

La fraude dans les systèmes de santé

Des pistes pour mieux la combattre

- Observations et tendances
- Meilleures pratiques et recommandations



Contexte du Livre blanc

Le sujet de la fraude dans les systèmes de santé s'avère être une préoccupation majeure pour Eurosmart et ses membres, alors que de plus en plus de requêtes leur sont adressées afin de se saisir de ce problème.

Eurosmart a sélectionné cinq pays pour son étude sur la Fraude dans les systèmes de santé: la France, l'Allemagne, le Royaume-Uni, les Etats-Unis et la Slovénie, étant donné que de nombreuses informations ont été rendues publiques ces derniers mois (voir les rapports de l'EHFCN et de la NHCAA, pages 13 et 22). Les différents niveaux d'implication des secteurs public et privé dans les financements, la taille de la population, le type de culture (méditerranéenne, anglo-saxonne etc.) ont également été des critères de sélection pour établir cette liste.

A propos d'Eurosmart

Eurosmart est une association à but non-lucratif située à Bruxelles et représentant l'industrie de la Smart Security pour des applications multi-secteurs. Fondée en 1995, l'association est engagée en faveur de l'extension du marché des Objets Portables Sécurisés et du développement de solutions facilitant l'utilisation des services numériques tout en protégeant la vie privée et en luttant contre la fraude.

Ses membres sont des fabricants d'Objets Portables Sécurisés et de solutions basées sur des cartes à puces, des fabricants de semi-conducteurs, des chercheurs, des laboratoires et des associations travaillant au sein de groupes de travail (Communication, marketing, sécurité, identité électronique).

Les membres d'Eurosmart sont des fournisseurs et des fabricants de cartes à puce, de semi-conducteurs, de terminaux, d'équipements et de technologie dédiés aux objets portables sécurisés, des associations, des laboratoires et des experts indépendants. Ils s'organisent en groupes de travail thématiques (communication, marketing, sécurité, identité électronique, nouveaux form factors et marketing).

Eurosmart est considérée comme « La Voix de l'Industrie de la Smart Security » et est particulièrement impliquée dans les initiatives techniques et politiques, ainsi que dans les projets de recherche et de développement aux niveaux européen et mondial.

Pour plus d'information, visitez le site www.eurosmart.com

Sommaire

Préambule	p.4
Résumé	p.5
Nine recommendations from Eurosmart	p.6
Chapitre 1 : Les systèmes de protection sociale : diversité, convergence et défis communs	p.7
- Les convergences - Les trois défis des systèmes de santé	
Chapitre 2 : La mesure de la fraude aux systèmes de santé	p.12
- De quoi parle-t-on ? La mesure - Conclusion	
Chapitre 3 : Quelles fraudes ? Qui est impliqué ?	p.18
- Les types de fraude et les acteurs en France - Types de fraude et acteurs en Allemagne : la montée des fraudes en 2010 - Type de fraude et acteurs aux Etats-Unis : Les tendances de demain? - Slovénie : le meilleur de l'Europe - Les types de fraude vus par les autres organisations supranationales - Conclusion	
Chapitre 4 : Les meilleures pratiques de la lutte contre la fraude	p.25
- Le secteur bancaire très efficace - Les Etats-Unis mobilisés contre la fraude aux systèmes de santé depuis 15 ans - Des cadres légaux, juridiques et judiciaires nouveaux en Europe - Démarrage récent et difficile pour tous - Une approche systémique pour profiter des outils d'aujourd'hui - Que peut-on attendre d'une approche systémique ? - Conclusion	
Chapitre 5 : Recommandations pour la mise en oeuvre	p.35
- La lutte contre la fraude dans la conception même du système - Neuf recommandations tirées de l'expérience d'Eurosmart - Conclusion	
Annexe 1	p.41
Bibliographie et webographie	p.43

Préambule

Ce document présente un recueil d'observations sur les tendances de la fraude dans les systèmes de santé, partage quelques meilleures pratiques et présente des recommandations concrètes pour réduire cette fraude par la mise en place de processus informatiques mieux coordonnés et de briques technologiques mieux utilisées.

Les « systèmes de santé » couvrent le système de financement, l'offre de soins et son organisation. Par ailleurs, la fraude impacte le financement des soins mais l'acte frauduleux est perpétré dans les systèmes de santé, ce qui explique le besoin d'analyser à la fois le financement de l'offre de soins et l'offre de soins elle-même.

Il est donc apparu intéressant pour Eurosmart d'identifier les principes de la lutte contre la fraude, de partager les témoignages et retours d'expérience de ses clients, leurs meilleures pratiques et de proposer quelques actions pragmatiques ciblées pour mieux combattre un phénomène qui présente un danger pour les systèmes de protection sociale.

Au delà des débats, la mise en oeuvre de systèmes performants est tout à fait réaliste. L'impact de ces systèmes est extrêmement puissant dans la résolution du problème de fraude et même au-delà, dans la lutte contre les erreurs administratives.

Ce rapport propose donc une synthèse des contributions reçues par Eurosmart à l'occasion et dans le prolongement de la conférence sur les systèmes de santé susmentionnée.

Compte tenu de la grande diversité des parties prenantes qui ont répondu, il ne vise pas à présenter une enquête d'opinion statistiquement représentative. Les points de vue présentés ici ne sont pas nécessairement partagés par la majorité des parties prenantes.

Il importe de souligner que ce recueil tente simplement de fournir une synthèse juste des contributions, telles qu'elles ont été adressées à Eurosmart. Il ne prend pas position à l'égard des observations reçues. Le rapport n'exprime pas l'opinion d' Eurosmart, qui n'approuve pas nécessairement l'ensemble des points de vue exprimés.

Le sujet de la fraude est vaste.

Cet ouvrage ne prétend pas être exhaustif, mais fournit une base solide pour appréhender le sujet de la fraude dans les systèmes de santé ainsi que les solutions qui peuvent être envisagées.

Résumé

Selon l'EHFCN (Réseau Européen de Lutte contre la Fraude et la Corruption dans la Santé) les systèmes de santé connaissent un taux de **6 à 10%** des dépenses engagées. Pour l'Europe et ses 1100 milliards d'euros de dépenses de santé pour 2010, ce seraient ainsi jusqu'à 110 milliards qui sont détournés. Les retours des personnes interrogées pour cette étude positionnent l'estimation proposée par l'EHFCN vers le haut de cette fourchette.

Les fraudes, abus et erreurs ne sont pas spécifiques à un système de santé particulier et se retrouvent **partout** quelle que soit la répartition des financements publics et privés, quel que soit le niveau de maturité technologique, quelle que soit la culture ou que les montants financiers en jeu soient importants ou faibles.

Dans leur nature, les fraudes concernent classiquement le paiement de sommes indues ou l'accès à des services abusivement justifiés. Dans leur dynamique, trois évolutions se dessinent : **un glissement de la fraude de l'utilisateur isolé au groupe organisé, la mise en danger délibérée de la vie du patient** pour obtenir un profit financier et l'augmentation du vol d'identité.

Tous les processus semblent être impactés et tous les acteurs peuvent être concernés. Ceci rend les mécanismes de fraude complexes et leur détection exige des coopérations difficiles à mettre en place (enquêteurs, police, justice, législateur). Même si les professionnels de santé sont parfois impliqués, on constate que les procédures administratives encadrant le remboursement des soins présentent des **défaillances au plan de l'intégrité des données, de l'identité des patients et de l'habilitation des droits.**

La lutte contre la fraude trouve ses meilleures pratiques dans le cadre d'une **approche systémique** et c'est l'ensemble des composants (légaux, juridiques, techniques, organisationnels) qui doivent évoluer.

S'il faut bien se résoudre à faire avancer chaque domaine à son rythme, le socle législatif, juridique et judiciaire n'a pas à être finalisé pour pouvoir mettre en oeuvre des solutions techniques et organisationnelles. Tout comme l'est le système dans lequel elle se développe, **la fraude doit être aussi appréhendée de manière dynamique et permanente.**

Même si cette approche globale est longue, difficile et coûteuse dans un premier temps, le retour sur investissement est conséquent. **L'expérience des Etats-Unis** dont les développements autour de la qualité des données et de la lutte contre la fraude ont précédé les initiatives européennes de dix ans, et **les succès du secteur bancaire** dont le taux de fraude s'exprime aujourd'hui en centièmes de pour cent grâce à la technologie de la carte à puce, **doivent servir de guide.**

Les technologies de l'information doivent être considérées comme la matière première nécessaire et indispensable à l'évolution des systèmes de santé. Elles offrent un puissant effet de **levier sur la lutte contre les erreurs** et des résultats potentiellement significatifs sur la lutte contre **la fraude et les abus.**

La qualité des données par saisie automatique à la source, la protection de leur confidentialité et la question de l'identification des assurés (et par là-même la protection de leurs droits) sont des constantes dans tous les systèmes de santé. Il paraît donc naturel de trouver la technologie carte à microprocesseur incluse dans la plupart des déploiements des programmes de solidarité et de santé dans le monde depuis vingt ans. Les organisations publiques et les organismes d'assurance maladie doivent s'appuyer sur l'expérience et le savoir-faire de ces partenaires technologiques.

Ils sont les mieux à même d'anticiper les questions d'enregistrement, de délivrance des cartes, de vérification électronique des droits et des identités. Ces mêmes partenaires assureront une plus grande efficacité dans la lutte contre la fraude grâce au partage des meilleures pratiques.

La technologie de la carte à puce est encore largement sous-employée aujourd'hui dans les domaines où elle excelle.

- > **L'identification sécurisée et l'authentification forte** des patients et des professionnels de santé, deux fonctions clefs de la carte à puce, devraient déjà être mises en oeuvre dans le secteur de la santé. Pourtant, cela n'est pas le cas dans de nombreux pays.
- > **Les services en ligne personnalisés**, l'approche « assuré-centrique » par excellence, que permettrait l'usage d'une carte santé avec un identifiant numérique et une authentification par code PIN ou biométrique, sont encore à l'état d'ébauche.
- > Ses capacités de **contrôle sur les droits**, leur validité dans le temps, de **comptage** pour les usages répétitifs sont largement sous-exploitées.
- > La dématérialisation et la numérisation des échanges de données médicales sont encore peu exploitées.

Pourtant, les cartes ont un rôle crucial à jouer dans la **création de bases de données homogènes** avec la lecture automatique de données, le **stockage local confidentiel** temporaire ou permanent de données complémentaires telles que groupe sanguin, allergies, les maladies chroniques et les traitements associés. Robuste, **la technologie de la carte à microprocesseur permet d'agir au coeur des mécanismes de fraude** avec souvent des investissements marginaux dans le domaine des infrastructures mais aussi sans changements majeurs pour les patients et les professionnels de santé. Cette technologie est un atout inestimable dans la lutte contre la fraude dans la santé et au service de l'efficacité sociale.

Neuf recommandations tirées de l'expérience d'Eurosmart

>> Ces neuf recommandations sont présentées en détail dans le chapitre 5.

1. Prendre en compte le retour d'expérience des systèmes déjà en place et de leurs acteurs
2. Mettre en place une autorité centrale responsable de la gestion du système
3. Adopter des procédures dématérialisées (paperless) permettant une meilleure structuration des données administratives et médicales, en cohérence avec la qualité des données permise par l'utilisation de carte à puce.
4. Mettre en place la technologie de la carte à microprocesseur pour rendre les contrôles a priori simples et efficaces
5. Plutôt que de faire appliquer les règlements par les professionnels de santé, déléguer cette tâche à la technologie de la carte
6. Mettre en place des procédures de sauvegarde (version papier) tout en garantissant un haut niveau de sécurité
7. Garantir un bon niveau de sécurité du système dans son intégralité
8. Valider l'identité des patients et des professionnels en ayant recours à une procédure d'inscription sécurisée en « face-à-face »
9. Tirer parti de l'expérience des acteurs majeurs de l'industrie



Chapitre 1 :

Les systèmes de protection sociale : diversité, convergence et défis communs

>> L'idée d'une protection mutualisée n'est pas nouvelle. Pour bien comprendre la diversité des systèmes de santé et de couverture, il faut en comprendre les origines. En effet les politiques de protection sociale (maladie, vieillesse/retraite, familiale) et en particulier la couverture santé sont l'héritage des traditions nationales. Elles se sont élaborées autour de quatre types de systèmes.

Les systèmes bismarckiens

Quatre principes fondamentaux définissent ce système :

- > Protection exclusivement fondée sur le travail et, de ce fait, limitée à ceux qui ont su s'ouvrir des droits à protection par leur travail.
- > Protection obligatoire pour les salariés les plus défavorisés.
- > Protection fondée sur la technique de l'assurance, qui instaure une proportionnalité des cotisations par rapport aux salaires, et une proportionnalité des prestations par rapport aux cotisations.
- > Protection gérée par les employeurs et les salariés eux-mêmes.

Ce système d'assurances sociales a été créé en Allemagne par le chancelier Bismarck qui a fait voter, entre 1881 et 1889, un ensemble de lois sociales. La couverture du risque et l'accès aux soins sont donc liés à la notion de travail.

Le système est financé par des cotisations sociales et non par l'impôt. Il s'appuie sur des caisses d'assurance maladie financées majoritairement par des cotisations sociales (employeurs et salariés) et gérées par les représentants des entreprises et des salariés. L'état doit fixer le cadre de l'action des caisses, et redresser la situation en cas de déséquilibre financier. L'exemple allemand a servi de source d'inspiration en Autriche, en Belgique, en France avec les ordonnances d'octobre 1945, au Luxembourg et aux Pays-Bas. Dans tous les pays qui ont adopté le modèle bismarckien, la protection s'est généralisée par extension à des catégories de population initialement non protégées (étudiants, travailleurs indépendants...) et à des « risques » non pris en compte à l'origine.

Les systèmes beveridgiens

Ses quatre particularités principales sont :

- > Universalité de la protection sociale par la couverture de toute la population et de tous les risques sociaux.
- > Uniformité des prestations fondées plus sur les besoins que sur les revenus.
- > Financement par l'impôt.
- > Unicité, avec la gestion étatique, de l'ensemble de la protection sociale.

Mis en place en 1942 au Royaume Uni à la suite du rapport de Lord Beveridge, ce système de protection généralisé solidaire repose sur le principe d'un accès universel aux soins sans lien avec la notion de travail. Cet accès au système de soin est considéré non comme une prestation dérivée du travail, mais comme un élément de la citoyenneté. C'est la puissance publique qui assure le financement de ce système par voie fiscale et non par cotisations sociales. Ce système est appliqué dans sa version centralisée au Royaume Uni et en Irlande, et a été adopté dans les pays méditerranéens (Grèce, Espagne et Portugal) sur un mode décentralisé.

■ Les systèmes Semashko des pays d'Europe centrale et orientale

Ce système, qui a vu le jour dans les années 20 en Union Soviétique, s'est ensuite diffusé dans les démocraties populaires satellites de l'URSS après 1945. Il doit son nom à Nicolai Semashko, ministre de la santé de l'URSS de 1918 à 1930. Il était le reflet d'une pensée politique.

- > Les services sanitaires appartenaient à l'Etat.
- > Les professionnels de santé étaient rémunérés par l'Etat.
- > Les services étaient normalement gratuits, mais les patients devaient payer une somme forfaitaire pour certains d'entre eux, comme par exemple les médicaments.

Le système fournissait un accès universel aux soins de santé. Schématiquement, il s'agissait de système de prestations en nature. Le niveau de couverture et l'effort national (la part du PIB) consacré aux dépenses de santé étaient définis de façon centralisée.

Les systèmes de santé et de couverture hérités de cette période de l'histoire sont aujourd'hui en profonde mutation.

■ Le système libéral américain

Le principe de base du système de santé américain est que la santé relève de la responsabilité individuelle et de l'assurance privée.

En pratique, on note donc l'absence de système national obligatoire, la prédominance des acteurs privés (deux tiers des américains de moins de 65 ans sont couverts par une assurance liée à l'emploi).

La prise en charge publique ne concerne que les plus vieux (Medicare) et les plus pauvres (Medicaid), d'inspiration beveridgienne. Ces deux systèmes ont été créés en 1965 lors de la présidence démocrate de L. B. Johnson.

- > Medicare, dont le financement est fédéral, couvre le système de santé pour les plus de 65 ans.
- > Medicaid, financé par le gouvernement fédéral et les gouvernements de chaque état, est destiné aux familles à faibles ressources. Les deux systèmes sont sous la responsabilité de l'agence fédérale CMS (Centers for Medicare and Medicaid). Alors que CMS gère directement le système Medicare, il supervise Medicaid géré par chaque état pour leurs citoyens.

Les convergences

■ Convergence des systèmes en Europe pour garantir l'accès aux soins à tous

Les deux systèmes de protection sociale bismarckien et beveridgien ont durablement influencé l'ensemble des pays européens. Au cours de la seconde moitié du 20ème siècle, tous les pays européens ont progressivement étendu à la quasi-totalité des citoyens la couverture des risques sociaux. Depuis la mise en place de la Couverture Maladie Universelle (CMU), le système français garantit à tous un accès aux soins.

Ce n'est donc plus le travail qui détermine l'accès aux soins, comme c'est le cas en théorie.

■ Les contraintes communes : l'efficacité du système et son financement

Depuis une vingtaine d'années, tous les pays européens, confrontés notamment à la très forte croissance des frais de santé, ont cherché à freiner les dépenses tout en améliorant l'efficacité du système en place.

