisation de l'ordonnancier bizonne	18	7,5	25,5
Contrôle de la chirurgie esthétique	2,7	11	13,7
Traitements substitutifs aux opiacés	1,1	8,5	9,6
Mégaconsommants	1,2	0,6	1,8
Actions locales	16,25	24	40,25
Autres (fraudes en bandes organisées par exemple)	4,21	6,6	10,81
TOTAL	90,56	116,2	206,76

III – L'intensification des contrôles en 2008

Deux ans après le lancement du programme national de contrôle, l'Assurance Maladie intensifie ses contrôles et l'élargit à d'autres thèmes et d'autres acteurs.

Parmi les priorités 2008 : **le renforcement des contrôles sur les fraudes dans les transports sanitaires, les établissements pour personnes âgées dépendantes, les professions paramédicales.**

De nouveaux champs seront abordés : **les facturations des laboratoires de biologie médicale, les activités aberrantes des professionnels de santé et les indemnités journalières pour le risque professionnel.**

En 2008, le projet de loi de financement de la Sécurité Sociale étend la procédure de mise sous accord préalable initiée en 2005 à toute prescription, tout acte pour les médecins.

1- Renforcement des contrôles sur les :

- **Fraudes, fautes et abus aux transports sanitaires**

Il s'agit à la fois des fraudes à la facturation des transporteurs et des prescriptions abusives de transports.

Les prescriptions des médecins libéraux et hospitaliers qui prescrivent des transports de façon anormalement élevée pourront désormais être mises sous accord préalable.

Les fraudes de facturation des transporteurs sont de plusieurs types : des transports réalisés en véhicule sanitaire léger (VSL) facturés aux tarifs des transports en ambulance ; des transports facturés à partir de fausses prescriptions médicales de transports en ambulance ; des transports simultanés de plusieurs patients sans abattement sur les factures, etc...

- **Facturations des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)**

Dans ce domaine, l'Assurance Maladie va notamment vérifier que certains soins ne lui soient pas facturés plusieurs fois, sous forme de forfait et d'honoraires.

En effet, l'Assurance Maladie a repéré certains établissements dans lesquels les mêmes soins étaient systématiquement facturés deux fois : dans les forfaits pour les établissements et sous forme d'honoraires supplémentaires pour des professionnels de santé libéraux.

Ces établissements seront contrôlés et ceux qui fraudent feront l'objet de sanctions.

En 2007, la loi de financement a prévu d'étendre la procédure de pénalités financières au contrôle des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

- **Contrôle des droits des assurés**

Suite aux mesures prévues dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, l'Assurance Maladie a expérimenté en 2006 et 2007 des échanges informatiques avec la direction générale des impôts visant à vérifier la résidence en France de ses bénéficiaires, ainsi que les ressources pour les bénéficiaires de la CMU. Cette expérimentation, qui a concerné 8 caisses primaires, a permis de constater l'utilité de l'apport des données fiscales pour mieux contrôler les droits effectifs des assurés.

En 2008, ces échanges de données seront généralisés progressivement sur l'ensemble du territoire. Ils faciliteront le renforcement en cours des actions de contrôle opérées par les caisses primaires sur l'ensemble des droits des assurés.

2- Les nouveaux thèmes du programme 2008 :

- **Contrôle des professionnels de santé, dont les auxiliaires médicaux, ayant un volume d'activité aberrant**

L'Assurance Maladie va contrôler les professionnels de santé dont le volume d'activité apparaît totalement incompréhensible. Certains professionnels affichent un volume d'actes qui n'est pas réalisable dans une journée par exemple.

Il s'agit également de vérifier que des actes fictifs ne soient pas facturés à l'Assurance Maladie.

- **Contrôle des indemnités journalières frauduleuses en accidents du travail et contrôle des entreprises**

Les modes opératoires de ce type de fraude les plus fréquents associent une complicité de certains employeurs avec leurs salariés pour que ces derniers bénéficient d'un revenu élevé de substitution par l'Assurance Maladie en lieu et place de leur salaire.

Les contrôles de l'Assurance Maladie permettent par exemple de :

- **détecter un employeur ou un salarié qui transmet des montants de rémunération artificiellement "gonflés"** afin d'obtenir des indemnités journalières supérieures à son revenu d'activité.

Comment l'Assurance Maladie contrôle-t-elle ? En vérifiant la cohérence des salaires versés et de l'emploi occupé, l'existence de l'employeur sur les fichiers, ou encore le paiement des cotisations à l'URSSAF à hauteur des salaires déclarés.

- **détecter le salarié qui déclare un accident de la vie courante en accident du travail** afin d'obtenir des indemnités journalières supérieures à celles versées en maladie.

Comment ? En vérifiant les accidents du travail déclarés post week-end (lundi matin), en vérifiant la nature des lésions par rapport à l'accident invoqué et à la profession exercée, en vérifiant l'absence de liens familiaux entre l'assuré et le ou les témoins.

- **Contrôle des laboratoires d'analyse médicale**

Le programme aura pour objectif de détecter les fraudes à la facturation et de les réprimer : facturation d'actes de biologie non prescrits, facturation d'actes plus onéreux que ceux qui ont été prescrits et réalisés, etc.

L'impact financier global est estimé à près de 140 millions d'euros en 2008.

Tableau du programme 2008

Thèmes	Objectifs 2008 (en millions d'euros)
Contrôle de la tarification à l'activité dans les établissements (T2A)	35
Contrôle des EHPAD	6
Mise sous accord préalable des prescripteurs excessifs d'indemnités journalières	16,5
Contrôle des transports	20
Contrôle de l'utilisation de l'ordonnancier bizone	8
Chirurgie plastique	7
Traitements substitutifs aux opiacés	4
Mégaconsommants	1
Pharmaciens d'officine	5
Contrôle de l'activité des professionnels de santé	1
Actions locales	35
TOTAL	138,5