Le mode de financement n'a pas été remis en cause. Dans les pays à influence bismarckienne comme la France ou les Pays Bas, le financement de la protection sociale est essentiellement assuré par des cotisations.

Dans tous les pays influencés par la tradition anglaise, le financement reste largement fiscalisé. Ces différences de financement s'expliquent par l'organisation du système :

au financement par l'impôt correspond en général une organisation étatique, tandis que le financement par cotisations sociales suppose plutôt la participation des partenaires sociaux.

La légitime recherche de l'efficacité et la place de la lutte contre la fraude

Le secteur de la santé occupe une place très importante dans nos sociétés à la fois, par les ressources qui lui sont consacrées, par le rôle qu'y joue soit l'État soit les régions et par le très grand nombre d'acteurs qu'il rejoint directement et à divers titres. Ainsi plus de 1100 milliards d'Euros sont dépensés par an dans l'Union Européenne pour la santé de ses citoyens.

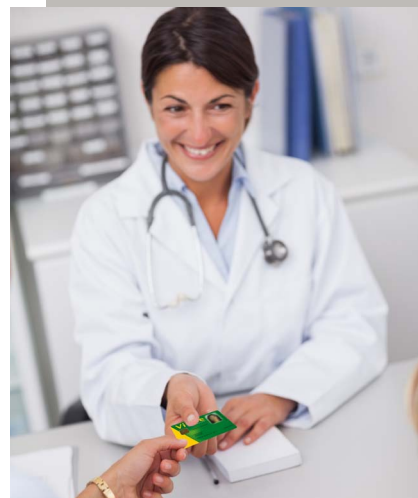
Certes la protection sociale ne fait en aucun cas partie des compétences de la commission européenne, mais relève du principe de subsidiarité, c'est à dire des compétences nationales. Cela dit la coopération existe et assure concrètement la mobilité internationale des patients (en particulier concrétisée par le formulaire E111).

Elle permet aussi les échanges de savoir et de bonnes pratiques.

L'existence de fraude inter-frontière organisée est particulièrement sensible pour les petits pays européens.

Trois défis majeurs se posent lorsqu'on aborde la gestion d'un système de santé.

Les dépenses nationales liées au système de santé représentent 17 % du PIB des Etats-Unis, 12 % du PIB de la France et de l'Allemagne, et 10 % du PIB du Royaume-Uni en 2010 (source : OCDE, 2011).



Les trois défis des systèmes de santé

Pérenniser l'offre de soins en assurant son financement régulier

Le premier défi est bien évidemment celui de préserver ou d'améliorer la santé de la population en proposant une offre de soins qui répondent aux attentes légitimes (médicales et autres) du public. Les questions du financement du système, de sa pérennité et de sa bonne gestion sont évidemment fondamentales.

L'objectif est avant tout la meilleure gestion possible de ces fonds. En priorité, il consiste à optimiser le système en dématérialisant les processus et en libérant les patients des nombreuses intermédiations découlant de la gestion de la santé au plan administratif. Si l'objectif est une amélioration permanente, la lutte contre la fraude, les abus et les erreurs entrent naturellement en ligne de compte.

Comme l'explique un intervenant français interrogé, la fraude est un défi et la combattre une « ardente obligation » en particulier dans sa dimension politique d'injustice sociale et par ses conséquences.

« Chaque euro perdu à cause de la fraude et de l'abus est un euro qui n'est plus disponible pour traiter le SIDA, pour immuniser des enfants, ou pour découvrir de nouveaux traitements contre le cancer et d'autres maladies. Certains systèmes de fraude vont parfois jusqu'à constituer une menace directe à l'encontre de la santé et de la sécurité des patients. Les informations que j'ai rassemblées au cours de mes recherches m'ont montré que les systèmes de vérification existants ne fonctionnent pas comme nous l'imaginons. La manière dont les systèmes de fraude sont révélés suggère souvent que la détection relève davantage de la chance que de la méthode.

C'est pourquoi nous avons besoin de créer un système de référence et d'établir des indicateurs pour les besoins en matière de sécurité liés aux risques de fraude et d'erreurs. Ce cadre nous permettra de définir le champ de ce que nous voulons évaluer, à l'échelle nationale et internationale. Etablir cette organisation de cette façon nous permettrait de passer de la détection de la fraude à la prévention de la fraude. »

Loin des polémiques, et plus fondamental dans la mise en oeuvre et le suivi de systèmes de santé, la gestion des erreurs est un domaine plus vaste encore de la recherche de l'efficacité, c'est-à-dire de la réalisation des objectifs avec l'optimisation des moyens engagés.

Le cas des pathologies d'origine médicales par exemple, connues sont le non d'iatrogénèse, n'est pas anecdotique. Aux États-Unis, le nombre total de décès résultant d'iatrogénèse en 2001 s'élevait à 783 936. Le nombre de décès dus aux maladies cardiaques était de 699 697 et le nombre de décès par cancer s'élevaient à 553 251 (Source : American Iatrogenic Association 2002). En France, en 2004, le nombre de décès résultant d'iatrogénèse était supérieur à 10 000 et 3,19 % des séjours en hôpital étaient dus à des erreurs médicales et de médication. Une évaluation financière est particulièrement difficile à faire et peu sont réalistes. Mais les causes sont connues.

La part de l'iatrogénèse globale évitable se situerait entre 30% et plus de 50% (Ministère de la santé – Juillet 2010 – France). De meilleurs systèmes d'information peuvent largement contribuer à cette réduction. C'est un des objectifs du DMP (Dossier Médical Personnel).

L'iatrogénèse peut être liée à de nombreux facteurs, toujours selon le ministère, comme la déficience d'information et/ou de formation du médecin, la déficience d'information et d'éducation du malade, une erreur de prescription (médicament non approprié : dose, protocole, traitement non adaptés), sur-prescription ou prescription incomplète, une déficience d'information sur le patient (allergie, symptômes incomplètement pris en compte, pathologies multiples), une sous-estimation des interactions médicamenteuses et l'automédication.

■ Concentrer le travail des professionnels du secteur sur la santé des malades

L'objectif dans ce domaine vise dans la majorité des programmes à fluidifier les échanges et à revenir vers une médecine qui soigne plus qu'elle ne gère.

Cet objectif de restructuration des relations « patient, professionnel de santé, administration » est grandement facilité par l'introduction des technologies numériques dans les échanges entre organismes de soins ou d'assurance et la création de cartes santé.

Les résultats sont souvent spectaculaires avec par exemple, en France, avec le remboursement de l'assuré en cinq jours au lieu de 2 à 3 semaines (circuit papier), plus de 1,1 milliards de feuilles de soins électroniques (FSE) dématérialisées en 2010, soit 85% du total, une productivité administrative accrue et un coût de traitement divisé par 6 pour les feuilles de soins. Avec les FSE et la réduction des feuilles de décomptes ce sont aussi plus de 3 milliards de documents A4 qui disparaissent et qui ne sont plus produits, imprimés, distribués, stockés et détruits.

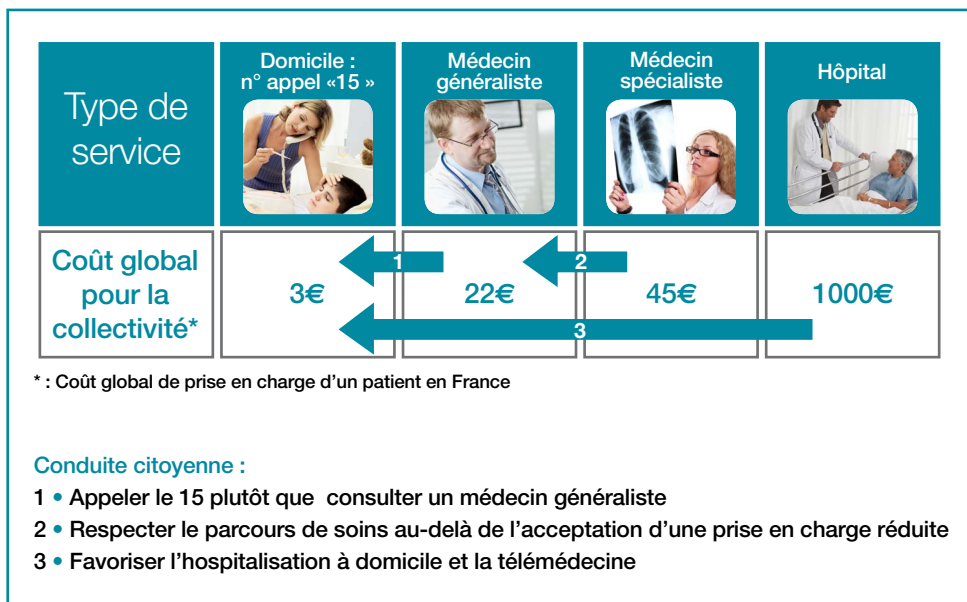
■ Coordonner et optimiser le partage d'information

Il s'agit d'optimiser l'utilisation des données médicales. Avec le « Dossier Médical Personnalisé » ou DMP, par exemple, toutes les données de santé concernant le patient sont accessibles par le corps médical, sans contrainte ni de lieu, ni de temps. Le DMP permet ainsi d'éviter les erreurs et les hésitations dans les situations d'urgence et d'optimiser la qualité de l'offre. Il entraîne une meilleure collaboration entre tous les intervenants des services de santé et donc une mutualisation des informations concernant le patient.

Le DMP permet une rationalisation des soins. Il évite la multiplicité des interventions et permet une cohérence dans l'approche du patient. Il s'agit aussi d'un domaine relevant d'une politique publique de la santé : un patient bien soigné est un patient qui ne revient pas tous les jours.

La télémédecine offre également de grands potentiels. Elle regroupe toutes les situations où des informations sont échangées électroniquement entre professionnels de la santé (médecins généralistes ou spécialistes, personnels de soins, pharmaciens etc.).

Ces informations peuvent être des messages, des lettres, des signaux, des résultats, des images, des données administratives, des dossiers entiers... destinés à des fins diagnostiques, thérapeutiques ou de monitoring.



Elle répond aux constats suivants :

- > La rareté et la raréfaction des centres d'excellence alors que la demande croit paradoxalement.
- > Le problème croissant d'égalité dans l'approche de l'aménagement des territoires.
- > La disparition de certains services ou de certaines spécialités sur des pans entiers de territoire, et a fortiori sur les territoires de pays émergents.
- > L'évolution d'un monde moderne de la « citoyenneté 2.0 », considérant ce qui est au service de la vie comme devant être accessible sur le lieu de définition et d'enracinement de cette vie.

Le modèle présenté pour la télémédecine, en mutualisant les ressources rares, et en faisant porter la mobilité à l'information plus qu'aux individus, offre une évolution intelligente au traitement du bien-être tant en terme de santé que de social. Les moyens techniques aidant, ces communications sécurisées confidentielles et de qualité à distance sauront très vite retrouver le besoin de face à face quand il est nécessaire.

La mesure chiffrée de la fraude, des abus et erreurs dans les systèmes de remboursements des soins (branche maladie/santé) est abordée dans le chapitre suivant au travers de cinq pays.

Chapitre 2 :

La mesure de la fraude aux systèmes de santé

>> Il convient préalablement de bien préciser de quel type de « manque à gagner » l'on parle : erreur, abus et fraude.

■ L'erreur

C'est l'action de se tromper. Elle peut être administrative ou médicale. La bonne gestion d'un système cherche à la corriger et à modifier les processus qui sont à son origine pour qu'elle n'apparaisse plus. Le droit s'intéresse à l'erreur soit pour la rectifier soit pour en tirer des conséquences sur la validité de l'acte qui en est entaché.

■ L'abus

Il se définit comme le détournement ou le mauvais usage, l'emploi excessif ou injuste de quelque chose. Abuser c'est aussi sortir d'une norme, d'une règle, établie par l'habitude ou la coutume. Le droit s'intéresse à l'abus car l'usage excessif d'un droit a souvent pour conséquence l'atteinte aux droits d'autrui. Dans le discours politique, on appelle abus, le fait qu'une personne ou un organisme bénéficie d'une aide légale de manière injuste.

■ La fraude

Action faite de mauvaise foi au préjudice de quelqu'un. Acte malhonnête fait dans l'intention de tromper en contrevenant à la loi ou aux règlements et d'obtenir un consentement, un avantage matériel ou moral indu ou d'échapper à ses obligations.

L'Institut suisse de droit comparé (ISDC) donne une définition générale et valable dans de nombreux pays : « La fraude est l'utilisation ou la présentation de déclarations ou documents faux, incorrects ou incomplets en violation d'une obligation de déclaration légalement contraignante. Elle a pour effet la rétention ou le détournement illicite de fonds, de biens ou de services. »

Les conséquences économiques et financières sont certainement les pires aspects du problème. La fraude est considérée comme non éthique, immorale et illégale. Certes, les fraudeurs doivent être poursuivis et les sommes fraudées récupérées. Mais ces actions interviennent a posteriori. La définition d'un plan d'action, dont la mesure de la fraude est le premier pas, doit à la fois intégrer des plans de réactions à la fraude mais aussi élaborer des actions préventives systémiques.

De quoi parle-t-on ? La mesure

La mesure de la fraude ainsi que les abus et erreurs est évidemment le premier révélateur et moteur de l'action. Elle doit faire l'objet de multiples précautions.

En premier lieu car il s'agit d'une évaluation et non pas d'un constat : l'idée est en effet de percevoir (fraude estimée) quel serait le montant total de la fraude si l'on en détectait la totalité, ce qui n'est jamais possible. De plus, la fraude mesurée, ou détectée n'est que le reflet très partiel de la fraude totale et dépend considérablement des moyens mis en oeuvre et de leur maturité.

Enfin, les montants recouverts, bien sûr inférieurs encore, représentent surtout la mesure de l'efficacité des systèmes de lutte en place. Ensuite, il faut pouvoir définir précisément ce que l'on intègre (ou l'on exclut) dans l'évaluation: fraude en bande organisée, erreurs, abus ou gaspillage. Selon le niveau de maturité des moyens de lutte, la fraude détectée après 5 ans de construction de moyens correspondrait à 10% de la fraude réelle, et à 1% du « manque à gagner » intégrant fraude, abus et erreurs.

Par ailleurs, la frontière en les termes peut être permissive : comment faire la différence entre une erreur et un abus ou une fraude de type opportuniste et non pas préméditée ?

Dans la mesure où c'est un sujet politique puisqu'il intègre des aspects économiques et techniques, mais aussi judiciaires, déontologiques et moraux, les déclarations foisonnent. C'est aussi un sujet délicat qui dérange puisqu'il révèle des pratiques organisées et pourrait compromettre beaucoup d'intérêts particuliers. Enfin parce que c'est un sujet récent (milieu des années 2000) dont les outils juridiques (lois, décrets...) et techniques (dématérialisation, outils statistiques) sont dans une phase d'apprentissage qui ne peut pas encore produire de l'information qualifiée.

Le rapport révélateur de l'EHFCN – 56 milliards d'Euros perdus dans l'UE

La première publication officielle majeure de l'EHFCN, le Réseau Européen contre la fraude et la corruption dans la santé, « Le coût financier de la fraude dans la santé » paru en novembre 2009, a permis d'apporter des informations objectives qui donnent plus de lumière et de transparence sur le sujet. L'estimation de l'impact financier de la fraude dans la santé confirme qu'il s'agit là d'un vrai défi.

Les travaux entrepris par l'EHFCN, depuis 2004 regroupent des données des pays membres : la Belgique, la France, l'Allemagne, la Lituanie, le Luxembourg, les Pays-Bas, la Norvège, la Pologne, le Portugal, l'Espagne, le Slovénie et le Royaume-Uni. L'EHFCN donne les résultats d'analyses réalisées dans 6 pays : Royaume-Uni, Etats-Unis, France, Belgique, Pays-Bas et Nouvelle Zélande. Elle porte sur 69 travaux de mesures dans 33 organisations de ces 6 pays et analyse près de 340 milliards d'Euros de dépenses. Elle ne tient pas compte des études des pays concernées sur les fraudes détectées, ou de sondage d'opinions.

L'EHFCN établit que sur les 1000 milliards d'Euros de budget pour les dépenses de santé de l'Union Européenne en 2008, près de 56 milliards sont absorbés par la fraude.

En fait, pour l'EHFCN, ce sont entre 3 et 10% de ces fonds qui sont détournés. La moyenne s'établit à 5,59% des budgets de dépenses et ce chiffre lève le voile sur les sommes considérables qui sont en jeu.

Les différents types de fraudes analysées intègrent :

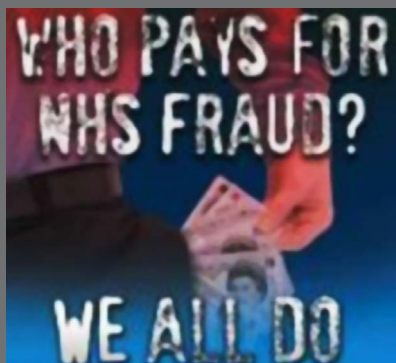
- > Délivrance frauduleuse de certificats maladie
- > Fraude sur ordonnance par le pharmacien
- > Fraude sur ordonnance par le patient
- > Fraude et erreur concernant les remboursements pour les médecins généralistes
- > Fraude et erreur concernant les paiements des médecins pour les suivis de patients
- > Fraude des frais dentaires
- > Fraude et erreur par les opticiens
- > Fraude et erreur concernant les personnels de l'organisation des soins
- > Fraude et erreur concernant les paiements pour les services hospitaliers
- > Fraude et erreur concernant les soins à long terme
- > Fraude et erreur concernant les soins à domicile
- > Fraude et erreur concernant les services et de fournitures
- > Fraude et erreur relatives à l'assurance santé des enfants.

Elle conclut que, sur la base des preuves accumulées, la fraude aux systèmes de santé est au minimum de 3%, probablement plus proche de 5% et qu'il est possible qu'elle puisse atteindre 10%.

Le Royaume-Uni : certainement plus de 3%, sans doute jusqu'à 10%

Selon une communication de mai 2011 de l'EHFCN, le NHS (National Health Service) perdrait plus de 3,4 milliards de livres sur un budget 2010 de 110 milliards de livres. La fraude est estimée entre 3 et 10% des dépenses globales. Il est à noter que Paul Vinckle est Président de l'EHFCN et Directeur Général du NHS.

Cependant, le NHS Protect, la branche « anti-corruption, violence et fraude » du NHS est relativement récente et la complexité de sa mise en oeuvre par rapports aux objectifs expliquent probablement le manque de recul et d'expérience sur le sujet de la fraude en termes d'audit et de statistiques.



Le message délivré par l'EHFCN est clair : « éradiquons la fraude, c'est notre intérêt à tous !

Près de 80 millions d'Européens vivent dans la pauvreté et sont privés d'accès aux soins. Chaque centime d'euro perdu est un pas de moins vers un système de santé performant et accessible à tous. Dites non à la fraude médicale et à la corruption ! »

« Les sommes gaspillées ne sont pas perdues pour tout le monde... mais elles nous privent de soins. Elles permettraient chaque année par exemple, de construire 3 500 nouvelles cliniques, ou de créer 2,5 millions de postes d'infirmières... »

La fraude visant le NHS est estimée à 263 millions de livres en 2009 par ses services soit moins de 0,3% des dépenses. La fraude mesurée est encore plus faible : 10,9 millions de livres pour la période annuelle 2009-2010 avec 482 cas investigués (source BBC, 22 janvier 2011). On notera la différence avec le chiffre de l'estimation de la fraude au Royaume-Uni de l'EHFCN qui est 13 fois plus élevé. La courbe d'apprentissage observée concernant l'estimation de la fraude dans les systèmes de Santé ressemble finalement à celle de la France.

Selon, une communication de mars 2011 de la société britannique PKF Accountants and Business Advisers, la fraude au Royaume Uni dans le secteur public et en particulier dans la santé atteint une moyenne de 4,57% des dépenses. Cette estimation représente 30 fois la fraude mesurée.

Les Etats-Unis : entre 3 et 10% des dépenses totales

Le pays a démarré relativement tôt ses actions dans le domaine de la lutte contre la fraude dans ses systèmes de santé par rapport aux pays européens, notamment grâce à la création du NHCAA (National HealthCare Anti-fraud Association). Par ailleurs, l'AHIMA (American Health Information Management Association), qui dispose d'une fondation de recherche, publie dès 2005 ses premiers travaux qui couvrent 2 thèmes : l'évaluation de la fraude mais aussi le levier que constituent les technologies de l'information dans ce combat.

Dans son rapport de septembre 2005 sur l'usage des technologies dans la lutte contre la fraude dans les systèmes de santé, le ministère de la santé par la voix du FORE (Foundation of Research and Education - American Health Information Management Association) précise une évaluation entre 3 et 10% du total des dépenses :

« La fraude a un impact significatif sur le modèle économique de la santé aux Etats Unis. Le National Health Care Anti-Fraud Association (NHCAA) estime que le niveau de la fraude est d'au moins de 3% du total des dépenses de la nation pour sa santé soit 51 milliards de dollars en année civile 2003. D'autres estimations faites par les organismes fédéraux estime que la perte pourrait atteindre 10% de nos dépenses annuelles, soit 170 milliards de dollars »

Pour le ministère, les technologies du système bancaire peuvent être fortement utiles et justifiées pour lutter contre la fraude dans la santé :

« Bon nombre des composants technologiques des systèmes bancaires et financiers sont directement applicables au secteur de la santé... La fraude dans la santé est 100 fois plus coûteuse ! »

On notera qu'en 2010, le NCHAA confirme son estimation de taux. Il mentionne d'ailleurs dans son rapport les travaux conduits par l'EHFCN et la cohérence de leurs conclusions.

« Les pertes financières dues à la fraude des soins de santé sont estimées entre 70 milliards et la somme astronomique de 234 milliards de dollars par an. ...Le Bureau of Investigation (FBI) estime qu'entre 3 et 10% des budgets ont été perdus à cause de la fraude dans la santé. »

La Slovénie : entre 3 et 7%

La Slovénie, pays souvent avancé en matière de gestion et d'emploi des nouvelles technologies dans son système de santé est considérée comme le laboratoire des meilleures pratiques en Europe. La fraude est définie comme une activité dont le but est d'obtenir un avantage financier indu. Elle est différenciée de l'abus qui vise à obtenir plus de services, mais les deux doivent être pris en compte car ils diminuent la capacité des services publics. La fraude est estimée (ZZZS) de 3 à 7% du total des dépenses. L'estimation officielle est de 3% soit 60 millions d'euros par an.

Elle représente plus que la valeur de tous les investissements destinés aux hôpitaux dans le pays soit 40 millions d'euros en 2006.

L'Allemagne : plus de 15 milliards d'Euros pour 2009

L'Allemagne est le pays dont les dépenses de santé sont les plus élevées en Europe avec un montant total en 2009 de 278 milliards d'euros. L'organisation du système de couverture santé est régionalisée avec plus de 200 caisses d'assurances maladie en concurrence depuis 2004 et relativement cloisonnées. Face à l'évolution démographique et aux clivages sociaux de plus en plus accentués, le gouvernement en 2010 a engagé à une réforme du système de santé, visant à rendre le financement du secteur plus juste, équilibré et durable.

Le coût financier de la fraude y est estimé par l'organisation Transparency International Deutschland entre 8 et 24 milliards d'euros (base 2006). Selon les statistiques de la criminalité, la dimension de la fraude est encore plus importante dans les systèmes de santé qu'elle ne l'est dans la construction, secteur réputé pour ses mauvaises pratiques dans le pays (source KKH-Allianz). Le rapport annuel 2009-2010 de l'EHFCN donne une valeur moyenne de 5,60% soit plus de 15,5 milliards d'euros pour 2009.

La France : Une estimation à 1%, mais une réalité considérée différente

La démarche globale de lutte contre la fraude en France a réellement démarrée en 2005. Les estimations de la Sécurité Sociale sont de 1% de la dépense soit 1,5 milliards d'euros en 2008 pour 0,11% (160 millions d'euros) de fraude détectée. Les estimations du EHFCN de 5,6% en moyenne et jusqu'à 10% - soit entre 8 et 15 milliards d'euros pour la France. Le député Dominique Tian dans son rapport de juin 2011 estime quant à lui que «la fraude sociale représente près de 20 milliards d'euros, soit 44 fois plus que la fraude actuellement détectée» (source Le Monde du 22 juin 2011). Ce qui, pour la partie santé, représenterait 4,84% des dépenses pour 2008.

En effet, bien que l'étude porte sur l'assurance maladie, il semble intéressant d'étudier d'autres processus nationaux tout aussi concernés par des problèmes de fraude afin de bénéficier de comparaisons qui pourront permettre de fiabiliser nos estimations et nos raisonnements.

Dans ce sens, et notamment pour le cas de la France, il faut aussi faire référence aux autres domaines de la Sécurité Sociale (CNAV, CNAF) et à ceux de la Direction Générale des Finances Publiques (DGFIP - impôts).

Les fraudes détectées pour 2008 sur les 3 branches principales par rapport aux budgets sont de :

- > 0,11% pour la CNAMTS (santé)
- > 0,001% pour la CNAV (vieillesse – retraite)
- > 0,14% pour la CNAF (familles)

Source : Cours des comptes, Rapport Sécurité Sociale de septembre 2010.

La fraude estimée pour la branche santé est actuellement à 1%.

Selon les impôts (DGFIP), près de 14,7 milliards d'euros de fraudes ont été détectés en 2009 sur un budget fiscal global de 360 milliards d'euros, soit 4% environ. La maturité de ce système de contrôle est traduite par la stabilité des montants recouverts et l'on pourrait considérer dans ce cas que le montant total estimé (détecté + perdu) pourrait avoisiner les 7 à 8%. Ce chiffre est cohérent avec le rapport annuel de l'EHFCN car l'évaluation de 10% pourrait même paraître conservatrice dans le sens où le secteur de l'assurance maladie, dans son état actuel, offre plus d'opportunités pour la fraude que celui des impôts.

Entre 2009 et 2011, la presse se fait l'écho de cette « faible évaluation » des taux de fraude par les organismes sociaux. En particulier le Figaro en Avril 2011 note :

« La Cour des comptes s'est lancée dans une évaluation de la fraude aux prestations sociales. Car le chiffre de 1 % de fraudes aux prestations sociales - couramment avancé par les dirigeants des organismes sociaux - est de plus en plus contesté. D'abord, parce qu'il résulte d'une simple extrapolation de contrôles effectués par la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) sur un échantillon de dossiers: l'an dernier, celle-ci s'est courageusement lancée dans un premier chiffrage de la triche en épluchant 10.000 dossiers. Il en résultait que 2,2 % des allocataires fraudaient. Soit, en extrapolant à l'ensemble des bénéficiaires, 200.000 tricheurs pour un montant estimé entre 540 et 800 millions d'euros, ce qui représente grosso modo 1 % des prestations versées annuellement.

«Ce chiffre est à peu près identique chez nos voisins», fait remarquer Daniel Buchet, «monsieur anti-fraude» de la CNAF. L'assurance-maladie et la branche vieillesse se bornent, elles, à afficher les résultats des fraudes qu'elles détectent (150 millions d'euros pour la première, 22 millions pour la seconde). Mais à l'assurance-maladie, on reprend volontiers l'évaluation globale de 1 %. Si l'on tient compte des « erreurs » - appelées «indus» en jargon Sécu -, les sommes qui échappent aux organismes sociaux sont bien plus élevées. Les CAF, par exemple, détectent 2 milliards d'euros d'indus par an. »

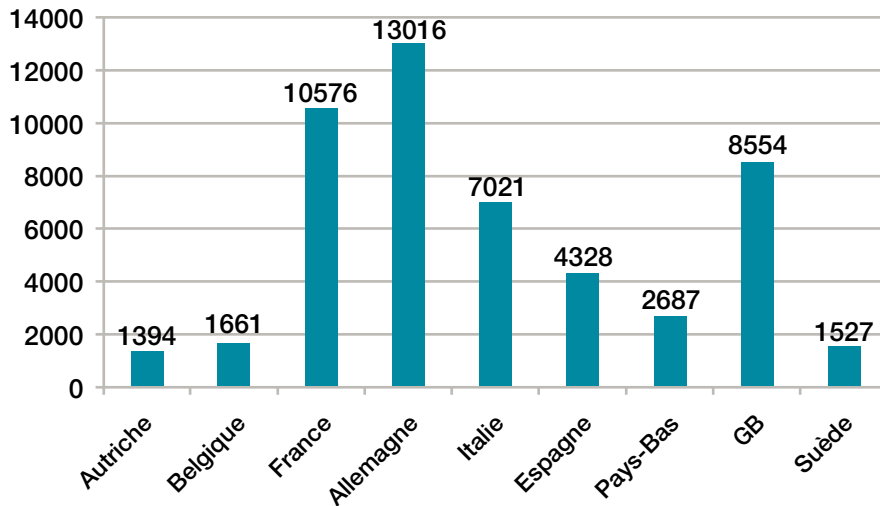
L'évaluation sur échantillonnage donne effectivement un pourcentage proche de 1% (entre 540 et 800 millions d'euros).

Mais il s'agit ici de fraude au sens strict car il convient d'y ajouter les « erreurs » (indus) pour un montant de 2 milliards d'euros. En somme, la CNAF extrapole 1% de fraude sur un échantillonnage et détectent 3,6% d'indus – ce qui suppose qu'il y en a forcément plus. Le montant total du « manque à gagner » serait donc logiquement estimé à un minimum de 6 à 7%, ce qui se rapproche des estimations de l'EHFCN.

Synthèse : les travaux de l'EHFCN révèlent l'ampleur de la fraude

Lors du déroulement de nos investigations, plusieurs représentants de pays européens nous ont orientés vers les travaux de l'EHFCN. Il est clair que les publications de 2009 et 2010 donnent l'ampleur des masses en jeu et corroborent beaucoup d'estimations nationales. Les montants estimés dans le graphe ci-dessous (EHFCN rapport annuel 2009-2010) représentent un peu plus de 10 milliards d'Euros pour la France sur 2006, soit environ 6% de dépenses de santé. On note aussi les 137 millions estimés sur la Slovénie qui représentent aussi 6% et cadre avec l'interview conduite. On note enfin que le taux moyen annoncé deux ans plus tôt par l'EHFCN reste cohérent.

Coûts financiers estimés en millions d'euros de la fraude dans les systèmes de santé source rapport 2009-2010 du EHFCN (chiffres base 2008) – fraude moyenne à 5,6%



Pays	Population en million	Dépenses de santé en mds € - étude EHFCN	Fraude estimée par le pays en %	Fraude moyenne en % - étude EHFCN de 2009
France	63	189	1	5,6
Slovénie	2	2,4	3	5,6
Grande-Bretagne	68	153	0,3	5,6
Etats-Unis	308	1700	3	Hors étude EHFCN
Allemagne	82	232	NC	5,6

Conclusion

Ce n'est qu'avec la difficulté croissante des financements, donc un sujet économique, qu'une vraie dynamique s'est engagée pour lutter contre la fraude depuis quelques années. Les travaux de l'EHFCN depuis l'étude de novembre 2009 en particulier, ont permis de révéler l'ampleur de cette fraude. Le retour des contacts interrogés, en particulier sur les erreurs générées par les systèmes d'information, positionnent les estimations vers le haut de la fourchette proposée par l'EHFCN.

Des statisticiens, dotés de suffisamment de données pourraient probablement établir les courbes d'expérience et de performance matérialisées par les réflexions de nos interlocuteurs :

- > **Les systèmes publics de cotisations connaissent un taux de fraude moyen de 6 à 10% du budget, le domaine de la santé suit ce taux**
- > **Lorsque les systèmes de contrôle et de sanctions sont pleinement opérants, les comportements changent et le taux moyen de fraude descend en dessous des 6%**
- > **Il existe 2 taux quasi incompressibles une fois les systèmes matures :**
 - **Le taux de recouvrement ne saurait dépasser 70% des fraudes réelles**
 - **Le taux de fraude ne saurait être inférieur à 2%**

Chapitre 3 :

Quelles fraudes ? Qui est impliqué ?

- >> Pourquoi tant d'écarts dans la mesure ? Pourquoi ces imprécisions ? Que retient-on comme fraudes dans la pratique ? Le débat sémantique, fondamental pour la mesure, s'est clairement exprimé en France en particulier et montre la complexité du sujet.

■ Définition, natures et limites de la mesure en France

Voici un cas français exposé dans le journal Le Figaro (avril 2011) :

« Un hôpital facture une journée entière d'hospitalisation pour un simple fond de l'oeil ou une opération qu'il n'a pas effectuée ? Pour l'assurance-maladie, c'est une faute, pas une fraude. Nous ne pouvons que nous en tenir à la définition légale explique le docteur Pierre Fender de la Direction de Répression des Fraudes de la Sécurité Sociale (DRF). Selon le code civil, la fraude est un acte réitéré et délibéré ».

Les opérations conduites par les services de la DRF ont permis de récupérer environ 132 millions d'euros en 2008. Sur ce montant 13 ont été récupérés sur des arrêts maladie abusifs ou frauduleux, près de 33 sur les établissements hospitaliers (25%), 11 de chirurgie esthétique frauduleusement « médicalisée » pour bénéficier de remboursements, nombreuses facturations d'hospitalisations pour des actes ne les justifiant pas (excision de verrue, retrait de plâtre), prescriptions abusives de médicaments, d'actes de kinésithérapie, d'infirmiers ou de sage femmes.

Exemples pratiques des opérations effectuées pour illustrer la variété des fraudes et de leurs auteurs:

- > un patient, ayant obtenu un arrêt maladie, modifie frauduleusement la date de fin de l'arrêt (plus de 10.000 erreurs de ce type seraient détectées par an)
- > des médecins établissent un nombre très élevé d'arrêts maladie (13% des arrêts maladie seraient injustifiés)
- > un patient utilise abusivement les transports médicaux ou taxis
- > des sociétés de transports facturent des services fictifs ou surfacturent leur prestation.

Les fraudes mentionnées (Assemblée Nationale 2011) en France touchent donc les transformations d'ordonnances sans l'accord du prescripteur, les modifications de posologies, les ajouts de médicaments, les renouvellements sans l'accord du prescripteur ou encore les fausses ordonnances présentées par des patients (et confirmées par un complice en cas d'appel téléphonique du pharmacien).

Le cas de bandes organisées (un pharmacien avec un prescripteur ou un patient) permettant de faire rembourser des médicaments qui ne sont pas délivrés, est évoqué.

On note aussi le cas de fraude par des médecins qui gardent les cartes Vitale de leur patients en CMU et facturent des visites fictives. Ce phénomène de facturation suite à des visites fictives est certainement amplifié dans le cas de bénéficiaires de l'AME (Aide Médicale d'Etat) car ils n'ont pas de cartes Vitale.

Les types de fraude et les acteurs en France

Le rapport 2010 de la Délégation nationale à la lutte contre la fraude (Ministère du Budget) donne une visibilité plus fine de la répartition des sommes recouvrées et donc aussi une image des sources de la fraude :

- > Pharmacies / médicaments 3,5
- > CHU / médicaments 3,3
- > Infirmiers 12,7
- > Transporteurs 10,1
- > Médecins spécialistes 2,1
- > Médecins généralistes 2,8
- > Chirurgiens-dentistes 3,8
- > Masseurs kiné 2,5
- > Fraude gestion des droits CMU ou AME 2,5
- > Fraude autres gestion des droits 1,7
- > Fraude administrative aux IJ (Indemnités Journalières/Arrêts de travail) 5,4
- > Autres fraudes sur paiements en espèces 4,9
- > **CHU T2A 127,4 (62%)**
- > EPHAD 1,8
- > HAD 3,9
- > Autres contrôles établissements de santé 10,5
- > Bandes organisées 4,6
- > **TOTAL * 203,5 (100%)**

On note la forte croissance des sommes recouvrées sur les CHU (Centres Hospitaliers Universitaires) entre 2008 et 2010 passant de 33 millions d'euros à plus de 127.

Initiée en 2005, la T2A (tarification à l'activité) montre ainsi sa performance dans le contrôle des dépenses.

Mais dans la logique des systèmes, lorsque l'on met en place un outil performant de contrôle des irrégularités, la fréquence de leur détection augmente sans pour autant que leur fréquence augmente dans l'absolu.

Ainsi les fraudes, abus, erreurs ou autres causes de dépenses indues ne sont pas forcément générés à 62% dans les CHU. Si les sommes récupérées des CHU entre 2008 et 2010 sont passées de 25% à 62% du total annuel des sommes recouvrées, la fraude des CHU n'a pas, elle, été multipliée par 2,5. D'autant que la marge entre les 203,5 millions identifiés ci-dessus et les plus de 10 milliards estimés laisse beaucoup d'élasticité à la répartition possible. Par contre, il est possible d'en déduire que de manière générale, la qualité des données et des processus dans un système permet de réduire la fraude.

Rappelons les principes qui caractérisent le fonctionnement de la tarification à l'activité ou T2A. Chaque séjour d'un patient fait l'objet d'un résumé de sortie standardisé (RSS) qui en décrit les caractéristiques médicales et administratives, en agrégeant les résumés d'unité médicale (RUM) produits par les différentes unités où est passé le patient.

Ce RSS est codé et traité selon un algorithme qui prend en compte le diagnostic principal (regroupement par catégorie majeure de diagnostic CMD), l'existence d'actes opératoires et si besoin d'autres informations (âge, diagnostics associés, ...). Ce traitement permet d'affecter le séjour à un groupe homogène de malade (GHM).

Depuis 2009, on compte près de 2300 GHM répartis en 28 CMD ce qui permet une codification très précise et offre une analyse très fine. Pour la tarification, il en est de même.



France : Pour les médecins, la lutte contre la Fraude relève de la Police ou de la Sécurité Sociale

Après s'être focalisé sur les agents malintentionnés, en portant notamment la vindicte sur les patients, les transporteurs et les fraudeurs ou erreurs dans les CHU, le rôle des professionnels de santé dans les mécanismes de fraudes a été abordé lors d'une audition à l'assemblée Nationale en janvier 2011.

> Cas particulier des vols de cartes Vitale

Des ordonnances « circulent » et peuvent ainsi être délivrées plus d'une centaine de fois avant que la carte Vitale soit répudiée (cas d'un trafic à grande échelle avec le Congo). Pour éviter cette fraude, il est important d'accélérer les processus de déclaration de cartes Vitale volées.

> Cas particulier de la photo sur la carte Vitale

Les pharmaciens n'ont pas à s'assurer de l'identité du porteur de la carte car ils n'ont pas de capacité judiciaire (c'est d'ailleurs le cas de tous les professionnels de Santé). Par ailleurs, la photo envoyée peut ne pas être celle du bénéficiaire – il n'y a pas de confrontation physique dans le processus d'enrôlement. Enfin, une personne peut venir chercher des médicaments pour une autre personne incapable de se déplacer.

En fin de compte, la photo semble ne pas permettre aujourd'hui d'éviter les fraude à l'authentification.



> Cas du dossier pharmaceutique

En date de ce rapport, douze millions de français ont ouvert un dossier pharmaceutique dont 25% de plus de 60 ans. Pour l'Ordre des Pharmaciens (OP), il ne semble pas représenter un obstacle à la fraude dans le sens où il n'est pas obligatoire. Il peut cependant avoir une efficacité indirecte. En effet, dans le cas de vol de carte Vitale, sachant que la procédure de révocation n'est pas efficace, le dossier pharmaceutique permettra de refuser l'utilisation de la carte. Ce dossier ne sera cependant pas un obstacle aux fraudes opérées par les patients. L'OP n'est pas favorable à un dossier pharmaceutique ou un Dossier Médical Personnel obligatoires – 17% de français refusent à l'heure actuelle le dossier pharmaceutique.

> Problème de l'interdiction de délation auprès des organismes de contrôle

En effet, la dénonciation de la fraude ne peut être effectuée par un pharmacien car il est contraint au secret médical. Une collaboration a été engagée avec le Dr P.Fender (DRF) mais ces échanges restent informels et l'information n'est que descendante. Une procédure d'information a été mise en place mais elle est récente (septembre 2010).

> La limite de la certification par le Centre National de Dépôts et d'Agrément (CNDA)

L'OP considère que la certification CNDA des progiciels est déficiente dans le sens où elle permet de délivrer des médicaments sans présentation de la carte Vitale. C'est là que se situent les scénarios permettant de faire des « fausses factures ». Ce n'est pas du ressort du CNDA de garantir de progiciels anti-fraude et les pharmaciens réagiraient certainement si l'on imposait la présentation de la carte Vitale en cas de délivrance de médicaments. Concernant la prescription excessives d'arrêts du travail, l'appréciation est très subjective bien que la Sécurité Sociale ait donné pour objectif de contrôler les patients dont les prescriptions émanent de médecins ayant ordonné dans l'année plus de 20 000 Indemnités Journalières soit l'équivalent de 65 années d'arrêts de travail.

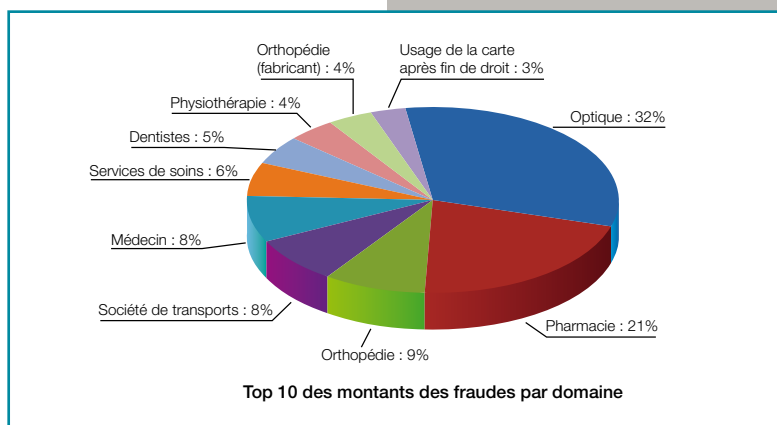
> France : Conclusions sur les types de fraude et les acteurs

- Les CHU sont à l'origine d'une part important des fraudes santé détectées par la Sécurité Sociale probablement mieux repérées grâce à la nouvelle gestion T2A introduite depuis 2005.
- Mais les sommes recouvrées n'ont pas valeur d'échantillon fiable de la fraude réelle.
- Toutes les professions de la santé sont représentées dans les mécanismes de fraudes détectés.
- Ce n'est pas le rôle des professionnels de santé que de lutter contre la fraude et encore moins de contrôler l'identité des patients.
- Les ordonnances et les prescriptions de médicaments sont à l'origine de fraudes sur lesquelles les responsabilités peuvent être diverses : patients, pharmaciens ou médecins.
- La carte Vitale ne remplit pas sa fonction d'authentification du porteur.
- Les dossiers médicaux ne peuvent constituer un obstacle significatif à la fraude que s'ils sont obligatoires.

Types de fraude et acteurs en Allemagne : la montée des fraudes en 2010

>> L'Allemagne, connaît une fraude importante dans son système de santé. Le groupe KKH-Allianz donne ci-dessous cette répartition des fraudes mesurées pour 2004-2005 par domaine.

Le cas suivant est cité : 600 dentistes se fournissent en prothèses auprès d'une société allemande qui importe de Chine. Le fournisseur verse des commissions aux dentistes, qui implantent les prothèses chez leurs patients en faisant rembourser la société par les assurances aux tarifs de prothèses allemandes. Remboursement : 900 euros, coût de la prothèse livrée : 120 euros.



Une chaîne connue dans le pays : le médecin commande des médicaments au pharmacien qui enregistre la commande mais qui ne livre rien au patient. L'assurance « rembourse » la pharmacie. Le pharmacien partage le montant avec le médecin.

En mars 2011, le Journal des Médecins (Deutsches Ärzteblatt), explique que KKH-Allianz a analysé 949 cas de fraude en 2010. Les enquêteurs affirment que la perte totale est la plus forte jamais enregistrée depuis 10 ans. La caisse demande d'ailleurs qu'un « délit de fraude aux soins de santé » soit créé.

Compte tenu du bilan de 2010, la caisse explique que les actions coordonnées des deux autorités d'enquête et du législatif sont nécessaires. Ce n'est qu'après que la fraude comptable pourra être combattue de façon adéquate. Plus d'un cas de fraude sur trois vient des pharmacies. 25% proviennent des physiothérapeutes. 6% des médecins.

Début 2011, la branche de Thuringe et de Saxe du groupe AOK (Allgemeine Ortskrankenkasse), lui-même le plus grand assureur santé du pays pour les employés du secteur privé avec 25 millions d'adhérents, annonce que le montant des fraudes constatées a doublé entre 2009 et 2010.

« Même pour les cas dans lesquels il n'y a finalement pas de poursuite (20%), la suspicion est grande quand on constate les facturations erronées dues à l'ignorance ou un oubli. Les trames criminelles sont souvent visibles.

Médecins, pharmaciens, psychologues, physiothérapeutes, sages-femmes... la liste est longue des auteurs d'ordonnances douteuses bâties sur des simulacres d'accords et d'ententes frauduleuses bien réelles. »

selon Olaf Schrodi, l'avocat du groupe AOK.



Type de fraude et acteurs aux Etats-Unis : Les tendances de demain?

>> Selon le Wall Street Journal du 28 octobre 2009, Les Etats-Unis perdent au moins 60 milliards de dollars dans la fraude au système de santé. La fraude pourrait atteindre 10% du total des dépenses de santé du pays qui atteint la somme impressionnante de 2340 milliards de dollars en 2009 (source HHS, Centers for Medicare and Medicaid Services).

Les systèmes public fédéraux Medicare et Medicaid sont sous le feu des projecteurs. Le programme Medicare qui distribuent plus de 400 milliards par an contrôle 3% de ses versements. Pour 2008, Medicare annonce avoir effectivement versé près de 10 milliards de sommes indues (2,5%). 3,2 milliards (32%) ont été récupérés en 2008 et 4 milliards en 2009. Les agences de lutte contre la fraude se sont focalisées sur le sud de la Floride, Los Angeles et d'autres régions où la fraude est notoire.

Le FBI note deux tendances nouvelles dans la fraude en 2010 (livre blanc du NHCAA d'octobre 2010): d'une part la volonté délibérée de certains professionnels de santé de risquer la vie de leurs patients s'il y a un profit à faire et d'autre part le vol d'identité.

En juin 2010, un médecin du Kansas et sa femme sont arrêtés. Ils fabriquaient des pilules miracles. Spécialiste du soulagement de la douleur, la clinique du médecin prescrivait ces pilules. Plus de 4 millions de dollars ont été perçus indument des assurances privées et des programmes de santé fédéraux. Bilan : 100 overdoses et 68 morts sur 6 ans. Cette spectaculaire histoire n'est bien sûr pas représentative du milieu médical américain dans son ensemble.



En janvier 2010, les membres d'une « bande organisée » de cliniques sont arrêté pour fraude massive contre les systèmes Medicare et Medicaid.

La fraude porte sur 110 millions de dollars. Les cliniques en question réparties sur cinq états généraient de fausses déclarations de soins pour le traitement du SI DA, cancers et autre maladies. Pour perpétrer ces fraudes, l'identité de plusieurs centaines de patients éligibles aux allocations Medicare ont été volées. Le vol d'identité de santé est particulièrement pernicieux. Les victimes sont impactées dans leur couverture médicale et leurs finances pendant des années. Comme le signale le Los Angeles Time, retrouver son identité sociale (santé) est un « travail à plein temps ».

Le FORE (Foundation of Research and Education - American Health Information Management Association) répertorie également les types de fraudes:

- > Fournisseurs soumettant des demandes de remboursement pour des procédures fantômes.
- > Facturation de visites qui n'ont jamais eu lieu.
- > Société inexistante qui a obtenu un numéro fournisseur et qui présente des demandes pour des personnes qui n'ont en fait jamais reçu de soins.
- > Société facturant du matériel médical qui n'a jamais été reçu.
- > Payer des citoyens en bonne santé pour venir passer des visites inutiles.
- > Réaliser des interventions chirurgicales inutiles.
- > Payer pour les services de création de faux certificats médicaux qui nécessitent des visites médicales pour toucher des rétro-commissions.
- > Fabriquer des fausses demandes de remboursement venant de cliniques inexistantes.
- > Non-professionnels se faisant passer pour des professionnels de santé.
- > Obtenir des informations sur les patients et sur les cliniques puis présenter des demandes de remboursement ou de paiement pour des soins qui n'ont jamais été dispensés.
- > Fournisseurs de services de facturation pour plus cher que ceux qui ont été fournis.
- > Les patients qui vont d'un médecin à l'autre pour obtenir des ordonnances multiples, de substances réglementées.
- > Les patients alléguant que les procédures non médicales ont été médicalement justifiées et essayant de se faire rembourser.

Slovénie : le meilleur de l'Europe

>>> La Slovénie possède une organisation centralisée, un contrôle particulièrement fort de la citoyenneté et de l'identité. C'est aujourd'hui le pays d'Europe le plus avancé en termes de modernisation de son système de santé et la Slovénie a mis en place depuis 2009 un système élaboré d'identité et de signature électronique basé sur la carte d'assurance maladie de nouvelle génération (plan slovène de la santé électronique de 2010).

Les responsables de l'assurance maladie slovène (ZZZS) expliquent que la fraude sociale est principalement liée en Slovénie au paiement de taxes liées au travail, aux prescriptions de médicaments, à l'équipement médical et aux services.

Ils donnent quelques exemples de fraudes détectées sur contrôle et délation :

- > Augmentation de salaire avec des prestations non soumises à charges : ticket restaurant, voyages, per diem.
- > Emprunt de cartes de santé : due aux différentes possibilités de d'identifier. Le phénomène est très limité aujourd'hui avec les cartes de deuxième génération qui sont équipées d'une authentification forte.
- > Demande de droits non justifiés.
- > Prescription floue sans indication médicale : spas, aides médicales pour détente.
- > Services de soins fournis totalement fictifs.
- > Facturations multiples pour les mêmes services.
- > Liste d'attente falsifiée.
- > Non respect des heures de travail payé par l'argent public (Absentéisme).

La fraude à la santé à travers les frontières est un souci pour le pays. En 2007, 22570 assurés slovènes ont demandé des soins hors du pays dont 221 cures sur accord préalable pour un total de 11,9 millions d'euros, dont 70% de services en Croatie et principalement pour des personnes âgées et des touristes. 22479 citoyens de l'UE ont demandé des soins d'urgence en Slovénie pour 9,7 millions.

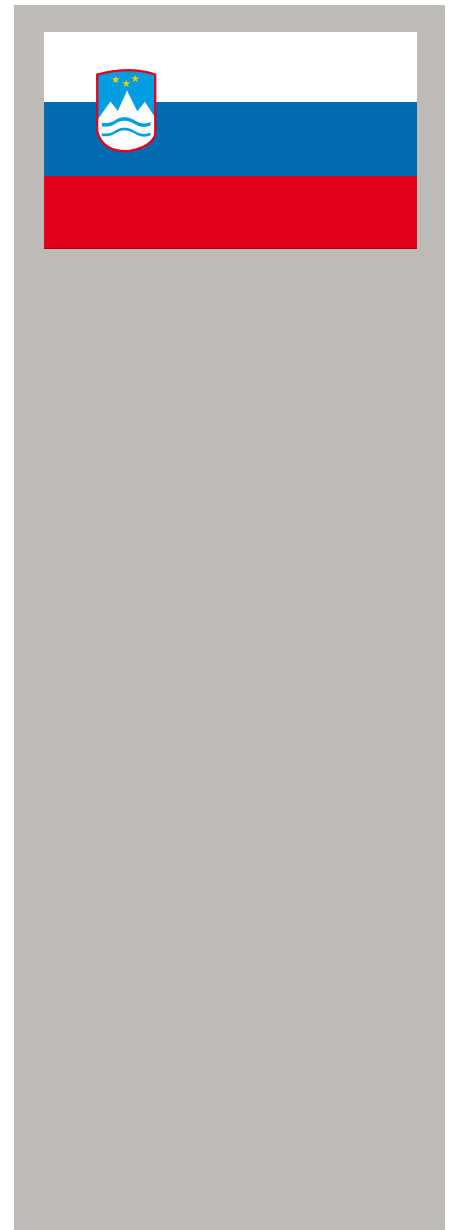
Jusqu'à présent, il n'y a pas de fraude à l'identité probablement parce que l'assurance maladie a défini un période de validité courte réduite à trois mois pour la carte de santé européenne. Le risque semble plus grand pour les soins spéciaux inter-frontières dont l'objectif est une prise en charge totale par les fonds publics.

Le cas en 2006 et 2007 de femmes slovènes qui sont allées se faire soigner dans une clinique privée autrichienne près de la frontière pour accoucher est cité. Les demandes de remboursements ont été demandées avec la carte européenne de santé. L'assurance maladie slovène a refusé ces remboursements en arguant qu'il n'est pas possible de considérer ces services comme des services d'urgence. Les interventions planifiables ne peuvent être prises en compte par ce système.

Les types de fraude vus par les autres organisations supranationales

>>> Au-delà de l'EHFCN, l'analyse plus systémique des mécanismes de fraude dans le monde de la Santé est donnée par l'étude conduite en 2006 par Transparency International sur le sujet. Le monde de la Santé a un nombre important de dimensions qui le rendent plus vulnérable aux abus :

- > La difficulté à mettre en place des règles qui doivent pouvoir s'appliquer à l'ensemble des acteurs.
- > Un service public délégué à des organismes privés qui sont facilement tentés de faire prévaloir des intérêts financiers au détriment de la santé des patients.
- > Des montants financiers en jeu colossaux estimés à plus de 3 100 milliards de dollars en 2006 (monde).



Les types de fraudes ou abus constatés dans l'administration hospitalière sont catégorisés ainsi et leurs définitions sont données in extenso dans l'étude. En voici la liste succincte :

Approvisionnement

- > Sur-paiement de biens ou de services

Vol et détournement de fonds

- > Vols de produits médicaux, équipements et autres fournitures pour l'usage personnel ou la revente.
- > Détournement de budget pour usages personnels.

Personnel

- > Absentéisme.
- > Paiement informel : dessous de table, pour obtenir des soins prioritaires ou des privilèges.
- > Abus des ressources de l'hôpital (voitures, téléphones...).
- > Favoritisme dans le choix des fournisseurs.
- > Usage de position pour vendre des accréditations, des certificats...

Système de paiement

- > Fraude à l'assurance santé par sur-facturation ou facturation répétitive ou fausse facturation.
- > Facturation de patients fantômes.
- > Arrangements de recommandation rémunérés entre médecins et hôpitaux comme les commissions ou retro-commissions.
- > Multiplication d'actes de soin inutiles dans le but d'augmenter la facturation.

Les catégories présentées sont particulièrement bien caractérisées et devraient dans ce sens pouvoir être facilement approchées. Cependant une des difficultés consiste à établir des règles qui puissent être respectées et mises en oeuvre par l'ensemble des acteurs de la chaîne.

Conclusion

>> Les fraudes, abus et erreurs ne sont pas spécifiques à un système de santé particulier et se retrouvent partout :

They occur **everywhere and regardless of:**

- > quelle que soit la répartition des financements publics et privés
- > quelque soit le niveau de maturité technologique
- > quelle que soit la culture (latine/anglo-saxonne, autres)
- > que les montants financiers en jeu soient importants ou faibles

Les fraudes sont très proches d'un pays à l'autre et concernent classiquement :

- > le paiement de sommes indues (services, équipements, médicaments) dans le but de détourner des sommes financières.
- > l'accès à des services abusivement justifiés (cures, transports médicaux ou taxis, médicaments...) qui impactent tout autant l'équilibre financier du système.

Tous les processus semblent être impactés, de la médecine de ville à l'hôpital, de la délivrance de médicaments aux cures thermales et aux soins dentaires.

Tous les acteurs peuvent être impliqués (industriels, patients, professionnels de santé, organisations criminelles...), et mettent en oeuvre parfois des complicités. Ceci rend les mécanismes de fraude complexes et leur détection exige des coopérations difficiles à mettre en place (enquêteurs, police, justice, législateur).

Même si les professionnels de santé sont parfois impliqués, on constate que les procédures administratives encadrant le remboursement des soins présentent **des défaillances au plan de l'intégrité des données, de l'identité des patients et de l'habilitation des droits**.

Un autre constat observé dans le monde bancaire est qu'avec l'informatisation et la dématérialisation des processus administratifs qui y sont liés, on assiste à un **glissement de la fraude de l'usager isolé à la bande organisée**. Enfin, les tendances mis en lumière par le FBI en 2010 aux Etats-Unis – **mise en danger délibérée de la vie du patient** pour obtenir un profit financier **et augmentation du vol d'identité** – doivent être combattues avec toute la vigueur nécessaire.

Chapitre 4 :

Les meilleures pratiques de la lutte contre la fraude

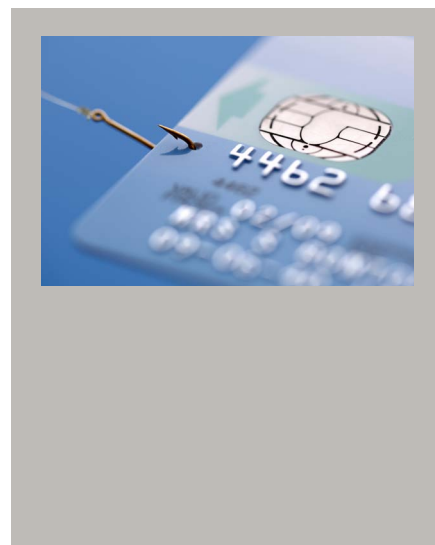
Le secteur bancaire très efficace

>> Parmi les meilleures pratiques identifiées, la lutte contre la fraude est particulièrement efficace dans le secteur bancaire. En effet, la banque fut un des tous premiers domaines, dans les années 70, où la dématérialisation des transactions a commencé à jouer à plein et où les titres de paiement, avec les premières cartes diners puis Bank of America, ont commencé à impacter l'usage du chèque.

Les technologies de carte à piste magnétique ont permis à cette époque un déploiement rapide mais ont aussi fait augmenter la fraude.

Depuis les années 90, les banques ont mis en place une technologie basée sur la carte à micro-processeur (à puce) intégrant des fonctions anti-fraude comme le code PIN et le chiffrement.

Dans ce domaine, la fraude a en effet fait l'objet d'une lutte conséquente avec des succès mesurables. Cette fraude comporte certaines caractéristiques au plan système qui peuvent être comparées (informatisation, volumes financiers...) à la fraude dans les systèmes de santé.



Fraude bancaire en France

A titre d'exemple, le taux de fraude constaté en France par le GIE CB, dont on peut estimer qu'il est proche de la fraude réelle dans ce contexte, est de 0,072% sur des masses financières environ 3,5 fois supérieures à celles concernant le remboursement des soins.

Si l'on rapporte ce taux à celui estimé de 5,6% pour les seules fraudes et abus (EHFCN), **le rapport est supérieur à 70** et laisse entrevoir le chemin qui reste à parcourir. Toujours pour la France, la fraude bancaire (cartes) était supérieure **d'un facteur 20** avant l'arrivée massive des cartes à micro-processeur disposant de fonctionnalités anti-fraude et des transactions électroniques.

Même si le rapprochement des deux domaines peut prêter à discussion, on peut voir dans le tableau suivant qui concerne la France (système bancaire avec GIE CB et santé avec SESAM-Vitale) un certains nombres de similitudes.

Chiffres 2009	GIE CB	SESAM-Vitale	Commentaires
Porteurs	58 millions	50+ millions	
Valeur totale des transactions	597 Milliards	175 Milliards*	*Consommations de soins et biens médicaux en 2009 (INSEE)
Nombre de transactions électroniques	3,5 Milliards d'autorisations électroniques	1 Milliard de feuilles de soins électroniques (FSE)	1 Milliard de FSE dématérialisées à la source soit 80% du total 2009 (85% en 2010)
Nombre de transactions par carte/an	113	20	
Fraude sur valeur totale	0,072%*	5,6%**	*Source GIE CB ** moyenne EHFCN
Professionnels équipés	1.134.000 de commerçants	240.000 professionnels de santé	
Source géographique de la fraude	40% hors France 60% France	Non disponible	
Fraude sur Internet	75% du total des fraudes*	Non applicable	*Avec seulement code CW2 – donc hors puce
Fraude sur présence	25% de la fraude en paiement de proximité*	Non disponible (pas de code PIN)	*Présence du payeur, usage du code PIN

>> La question principale est de savoir pourquoi deux systèmes utilisant la technologie carte à puce ont des taux de fraude si différents. La réponse tient dans les objectifs différents assignés aux cartes.

La carte bancaire doit assurer un maximum de sécurité aux clients, aux commerçants et aux établissements bancaires. Elle intègre donc des fonctionnalités anti-fraude tel que la signature des données stockées dans la puce par la banque émettrice, l'authentification carte-terminal de paiement, l'authentification carte-serveur d'autorisation, la gestion des plafonds pour rester en off-line, la gestion du risque par le terminal ou encore l'authentification du porteur par code PIN.

La carte d'assurance maladie française n'a pas été conçue pour cela. Elle ne stocke que les informations visibles sur la face de la carte et n'est protégée par aucun mécanisme de sécurité. Cette décision provient de l'objectif même du programme SES AM-Vitale: la saisie et dématérialisation à la source de la feuille de soins avec la mise en place d'échanges électroniques entre les professionnels de santé et les organismes d'Assurance Maladie obligatoires et complémentaires (depuis 2005).

■ Fraude bancaire au Royaume-Uni et Etats-Unis

Au Royaume-Uni, la fraude aux cartes bancaires pour 2010 est de 365 millions de livres (Communiqué du 9 mars 2011 The UKCARDS association), le taux le plus bas depuis l'année 2000 date du démarrage du programme CHIP and PIN (passage à la carte à microprocesseur pour les cartes bancaires) au Royaume-Uni.

La fraude dans la santé, estimée toujours par l'EHFCN dans la santé à 7,4 milliards de livres soit un rapport de 20. Aux Etats-Unis le temps de résolution moyen d'une fraude est de 21 heures en 2009 et la moitié des victimes porte plainte. Le nombre d'arrestations a ainsi doublé et le nombre de poursuites a triplé entre 2008 et 2009 (Source : Javelin Strategy & Research, «Identity Fraud Survey Report» février 2010).

■ Les six leçons du secteur bancaire

Le secteur bancaire offre les leçons de ses meilleures pratiques. Il en ressort six points majeurs :

- > La formation des personnels spécialisés dans la fraude est primordiale pour maîtriser les outils informatiques et devenir des experts dans l'analyse est une nécessité absolue
- > La fraude n'est pas un problème lié à la concurrence. Toutes les entités peuvent collaborer et harmoniser les structures de données
- > Une gestion plus stricte de l'identité et plus agressive du vol d'identité ont considérablement réduit la fraude bancaire
- > L'implication des consommateurs est un facteur critique de succès
- > L'authentification par carte de crédit est un modèle pour le dossier médical électronique
- > 95% des pertes de données ne sont pas intentionnelles – d'où l'importance plus grande des erreurs que de la fraude.

L'étude d'Accenture de 2011 sur les parallèles entre le secteur bancaire et santé est à signaler.

<http://www.ehfcn.org/media/documents/Heather-Adams.pdf>

Les Etats-Unis mobilisés contre la fraude aux systèmes de santé depuis 15 ans

>> Les Etats-Unis ont commencé à travailler sur la lutte contre la fraude dans les systèmes de remboursement de soins de santé bien avant l'Europe.

Les cinq principales raisons de cette mobilisation avancée s'expliquent par :

- > l'importance des sommes consacrées à la santé (2340 milliards de dollars soit 17% de leur PIB pour 2010)
- > l'importance des montants fraudés (de 75 à 250 milliards selon le FBI)
- > un grand pragmatisme très tourné vers l'action
- > la présence d'une puissante industrie informatique à disposition (matériel, logiciel, système, compétence)
- > un écosystème de la protection de la vie privée qui permet une certaine souplesse dès lors qu'il s'agit d'intérêts nationaux (comme par exemple la possibilité de créer des bases de données).

Pour illustrer ce propos, voici quelques exemples sur l'engagement politique et les résultats obtenus.

Notons que les lois de 2000 (puis 2004, 2007) destinées à lutter contre l'usurpation d'identité, Identity Theft and Assumption Deterrence Act, détaillent les informations identifiantes et font de l'usurpation d'identité un crime fédéral. La sanction peut aller jusqu'à cinq ans de prison et 250 000 dollars d'amende.

L'administration Obama a augmenté son budget de lutte contre la fraude dans la santé de 50% à 320 millions de dollars en 2010. Le bilan disponible aujourd'hui est impressionnant (communication sur le bilan 2010 de la lutte contre la fraude du Ministère de la Santé et de la Justice du 24 janvier 2011). Ce sont plus de 4 milliards de dollars qui ont été récupérés en 2010, un record.

Le rapport annuel détaille de nombreux cas de poursuites et met aussi en lumière la collaboration du ministère de la santé, de la justice et du FBI avec la création d'équipes pour des actions concertées (Medicare Fraud Strike Force) en particulier sur Baton Rouge, Brooklyn, Chicago, Dallas, Detroit, Houston, Los Angeles et Tampa. Le plan de communication pour promouvoir la lutte contre la fraude dans les systèmes de santé intègre aussi de nombreuses conférences organisées par le ministère de la santé et de la justice où sont expliqués les enjeux et les actions entreprises pour l'éliminer en particulier avec les nouveaux outils juridiques de l' Affordable Care Act. La « loi sur la protection des patients et des soins abordables », votée par le congrès et promulguée par le président Barak Obama le 30 mars 2010 constitue le principal volet de la réforme du système de protection sociale aux Etats-Unis.

Pour sa quatorzième année d'activités anti-fraude (2011), le budget demandé de 266 millions de dollars pour le programme a d'ailleurs obtenu une rallonge discrétionnaire du congrès de 311 millions. Le retour sur investissement du programme depuis 1997 est de 4.9 dollars récupérés pour 1 dollar dépensé. La moyenne de 2008-2010 est même passée à 6.8 pour 1.

Le rapport du 29 juillet 2011 sur les actions prises pour protéger le programme Medicare des erreurs de paiement, de la fraude et des abus (Medicare Program Integrity : Activities to protect Medicare from Payment Errors, Fraud and Abuse) résumant les programmes mis en oeuvre, les sources de financement et l'intérêt que porte le Congrès américain pour la protection de ce système. Le programme est en lui-même impressionnant : 523 milliards de dollars en 2011 pour 47,5 millions de bénéficiaires. Le taux de fraude estimée est à nouveau discuté. La fourchette de 3 à 10% des dépenses totales est avancée.

Deux sujets ressortent en particulier du rapport :

- > Medicare rembourse sous trente jours à réception des feuilles de soins soit plus rapidement que les organismes privés d'assurance maladie. En si peu de temps, il est difficile de vérifier les paiements abusifs ou frauduleux.
- > Les agents de récupération « Recovery Audit Contractors », de sociétés privées ont pour tâche d'identifier les paiements indus et de les récupérer sans nécessité d'identifier la fraude. Ils sont craints par les médecins et les personnels hospitaliers et considérés comme agressifs dans leurs investigations. Ils sont payés au pourcentage des montants récupérés. La nomination de ces agents fait parti des actions prises par le Tax Relief and Health Care Act de 2006 et obligatoire dans tous les états à fin 2010.



Enfin le rapport fait état des progrès des activités anti-fraude et anti-gaspillage. Notons qu'en douze mois, il y a eu treize présentations au congrès sur la fraude au système Medicare.

Le quotidien USA Today du 31 août 2011 (Feds go after health fraud – les fédéraux s'attaquent à la fraude santé) annonce que 2011 sera très certainement une année record. Le nombre de poursuites atteint 903 actuellement contre 731 pour toute l'année 2010.

Les sommes récupérées dépasseront 4,9 milliards de dollar (4 pour 2010). En février, le gouvernement a créé deux nouvelles brigades de lutte contre la fraude à la santé.

Des cadres légaux, juridiques et judiciaires nouveaux en Europe

■ France

>> En France, comme pour la plupart des pays européens dotés de budgets importants concernant les remboursements de soins, la démarche encadrée de lutte contre la fraude a concrètement démarré en 2005, notamment par la PLFSS – Programmation de la Loi de Financement de la sécurité sociale.

Cette démarche sera ensuite entérinée en 2008 avec le Traité de Lisbonne qui définit le cadre de la de lutte au plan Européen dans ses grands principes. En France, la création du CLEISS (Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale) en est une conséquence. Le Centre a pour mission de collaborer avec les autres pays européens, de croiser les données, notamment pour cibler les fraudes commises dans le cas de prestations de santé pour des patients hors de leurs pays d'origine.

« Ce n'est qu'au milieu des années 2000 que les parlementaires, le gouvernement et la haute administration commencent à prendre la mesure de la fraude aux prestations » (Figaro avril 2011).

Effectivement à partir de 2005, le législateur demande à la Cour des Comptes de certifier les bilans des organismes sociaux, qui gèrent plus de 300 milliards d'euros et dont les comptes doivent être « fidèles et sincères ». En 2008, une délégation nationale de lutte contre la fraude (DLNF), logée à Bercy, est créée. Parallèlement, la Cour des Comptes s'est lancée dans une évaluation de la fraude aux prestations sociales.

Mais l'arsenal juridique s'est considérablement renforcé depuis cinq ans. La CNAF, qui croise déjà ses fichiers avec ceux des impôts depuis une dizaine d'années, peut désormais demander aux autres organismes sociaux, aux fournisseurs d'énergie (EDF, GDF-Suez...) et surtout aux banques la communication des données personnelles des allocataires.

La Cour des Comptes établit un bilan des actions qui ont jalonné la période 2005 – 2010 dans la lutte contre la fraude aux prestations sociales dans le régime général. La loi sur l'assurance maladie du 13 août 2004 avait déjà renforcé les pouvoirs de détection des fraudes et de sanctions des directeurs de CPAM.



Sanctions pour les abus persistants, pour les tentatives de fraudes, droit d'accès aux informations, procédures plus simples et sanctions plus lourdes en France...mais, comme le souligne le rapport de la Cour des Comptes, le chemin est encore long vers un système juridique et judiciaire optimal.

Mais c'est surtout par les lois ultérieures de financement de la sécurité sociale que les moyens juridiques à la disposition des caisses locales ont été accrus.

La sanction classique de la fraude reste l'amende (correctionnelle). Mais diverses mesures administratives ont été instituées. Pour la branche maladie (santé), la loi de 2004 a prévu une gamme de sanctions (avertissement, mise en garde, mise sous accord préalable, pénalités financières) à l'encontre des fraudeurs mais aussi pour sanctionner les abus persistants. La loi de financement pour 2009 a assoupli les procédures préalables et renforcé le quantum des sanctions pouvant être prononcées.

L'extension de l'accès aux informations est développée avec la loi du 6 août 2004, modifiant la loi du 6 janvier 1978 dite « informatique et liberté ». Elle permet de développer plus largement les traitements informatiques, notamment quand ils impliquent l'usage du numéro d'identification au répertoire (NIR) aussi connu sous le nom de numéro de sécurité sociale.

Mais comme le souligne le rapport de la Cour des Comptes, le chemin est encore long. Il suffit de parcourir la PLFSS 2010 pour s'en rendre compte (Section 7 articles 50 à 54 - Dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude).

On y trouve les améliorations proposées suivantes en matière de législation :

- > Possibilité de sanctionner les tentatives et pas seulement les constats (indus)
- > L'extension du champ des fraudeurs au-delà des assurés : personnes ayant contribué à la fraude (bailleurs...)
- > Allègement de la procédure de sanction
- > Doublement du montant maximum de pénalité (on passe de 6000 à 12000 euros). Ceci évite de saisir le juge pénal pour les affaires entre 6000 et 12000.
- > Passage d'un barème de pénalité en fonction de l'indu à la notion de gravité : plus équitable pour stigmatiser les fraudeurs par rapport à ceux qui font des erreurs non intentionnelles et permet de figer des pénalités sans constat effectif de l'indu.
- > Renforcement du contrôle lié aux arrêts maladie pour modifier à long terme les comportements et extensions des obligations de l'assuré (horaires et présentation aux contrôles) et au régime social des indépendants (RSI), le régime de sécurité sociale obligatoire des chefs d'entreprise, travailleurs indépendants, artisans et commerçants.
- > Pour les pharmaciens, fournisseurs, transporteurs sanitaires, laboratoires de biologie médicale, établissements hors T2A, les pénalités ne sont calculées que sur les fraudes constatées mais leur activité est telle que cette partie est minimale. La proposition consiste donc à évaluer les pénalités en fonction d'une activité globale et sur la base de l'échantillon de contrôle observé afin d'augmenter sensiblement le montant des pénalités (déjà en place pour les URSSAF et les établissements en T2A). Mais les modalités de calcul de l'activité sont renvoyées en décret en Conseil d'Etat.

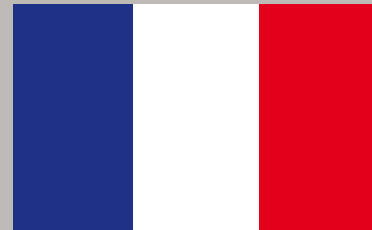
Pour un observateur candide, sanctionner les tentatives pourrait être évident, le montant maximum pourrait sembler dérisoire, l'extension au RSI pourrait s'apparenter à la résolution d'un problème plutôt qu'un progrès et le fait d'évaluer une activité semble légitime pour le montant de la sanction. Ceci permet néanmoins de jauger de la difficulté qu'il existe dans la mise en oeuvre d'un système juridique global dans le contexte du monde de la Santé et de la protection sociale.

On constate ainsi, qu'avec les mesures complémentaires aux articles de la loi de 2006 proposées en 2010 pour renforcer les contrôles et puisque chaque proposition doit faire l'objet de décrets, que le cycle de mise en place effective est de l'ordre de 6 à 10 ans. C'est pourquoi il est important d'anticiper dans un souci de performance. La France ne s'y méprend d'ailleurs pas car les mécanismes de fraude étant de plus en plus sophistiqués, notamment pour ceux portant sur des sommes importantes, le Gouvernement a renforcé son dispositif en créant la Police Fiscale qui même si elle semble s'intéresser dans un premier temps à l'évasion fiscale, pourrait rapidement intervenir grâce aux moyens mis en oeuvre, dans le monde de la Santé et de la protection sociale.

« Récente initiative, cette police fiscale dépend du Ministre de l'Intérieur et fait sauter un verrou sur la procédure d'investigation concernant la fraude complexe (paradis fiscaux,...) : saisir la CIF (Commission des infractions fiscales) sur présomption.

Jusqu'alors, c'était le rôle des agents du fisc, n'ayant pas capacité judiciaire, et sur la base d'un dossier complètement documenté. » (les Echos du 3 décembre 2010) En synthèse, il semble que la France ne soit pas en retard dans le processus de construction des dispositifs légaux et judiciaires, bien que ceux-ci nécessitent un temps de gestation et de réalisation proche d'une décennie. Les avancées en matière de lutte contre la fraude sont tout aussi récentes au Royaume-Uni. Mais les cas de la France, du Royaume-Uni ou de l'Allemagne sont ceux de pays où l'économie de la santé est massive.

Les cartes Vitale ont en particulier permis d'avoir des bases de données homogènes puisque les données électroniques enregistrées automatiquement et échangées ne comportent pas d'erreur de saisie. Le programme Vitale avec ses processus normalisés et le codage des actes ont aussi largement fait progresser la qualité du système global. Le ciblage a posteriori des fraudes et abus est grandement facilité par cette cohérence sur tout le territoire.



Slovénie

En Slovénie, les masses financières sont à la hauteur d'une population de 2 millions d'habitants.

La lutte contre la fraude en Slovénie s'appuie sur un système qui manque d'historique et dont la performance ne pourra être rendue qu'à un horizon de 5 ans minimum. Les Slovènes ont cependant compris que les dispositifs législatifs doivent être adaptés dans un processus d'évolution permanente.

Le contexte de la lutte contre la fraude s'inscrit dans un contexte de réformes et changements dans le système de santé du pays. La pression budgétaire est particulièrement prégnante car elle cumule le vieillissement de la population, le chômage (8,4% en 2011 – source Eurostat), les coupes budgétaires liées à la gestion de la dette publique, les lourdes charges des maladies chroniques, le besoin d'équipements médicaux de nouvelles générations, la demande des patients et assurés pour de meilleurs services (« patient centrique »). Les lois de protection sociale (santé et assurance santé) définissent surtout les droits d'accès de la population à la couverture santé.

Un responsable explique : « Je réalise aujourd'hui combien il est difficile pour un grand pays de mettre en place le cadre juridique adéquat et la bonne approche systémique pour lutter contre la fraude. La Slovénie, du fait de sa taille, est certainement avantagée. Mais notre agilité à prendre ce problème à bras le corps ne nous épargnera pas le temps de l'apprentissage. L'ampleur de la tâche ne permet donc pas d'envisager un « grand soir de la transformation » en Slovénie. Cependant les succès de la lutte contre la fraude devront être largement communiqués. Les sommes récupérées et économisées dans le social et la solidarité ont en effet un R.O.I. « politique » évidemment très grand à l'heure où le financement du modèle social solidaire de Slovénie est sous pression. J'y vois les éléments pour la création d'un cercle vertueux de lutte contre la fraude. »

Europe

Le spectre des meilleures pratiques au plan législatif et judiciaire sur les pays européens observés se situe entre 2 extrêmes :

- > Les pays « anciens » au sens du cadre législatif comme la France, dont la performance est confirmée par les sommes recouvrées (Rapport annuel 2009 / 2010 EHFCE) a mis 10 ans pour commencer à réaliser des actions significatives, notamment à cause du processus de lois et décrets
- > Les pays « nouveaux » et plus agiles comme la Slovénie et les pays baltes qui devraient exceller en performance à horizon 5 ans.

Enfin le processus d'évolution des lois doit être continu pour s'enrichir et s'adapter face aux nouveaux défis de la lutte contre la fraude. Pour les 27 pays de l'Union Européenne, ce processus doit pouvoir s'appuyer sur une base législative européenne.

Cet écosystème législatif, juridique et judiciaire est un préalable nécessaire et non suffisant à la performance des solutions techniques qui peuvent être mises en oeuvre. Il faut donc bien se résoudre à faire avancer chaque domaine de la construction à son rythme.

Bien heureusement, le premier socle n'a pas à être terminé pour pouvoir mettre en oeuvre des solutions techniques et organisationnelles. Par ailleurs, les Etats-Unis donnent une lecture assez complète des bonnes pratiques au sens technique grâce à l'historique dont ils disposent sur ces sujets.

Démarrage récent et difficile pour tous

- >> Le Plan National de Lutte Contre la Fraude 2010-2013 en France montre clairement la relative jeunesse de la démarche et sa structuration progressive.

Comprendre et s'organiser : la nécessité des échanges et des coordinations pluridisciplinaires régionales, nationales et internationales le montre.

Mesurer et se mesurer : les benchmarks internationaux comme celui mené en 2010 sur la fraude dans les pays de l'OCDE (Canada, Etats-Unis, Espagne, Belgique, Royaume-Uni, Italie, Pays-Bas) révèlent la recherche de repères et le besoin de partager les expériences.

Sensibiliser, former : les formations initiales et continues se préparent à éduquer et fixer des objectifs pour tous.

Exploiter les données : enfin, l'expérimentation du datamining et l'accès « accru » aux données dématérialisées et aux échanges témoignent du faible usage des outils informatiques à ce jour.

Une autre traduction de la priorité nouvelle reconnue à la lutte contre la fraude est son inscription dans les conventions d'objectifs et de gestion, passées entre l'Etat et les régimes de sécurité sociale. Mais ils sont jugés « insuffisants » et « non mobilisateurs » par la Cour des Comptes.

Toujours selon elle, les outils susceptibles de guider dans le choix de l'organisation interne ou le choix des procédures les plus efficaces sont très généralement absents. Les bonnes pratiques ne sont pas identifiées et ne peuvent donc se diffuser dans le réseau de manière systématique.

Par exemple, près de 300.000 contrôles domiciliaires sont effectués en France chaque année par les contrôleurs des CAF, sans qu'une procédure ait été écrite, concernant la préparation, le déroulement et le compte-rendu de ces contrôles.

De même les organismes n'ont pas d'informations relatives aux fraudes antérieures. Il peut arriver qu'une personne ayant été convaincue de fraude, voire condamnée au pénal dans le ressort géographique d'un organisme, perpétue cette même fraude dans celui d'un autre, sans que les systèmes d'informations actuels en préviennent le renouvellement.

Il convient donc d'insister sur le fait que la lutte contre la fraude doit être une approche systémique et non pas uniquement orientée sur le déploiement des outils. Cela signifie que les personnels doivent être assignés avec des objectifs précis, formés et correctement documentés et qu'ils doivent surtout remonter leurs expériences afin de capitaliser ces analyses en vue des évolutions qui suivront. La Slovaquie a profité de la modernisation récente de son système de santé (plan Santé 2010) pour mettre en place des outils et une organisation bien adaptée à la lutte contre la fraude.

Selon le responsable interrogé : « Le contrôle de la fraude est intégré comme une procédure standard dans notre système d'information santé. Ce système est très jeune et a besoin de plus de temps pour donner des résultats. Nous estimons qu'il faudra de 2 à 5 ans pour qu'il soit satisfaisant. Les contrats de partenariats sont le deuxième outil. Ils définissent les performances, les éléments de mesure et les règles d'audits. Les audits en eux-mêmes sont d'abord internes, externes (Chambre Médicale de Slovaquie) et administratifs (Ministère de la Santé) en cas de violation des règles du système de santé.

Enfin, la carte de santé à micro-processeur et signature électronique que tous les slovaques possèdent est un moyen très efficace pour l'identification et le contrôle des validations. C'est la clef qui confirme l'éligibilité du patient, la réponse à la question « Qui paie pour qui et pour quoi ? » C'est pourquoi nous prêtons une attention particulière à sa délivrance et aux contrôles réguliers des droits qui lui sont liés. Un gros travail d'intégration des données administratives et des données médicales reste à faire et il est encore nécessaire d'investir dans ce domaine pour la plus grande joie des personnels hospitaliers et avec de belles résistances chez les médecins en Slovaquie !!! »

La Slovaquie a intégré les groupes de travail du EHFCN en particulier pour traiter le problème des fraudes frontalières.

En Slovaquie, la lutte contre la fraude est pleinement intégrée dans une approche systémique (contrats nationaux avec les professionnels de santé, les CHU et les fabricants, intégration des outils de lutte dans la conception du système global...) et collaborative (adhésion au EHFCN, collaboration avec services anti-criminalité, implication de spécialistes dans les organes décisionnels...). D'ici 2 à 4 ans, la Slovaquie sera probablement un excellent laboratoire de bonnes pratiques dans la lutte contre la fraude.



Une approche systémique pour profiter des outils d'aujourd'hui

■ Outils

>> Les bénéfices d'une approche systémique, outre la qualité des données à la source et la performance dans la détection, consistent à être capable d'anticiper les évolutions et donc, de contrer la fraude avant même qu'elle ne soit constatée. La comparaison avec l'industrie bancaire prend ici tout son sens. En effet, une banque peut désormais révoquer une carte sur la base d'une « tentative » de fraude et prévenir son client avant même que la fraude n'ait été réalisée. Ceci nécessite par contre, comme c'est le cas dans le secteur bancaire, qu'une nouvelle carte soit disponible sous une semaine ! Le groupe SAS Institute, un des tous premiers fournisseurs d'outils d'analyses de données, aide à comprendre la puissance des nouveaux outils disponibles.

L'intérêt de la lutte contre fraude ne s'est fait sentir que dans les années 1980 avec l'augmentation sensible des cotisations aux Etats-Unis. La création de la National Health Care Anti-Fraud Association fut d'abord motivée par la nécessité de partager l'information et de sensibiliser les acteurs à ce risque.

Les années 90, avec l'automatisation des procédures et du traitement des feuilles de soins, ont ouvert de formidables opportunités de fraude avec peu de chance de se faire prendre. La réponse fut tout d'abord législative avec une panoplie de mesures anti-fraude puis technique avec l'arrivée timide de systèmes d'information et d'analyse dans les années 2000.

Aujourd'hui, les nouveaux systèmes permettent de détecter les fraudes mais aussi de les prévenir.

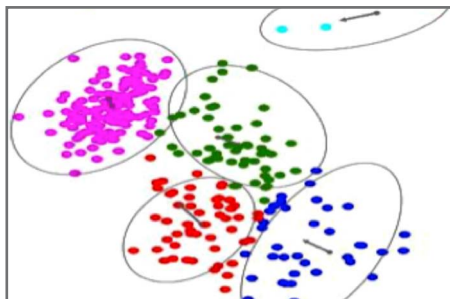
La détection nécessite tout d'abord des systèmes permettant l'agrégation de très importants volumes de données (structurées ou non). La qualité des données d'entrée est donc une nécessité pour la performance des détections. Les modèles prédictifs comparent les demandes de remboursement à des bases ou des seuils pour créer des scores statistiques au dessus desquels la fraude est probable.

Les modèles sociaux permettent de visualiser les liens qui unissent des demandes de remboursement anormales et de mettre en lumière les ramifications de bandes organisées.

Ces outils sont eux-mêmes capables de déclencher des alertes sur des comportements suspects.

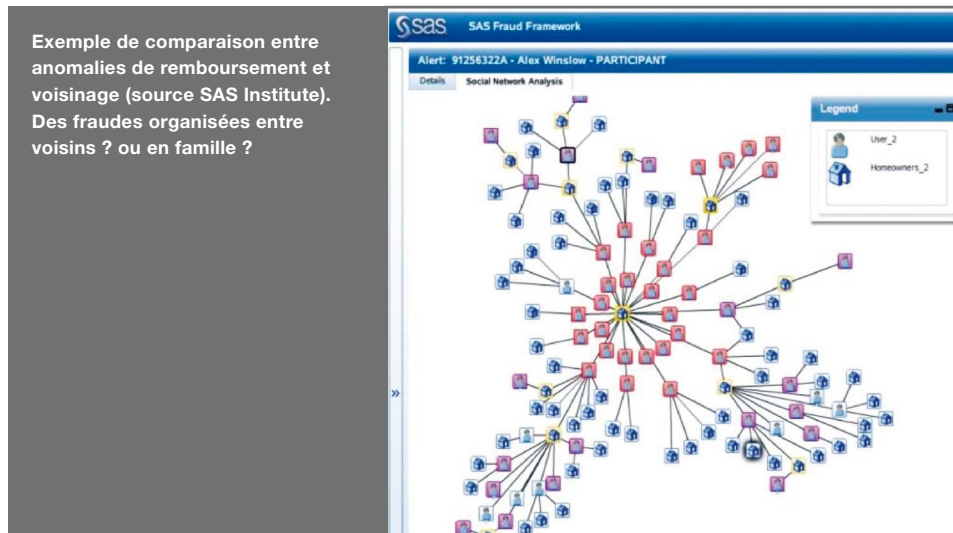
Enfin, élément clef de la chaîne de résolution, l'investigation met en oeuvre des systèmes techniques permettant de gérer le cycle de vie complet d'une investigation, de préparer le dossier en cas de poursuites pénales, de suivre les investigations après la clôture du dossier, tout en respectant historique et traçabilité. Autre grand acteur de l'analyse des données, l'éditeur européen SAP a mis en place ce type d'outils chez AOK en Allemagne (Assurance maladie nationale pour les employés du secteur privé avec 25 millions d'adhérents), Centrelink en Australie (agence gouvernementale de sécurité sociale), l'AEAT en Espagne (administration fiscale nationale espagnole) et chez le NCIS américain (agence fédérale d'investigation de la Marine et du corps des Marines).

Mais SAS Institute et SAP le reconnaissent, la lutte contre la fraude sera permanente. La fraude est particulièrement adaptable et mobile et les fraudeurs inventifs.



Exemple de détections d'anomalies par seuil (source SAS Institute). Les seuils sont au centre des patatoïdes. Vol de données et multiplication des enregistrements liés à ces patients, fraudes aux prescriptions, remboursements anormaux, traitements spécifiques trop récurrents sont repérables ici.

Ces outils de supervision ne rendront leur performance qu'à l'aune de données intègres et qualifiées, ayant nourri des volumes statistiques suffisants sachant que tout ceci dépendra de l'application effective de procédures concertées. Néanmoins, ces outils permettent de s'imaginer ce que seront les outils dans un avenir proche.



Que peut-on attendre d'une approche systémique ?

>> L'approche systémique est longue à mettre en oeuvre. Elle est aussi récente, notamment en Europe. Pour en illustrer sa puissance dans la lutte contre la fraude, nous disposons des résultats concrets publiés par l'EHFCN mais aussi d'un rapport du FORE pour les USA datant de 2005 qui modélise les bénéfices attendus en quatre étapes que nous estimons à une projection sur vingt ans.

Le premier intérêt de l'approche développée par le FORE, qui est un vrai centre de recherche et bénéficie d'une masse de données importantes, est de proposer un modèle économique de mise en oeuvre de la qualité des données patients valorisé en termes de ROI allant de l'an 0 jusqu'au constat d'un système performant de lutte contre la fraude, et ce, au travers de quatre cycles principaux suffisamment explicites pour que chaque pays puisse constater sa situation propre et les étapes qu'il va devoir réaliser. (FORE – Report on the Use of Health Information Technology to Enhance and Expand Health Care Anti-Fraud Activities – 009/2005).

Le deuxième intérêt est que le rapport du FORE s'appuie sur des données 2001. Il est intéressant de constater qu'en 2001, les dépenses de santé des Etats-Unis avoisinaient les 1400 milliards de dollars pour 1,7 milliards de fraudes mesurées soit un taux de 0,12%. Cette situation ramène aux chiffres français de 2010 pour la même mesure (0,11%).

De même, la lutte se structure dès 1995-1996 aux Etats-Unis et plutôt vers 2005 en Europe.

Ces simulations ont donc aussi un intérêt pour les grands pays européens et les résultats de ce rapport pourraient être utilement extrapolés. Ces simulations sont détaillées en annexe 1.

Cette étude met en lumière trois aspects de la lutte contre la fraude, les abus et erreurs :

- > Les gisements de productivité dans la lutte systémique contre les erreurs sont encore plus importants que ceux de la fraude d'un facteur 5.
- > Le partage des données en particulier le dossier médical électronique est un formidable levier de lutte contre la fraude et les erreurs.
- > Il faudra investir sur une longue période pour tirer partie des technologies de l'information.

- >> La mise en oeuvre d'un dossier médical dématérialisé procure un levier d'économie bien plus important sur les activités administratives grâce à la qualité des données. Les chiffres ci-dessus permettent de dire que le manque à gagner lié à la non-qualité des données est certainement sous-estimé aujourd'hui.

En soi, le dossier médical est une démarche de meilleure pratique en premier lieu car elle met en avant un fondamental dans toute approche système : la qualité et la disponibilité des données. Ceci étant, d'autres initiatives peuvent être complémentaires, voire indépendantes : les outils de détection et d'anticipation de la fraude, dans laquelle se trouvent notamment l'interconnexion de bases de données, les outils de datamining, les solutions d'authentification forte (type carte à puce), les modèles de prévisions, et la seconde famille à ne pas négliger, celle intégrant les ressources humaines et leurs compétences, notamment pour l'exercice des contrôles et de la répression mais aussi pour garantir une bonne ingénierie des outils et procédures.

L'ampleur du travail accompli ne doit pas cacher ce qu'il reste à faire dans tous les pays en matière de réglementation, d'organisation, de coopération, de formation, de définitions d'objectifs, de mesures, d'audit et même de communication auprès de tous les publics. Voir les longues listes d'actions et de recommandations données par les pays (Cour des Comptes pour la France) ou les organisations trans-nationales (EHFCN).

■ La qualité des données collectées d'abord

Le FORE américain met aussi particulièrement l'accent sur les investissements technologiques nécessaires et les méthodes de collectes de données, base de toutes analyses et détectations de qualité. L'organisation met en avant la nécessité d'apporter des solutions pour la cohérence des données, leur mise à disposition, leur protection, leur intégrité. Elle insiste sur la nécessité d'identifier fortement les acteurs, les authentifier, rendre responsables les acteurs par la non-répudiation et par conséquent d'élaborer un réseau numérique sûr avec comme composantes des certificats, signature électronique et PKI et donc la mise en place de schéma de type carte à puce. Le FORE met en avant la nécessité de ces composants qui permettent de mettre en place notamment les dossiers médicaux personnels électroniques.

Conclusion

- >> La lutte contre la fraude trouve ses **meilleures pratiques dans le cadre d'une approche systémique** et l'ensemble des composants (légaux, juridiques, techniques, organisationnels...) doivent évoluer harmonieusement. Tout comme l'est le système dans lequel elle se développe, la fraude doit être appréhendée de manière dynamique permanente.

Même si cette approche globale est longue, difficile et coûteuse dans un premier temps, le retour sur investissement est conséquent. La mise en place de système d'information cohérent et partagé a en particulier un **effet de levier sur la réduction des erreurs qui dépasse de loin la réduction de la fraude** en créant le cercle vertueux de l'efficacité, de la responsabilisation et de la transparence.

L'expérience des Etats-Unis et les succès du secteur bancaire doivent servir de guide, même si la transposition de certains aspects doit être analysée très précisément.

Le FORE adresse sept recommandations synthétiques générales au gouvernement Obama cette année.

- > Le partage d'information doit être encouragé
- > La consolidation des données et l'analyse en temps réel sont le fer de lance de la détection et de la prévention
- > Les contrôles de prépaiements et audits doivent augmenter fortement
- > Les organisations privées et publiques doivent protéger leurs assurés et suspendre ou rejeter les assurés fraudeurs
- > Les professionnels de santé fraudeurs doivent être sanctionnés par le retrait de leur droit à exercer
- > L'identité de tous doit être beaucoup mieux protégée
- > Les investissements dans l'innovation pour lutter contre la fraude (prévention, analyse, traitement..) doivent continuer

“Les résultats sont encore trop faibles et nous ne récupérons qu'une fraction des sommes volées... Les ressources juridiques, financières et technologiques doivent être à la hauteur de l'engagement fort du gouvernement. » FORE, 2011.

Chapitre 5 :

Recommandations pour la mise en œuvre

>> La lutte contre la fraude dans la conception même du système

Les technologies de l'information doivent être considérées comme la matière première nécessaire et indispensable à l'évolution des systèmes d'information de santé. Elles offrent un puissant effet de levier sur la lutte contre les erreurs et des résultats potentiellement significatifs sur la lutte contre la fraude et les abus.

La qualité des données par saisie automatique à la source, la protection de leur confidentialité et la question de l'identification des assurés (et, par là même, la protection de leurs droits) sont des constantes dans tous les systèmes de santé. Quoi de surprenant alors de trouver la technologie cartes à puce incluse dans la plupart des déploiements des programmes de solidarité et de santé dans le monde depuis vingt ans.

Néanmoins l'identification des acteurs, la dématérialisation et la génération des échanges numériques que permettent les cartes à microprocesseur des assurés et des professionnels de santé ne sont que des moyens pour faciliter la transformation de l'organisation. Les systèmes de santé conçus pour accélérer la dématérialisation des échanges (en particulier feuilles de soins) y réussissent largement. Les systèmes qui n'ont pas été conçus ou qui n'ont pas intégré la dimension « lutte contre fraude » offrent des résultats décevants et logiquement difficiles à mesurer dans ce domaine.

La carte à microprocesseur est donc un puissant catalyseur dans les projets où l'objectif de lutte contre la fraude est bien précisé et dans lesquels les moyens sont mis en œuvre pour tirer de cette technologie les éléments qui le renforceront. En ce sens, la lutte contre la fraude est bien portée par la volonté des hommes dans la conception du système et non par la technologie.

Dans chacun de nos projets santé, les effets de la technologie « carte » sont complètement dépendants de l'intention et de la capacité des organisations à l'utiliser. Cette technologie peut amplifier les capacités du système, déboucher sur des résultats impressionnants et modifier les pratiques.

Des systèmes d'information qui intègrent la lutte contre la fraude

Les années 2000 sont, dans ce contexte, des années charnières. Avant cette période, le seul cas d'usage de la mise en place des systèmes automatisés était la dématérialisation à des fins de productivité administrative voire outils de collaboration (feuille de soin et / ou ordonnance / données médicales etc...). Depuis les années 2000, la lutte contre la fraude est présente dans tous les nouveaux systèmes mis en place. La Slovénie est le précurseur de cette évolution. Le pays qui a démarré ses investissements dans l'e-Santé il y a vingt ans, dispose d'un des systèmes de santé le plus aboutis au monde.

Le plan stratégique « e-Santé 2010 » en place aujourd'hui représente la deuxième génération du système lancée au début des années 2000. Elle interconnecte les systèmes d'information de santé au niveau national, arantissant ainsi des services électroniques et des informations transparentes à l'ensemble des parties prenantes, de façon sécurisée et efficace.

En 2010, plus d'un milliard de demandes de remboursements électroniques ont été traitées en France (85 % des demandes au total), entraînant ainsi des économies de papier à hauteur de trois milliards de pages environ.

« En France, par exemple, les assurés utilisent la carte vitale depuis 1998 et le personnel administratif par établissement est inférieur de 67 % par rapport au personnel administratif des établissements américains ». Newsweek - Février 2010

En ce sens, les objectifs du programme Vitale sont largement atteints.

- >> La Slovénie a été un des premiers pays en Europe à introduire des cartes de santé à puce. Initié en 1996, le programme carte de santé slovène a été déployé à l'échelle nationale au cours de l'été 2000. ZZS, l'organisme national d'assurance santé de Slovénie responsable du système national de carte d'assurance-maladie, est l'intégrateur des systèmes et fournit les cartes aux citoyens. L'ensemble de la solution est compatible avec les infrastructures existantes.

Aujourd'hui, le pays renouvelle et met à jour les deux millions de cartes d'assurance-maladie électroniques déjà en circulation sur son territoire. En déployant des solutions d'e-Santé de dernière génération, la Slovénie améliore les services en ligne destinés aux professionnels de santé, en leur permettant de traiter plus rapidement leurs tâches administratives, d'échanger des données médicales et de communiquer avec les hôpitaux et l'ensemble des professionnels de santé, de manière simple et sécurisée.

- > Cette démarche permet l'intégration des divers métiers de la santé, décloisonnement de la vision du patient considéré comme un tout où les divers sous-dossiers interagissent, ainsi que le traitement amélioré des erreurs médicamenteuses.
- > Elle offre une vision statistique voire épidémiologique renforcée, une aide à la prise de décision et aux choix des orientations générales qui sont ainsi mieux étayées.
- > Elle améliore l'efficacité de la prévention et de la lutte contre la fraude avec de nouveaux mécanismes intégrés, une identification renforcée et des outils d'analyse.

La question de la validité des droits et de leur contrôle par exemple a été traitée avec un mécanisme simple dans la carte à puce de l'assuré : la gestion des dates de validité. Les règles suivantes ont été mise en place : trois mois de validité pour les étudiants et étrangers, un an pour les salariés du privé, trois ans pour les retraités et salariés du public.

L'assuré doit mettre à jour sa carte (principalement dans les pharmacies) avant la date d'expiration pour conserver l'utilisation de sa carte. Les droits deviennent donc caducs dans des limites acceptables pour tous.

- >> De même, l'Algérie dont le système de santé, issu du modèle français, a été complètement repensé en 2006-2007 et déployé entre 2009 et 2011, a su profiter des expériences européennes et intégrer dans le nouveau système, des mécanismes limitant en particulier les dépassements et l'utilisation répétitive abusive des cartes.

- L'Algérie a utilisé les mêmes concepts que la Slovénie mais y a ajouté des éléments nouveaux :
- > Compteur du montant des dépenses et blocage de la carte en cas de dépassement
 - > Compteur de transactions qui permet de limiter l'utilisation de la carte et d'éviter son utilisation pour frauder.

Ainsi un patient désirant visiter son médecin pour la quatrième fois de la semaine verra sa carte bloquée, rendant impossible le traitement de la transaction. Une visite préalable chez un médecin agréé de la CNAS permettra, moyennant explication, le déblocage du compteur.

Dans les derniers déploiements de la fin des années 2000, les questions d'identification sont devenues un problème majeur en particulier pour les pays mettant en place des systèmes d'assurance maladie pour la première fois. C'est le cas en Mauritanie en 2007, au Gabon en 2008 et au Mali prochainement. D'autres pays devraient d'ailleurs se lancer : Sénégal, Burkina Faso, Bénin ou Côte d'Ivoire.

Depuis 2009, le nouveau système de santé électronique algérien (CHIFA) est utilisé dans 48 districts (pays entier) et plus de 5 500 000 cartes CHIFA ont été émises. Plus de 13 500 praticiens sont identifiés au moyen de jetons (clefs USB munis d'un microprocesseur). Le pays a su profiter des expériences européennes et intégrer dans le nouveau système, des mécanismes limitant en particulier les dépassements et l'utilisation répétitive abusive des cartes.



- >> Pour le Gabon en particulier, il était clair en 2008 que tous les moyens devaient être mis en oeuvre pour éviter que le programme de couverture maladie ne se transforme en pôle d'attraction pour les ressortissants des pays voisins et que la générosité du programme ne le conduise pas à sa ruine par l'exploitation abusive des droits.

Dans cette perspective, les bénéficiaires sont donc nominativement identifiés pour que l'accès aux soins leur soit réservé. Il a été décidé que l'identification des assurés soit nominative avec la mise en place d'un numéro d'assuré Gabonais et que les droits soient « portés » par une carte à puce biométrique. Ainsi le Gabon a mis en place une authentification forte du porteur à base d'empreintes digitales : chaque patient doit présenter sa carte ainsi que son empreinte digitale pour avoir droit au tiers payant chez le professionnel de santé.

Aucune base de données centrale des empreintes digitales n'est nécessaire, la vérification étant réalisée hors ligne par le processeur de la carte à puce lui-même qui va comparer l'empreinte qu'il détient à celle que lui présente le lecteur de capture de l'empreinte du patient présent.

Enfin, les grands pays qui ont commencé les premiers la dématérialisation de leurs flux de remboursements à dématérialiser leurs procédures sont soit en phase de remplacement du système, soit en phase de réflexion de refonte.

En effet, l'Allemagne commence, fin 2011, le déploiement du nouveau système de carte de santé de deuxième génération qui prend en compte la lutte contre la fraude avec des mécanismes de vérification en ligne des droits, des schémas cryptographiques forts permettant l'authentification du porteur.

En France, l'assemblée nationale vient de finir son rapport contre la lutte à la fraude sociale et ses recommandations auront certainement des conséquences sur le système actuel.

Neuf recommandations tirées de l'expérience d'Eurosmart

1 - Prendre en compte le retour d'expérience des systèmes déjà en place et de leurs acteurs

La France dispose d'une bonne structure de base de données sur une longue période grâce à l'utilisation de la carte Vitale et cela se démontre grâce aux montants récupérés par la CNAM depuis 2007. Ces contrôles n'ont pu être effectués que sur des contrôles a posteriori, la précision des données étant clef pour effectuer des enquêtes.

Avec plus de dix ans d'historique, le système slovène est considéré comme étant encore « jeune » par les autorités slovènes. Néanmoins, suite à son introduction, des avancées en matière de lutte contre la fraude ont été réalisées.

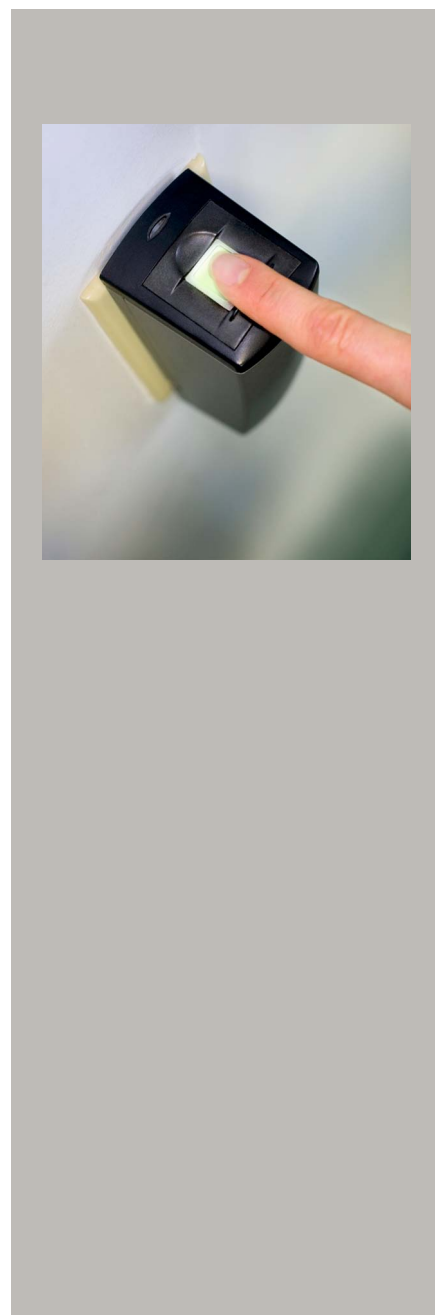
En Algérie, le système a permis de stopper la fraude organisée entre patient/professionnel de santé grâce aux mesures de contrôle liées au compteur de cumul de dépenses et sa comparaison à des plafonds de dépenses.

Au Gabon, le système est toujours en phase d'expérimentation mais l'utilisation des équipements carte/empreintes digitales permet de garantir l'identité de la personne couverte par l'assurance universelle.

2 - Mettre en place une organisation responsable de l'approche système global

C'est le cas des projets qui ont réussi un déploiement rapide et efficace. La Slovénie avec ZZZS et l'Algérie avec la CNAS ont un département dédié pour mettre en place la solution de bout en bout. Ce type d'équipe projet intégrée définissant les spécifications et le déploiement n'est pas présent dans les pays de plus grande taille comme la France et l'Allemagne, ces pays disposent de plusieurs organisations responsables de sous systèmes du système global.

Cette organisation « système global » est responsable de sa définition (légale, technique, procédure), sa mise en oeuvre, de ses résultats et de ses budgets.



3 - Dématérialiser et structurer les données administratives et médicales pour garantir une homogénéité des données récoltées en s'appuyant sur la carte

Le plus grand allié de la lutte contre les erreurs et la fraude est la saisie cohérente - automatique quand cela est possible - des données administratives et médicales.

Afin d'être utiles et pertinentes, les données stockées dans le dossier de santé électronique doivent être structurées et utiliser une terminologie et une sémantique médicales identiques. Pour être pratiques, elles doivent être facilement consultables par l'utilisateur.

Il est à noter que la France dispose d'une très bonne base de données et d'information sur les actes grâce à un taux de dématérialisation des feuilles de soin supérieur à 85% en 2011. Cette dématérialisation a permis une bonne connaissance des données administratives permettant ainsi un contrôle a posteriori performant.

Le système SES AM-Vitale a eu d'autres apports comme le codage des actes et des pathologies, qui a contribué à la médicalisation du système d'information de l'Assurance Maladie, nécessaire pour le calcul des remboursements, non seulement sur la base des données administratives de la facture, mais sur la base des soins et des actes prescrits.

4 - Mettre en place la technologie carte à microprocesseur pour généraliser les contrôles a priori simples et efficaces

Il s'agit d'utiliser la technologie pour les applications dans lesquelles elle excelle pour intégrer des mesures de contrôle dans :

- > la nature des soins
- > la validité des droits
- > l'authentification du porteur
- > le montant maximum (de la transaction, ou de la fréquence, du cumul etc...)
- > le nombre de transaction par mois

Il sera tout à fait possible dans une démarche « patient-centrique » de contrebalancer ces mesures de contrôle par des actions d'information vers l'assuré par SMS ou messagerie électronique. Il peut être aussi particulièrement intéressant d'informer l'assuré de l'usage de sa carte. « Votre carte vient d'être utilisée ». Encore une bonne pratique venant du monde bancaire pour les paiements à l'étranger par exemple.

C'est là qu'il y a probablement opportunité d'innovation en jouant la carte de la relation client et de la refondation du lien assuré-assurances sociales. Il est possible de mettre fortement en exergue le caractère « contractuel » et « responsable » de la démarche dans un équilibre parfaitement conforme à l'esprit original des devoirs et droits du contrat social fondateur.

5 - Ne pas transformer les professionnels de santé en force de police mais déléguer cette tâche à la technologie de la carte

Il sera beaucoup plus facile et confortable pour le professionnel de santé de s'en remettre à un processus de type compteur (Algérie : à partir de la quatrième visite de la semaine, le compteur de transaction bloque la carte).

Autre exemple, si les paramètres électroniques montrent un risque de fraude la transaction est annulée et le patient et/ou le professionnel de santé doivent utiliser une procédure alternative. La procédure dégradée doit elle aussi être sécurisée mais le niveau de service doit impliquer un effort plus important pour les deux parties pour « brider » la fraude potentielle.

6 - Mettre en place des procédures alternatives (version papier) mais garantir un fort niveau de sécurité

Lorsqu'une procédure alternative est nécessaire (absence de carte, de réseau,...), il est tout à fait possible de s'appuyer sur des pratiques qui ont fait leurs preuves en particulier à nouveau dans le secteur bancaire comme la fourniture de papier, formulaire produit par une organisation agréée intégrant des technologies comme la numérotation incrémentale, les hologrammes, les filigranes etc...

Les nouveaux codes barres sécurisés par cryptographie qui peuvent être utilisés notamment pour les ordonnances électroniques et lus lorsque le document est imprimé par les lecteurs de pharmacie (les mêmes que pour lire les codes barres des médicaments) sont également des moyens simples pour limiter la fraude, les abus et les erreurs dans la délivrance des médicaments (usages multiples, falsification avec ajouts...)

7 - Garantir un bon niveau de sécurité sur toute la chaîne

Comme dans tout système, la sécurité d'un système de santé est surtout liée à la résistance des maillons les plus faibles. Il est donc important de définir un système global sans faille de sécurité (procédure, communication).

Au niveau technique, seul des produits certifiés selon les standards internationaux (critères communs) devront être mise en place.

8 - Garantir la validité de l'identité (des patients et professionnels) grâce à un enrôlement face à face et sécurisé

Le point majeur dans tous les systèmes mis en place, c'est tout d'abord le besoin d'identification forte pour répondre à la question « qui paie pour qui et pour quoi ? ». L'identification est nécessaire pour une meilleure rationalisation des dépenses de santé, pour les contrôles et surtout pour pérenniser le système de sécurité sociale lui-même. « **Ce serait un leurre que de croire que la fourniture des prestations peut rester dans l'anonymat.** » selon un de nos interlocuteurs.

Ensuite, cette identification, par les droits de couverture santé qui en découlent, met en évidence l'importance des processus en amont en particulier la qualité de l'enregistrement des personnes (enrôlement) et des données d'identité (documents). Nous préconisons dans tous les cas, un enrôlement sécurisé dit « face-à-face » et la présentation de plusieurs documents d'identification pour garantir que le récipiendaire de la carte est bien le bon. La technologie protégera mieux le citoyen en luttant contre l'usurpation d'identité et de ce fait, l'accès indu aux prestations sociales dans le cadre de la protection des libertés individuelles et de la protection des données personnelles.

Enfin, les efforts d'enregistrement/délivrance de titre des citoyens comme ceux réalisés pour les passeports électroniques dans beaucoup de pays pourraient être mutualisés.

Il est évidemment souhaitable aussi d'éviter les duplications de technologies, des processus de vérification ou de gestion d'identité pour les projets d'envergure nationale comme la carte d'identité électronique, le passeport, le permis de conduire ou encore la carte de résident.

9 - Tirer parti de l'expérience des acteurs majeurs de l'industrie

Les organisations publiques et les organismes d'assurance maladie doivent s'appuyer sur l'expérience et le savoir-faire des partenaires technologiques de premier rang, ceux capables d'intégrer la puissance de l'informatique et en particulier des technologies de cartes à puce pour mieux lutter contre la fraude.

Les fournisseurs impliqués dans les programmes d'e-Santé, mais aussi dans les programmes nationaux d'identité électronique sont les mieux à même d'anticiper les questions d'enrôlement, de délivrance, de post-émission et de vérification électronique et de fédérer les ressources nationales d'autres programmes de modernisation du pays.

Ces mêmes partenaires assureront une plus grande efficacité dans la lutte contre la fraude grâce au partage des meilleures pratiques.

Enfin, les fournisseurs impliqués dans les initiatives d'e-Gouvernement ou de modernisation de l'Etat, permettront également à leurs clients de mieux s'intégrer aux autres initiatives nationales puisqu'ils participent à la définition des niveaux de sécurité et à l'interopérabilité des programmes.



Conclusion

>> La dématérialisation des processus et la numérisation des échanges de données accélérées par la carte sont deux formidables leviers de la modernisation des systèmes. De cette modernisation apporte de réels services et bénéfiques aux patients, assurés sociaux, professionnels de santé et organisations liées à la santé dans des conditions parfaitement compatibles avec les nouvelles règles de protection des données et des libertés personnelles.

Pourtant **cette technologie est largement sous-employée** aujourd'hui dans les domaines où elle excelle.

- > **L'identification sécurisée et l'authentification forte** des patients et des professionnels de santé, deux fonctions clefs de la carte à puce, devraient déjà être mises en oeuvre dans le secteur de la santé. Pourtant, cela n'est pas le cas dans de nombreux pays.
- > **Les services en ligne personnalisés** l'approche « assuré-centrique » par excellence, que permettraient l'usage d'une carte santé avec un identifiant numérique et une authentification par code PIN ou biométrique sont encore à l'état d'ébauche.
- > **Ses capacités de contrôle** sur les droits, leur validité dans le temps, **de comptage** pour les usages multiples sont largement sous-exploitées.
- > La dématérialisation et la numérisation des échanges de données médicales sont encore peu engagées. Pourtant, les cartes ont un rôle crucial à jouer dans la **création de bases de données homogènes** avec la lecture automatique de données, le stockage local confidentiel temporaire ou permanent de données complémentaires telles que groupe sanguin, allergies, les maladies chroniques et les traitements associés.

Les implémentations actuelles des services électroniques, avec leurs systèmes d'identification, de signature électronique et d'authentification électronique en place dans les pays européens et dans le reste du monde, démontrent clairement que les éléments clés (cartes à puce, infrastructure à clé publique, authentification...) d'une solution de système de santé moderne peuvent s'appuyer sur des technologies robustes et en mesure de générer les résultats à la hauteur des défis que posent la fraude, les abus et les erreurs.

Robuste, **la technologie de la carte à puce permet d'agir au coeur des mécanismes de fraude** avec souvent des investissements marginaux dans le domaine des infrastructures mais aussi sans changements majeurs pour les patients et les professionnels de santé. Cette technologie est un atout inestimable dans la lutte contre la fraude dans la santé et au service de l'efficacité sociale.

Annexe 1

FORE – Rapport sur l'impact des technologies dans l'amélioration de la lutte contre la fraude dans les systèmes de santé, septembre 2005.

Etat 1 (Status quo) : Pas de réseau national d'information (National Health Information Network). Quelques dossiers médicaux électroniques, des flux électroniques de demandes de remboursement, des bases de données mais pas d'agrégat de données cliniques et pas d'interopérabilité.

Etat 2 (Préliminaire) : Début du réseau national. Dans cette étape, les transactions cliniques comme les résultats de laboratoire, les ordonnances sont choses courantes, l'adoption des dossiers médicaux électroniques augmente mais il y a très peu d'interopérabilité.

Etat 3 (Intermédiaire) : Le réseau national de santé existe. L'interopérabilité entre outils et la fédération des serveurs de dossiers médicaux permettent l'échange et l'enregistrement de données cliniques entre professionnels. Les vocabulaires cliniques sont largement utilisés et ICD-10 (classification médicale pour le codage des maladies, signes et symptômes) a été mise en place. Des outils intelligents de codage sont mis en place pour les demandes de remboursement.

Etat 4 (Evolué) : Le réseau national de santé est largement utilisé. L'interopérabilité permet des agrégats de données cliniques, administratives et financières sur lesquels des outils d'analyse peuvent opérer pour détecter des profils de fraude.

Dans les tableaux suivants, la démarche globale de dématérialisation des données de santé a d'autres bénéfices que celui strictement de la lutte contre la fraude. Dans ce sens, l'institut de recherche intègre les coûts et les bénéfices « indirects » afin de permettre le calcul global d'un ROI.

Le modèle commence par évaluer le montant de la fraude par types et dans les 4 états du cycle de développement.

Les coûts de la fraude

On voit dans ce tableau un total cumulé de la fraude à 158 milliards en décroissance avec la maturité du système. On voit l'investissement spécifique croissant lié aux outils d'analyse (Intelligent costs and Analytic tools) pour plus de 6 milliards. On constate le poids prépondérant des fraudes liées à la faiblesse du contrôle des systèmes d'information : falsification d'identité / falsification sur les demandes de remboursement.	Tableau 1 – Coûts liés à la fraude		Maturité du système dans le monde (en millions)			
	Population : tous les États-Unis					
	295 743 134		1 - Statu quo	2 - Préliminaire	3 - Intermédiaire	4 - Évolué
	Coûts liés à la fraude					
	Vol d'identité (quel qu'en soit le motif)	1 166 \$	1 400 \$	1 050 \$	700 \$	
	Services contrefaits sous l'identité d'un fournisseur fictif	8 872 \$	5 323 \$	1 774 \$	237 \$	
	Services contrefaits sous l'identité d'un fournisseur réel	37 \$	48 \$	22 \$	7 \$	
	Services inutiles visant à gonfler le CA	25 878 \$	31 053 \$	10 351 \$	5 176 \$	
	Sur-cotation et présentation inexacte du traitement	22 181 \$	26 617 \$	4 436 \$	2 218 \$	
	Enquête et poursuites administratives	286 \$	343 \$	372 \$	400 \$	
	Enquête et poursuites non-commerciales	429 \$	515 \$	558 \$	601 \$	
	Coûts intelligents	- \$	450 \$	900 \$	1 080 \$	
	Outils analytiques	- \$	540 \$	540 \$	2 700 \$	
	SOUS-TOTAL	(58 849) \$	(66 289) \$	(20 003) \$	(13 118) \$	

Les investissements nécessaires pour lutter contre la fraude

Le tableau 2 détaille le coût de la qualification d'un système performant hors fraude : un montant colossal de près de 232 milliards dont près de 74% consacrant aux questions d'interopérabilité (organisation, procédures, référentiels techniques...) et 13% pour le stockage de données.	Tableau 2 – Coûts non liés à la fraude		Maturité du système dans le monde (en millions)			
	Population : tous les États-Unis					
	295 743 134		1 - Statu quo	2 - Préliminaire	3 - Intermédiaire	4 - Évolué
	Coûts non liés à la fraude					
	Investissements					
	Médecins	880 \$	968 \$	1 012 \$	1 056 \$	
	Hôpitaux	2 780 \$	3 058 \$	3 197 \$	3 336 \$	
	Autres fournisseurs	1 080 \$	1 188 \$	1 242 \$	1 296 \$	
	Charges d'exploitation					
	Médecins	240 \$	264 \$	276 \$	288 \$	
	Hôpitaux	720 \$	792 \$	828 \$	864 \$	
	Autres fournisseurs	380 \$	418 \$	437 \$	456 \$	
	Stockage de données	1 461 \$	5 843 \$	11 686 \$	14 607 \$	
	Coûts de transition d'interopérabilité					
	Médecins	- \$	4 355 \$	12 194 \$	13 936 \$	
	Hôpitaux	- \$	11 980 \$	33 544 \$	38 336 \$	
	Autres fournisseurs	- \$	8 130 \$	22 764 \$	26 016 \$	
	SOUS-TOTAL	(7 541) \$	(36 996) \$	(87 180) \$	(100 191) \$	

Bénéfices directs et indirects de la lutte contre la fraude

Tableau 3 – Avantages liés à la gestion de la fraude Population : tous les États-Unis 295 743 134	Maturité du système dans le monde (en millions)			
	1 - Statu quo	2 - Préliminaire	3 - Intermédiaire	4 - Évolué
Avantages liés à la gestion de la fraude				
Récupération de l'administration	1 144 \$	1 258 \$	2 860 \$	4 576 \$
Récupération du secteur privé	458 \$	504 \$	687 \$	916 \$
Conversion à ICD 10	- \$	- \$	90 \$	110 \$
Traçage numérique de la fraude	- \$	53 \$	111 \$	111 \$
Vérification par le patient du diagnostic et de la procédure	- \$	89 \$	185 \$	185 \$
Vérification par le fournisseur du diagnostic	- \$	1 800 \$	5 700 \$	8 400 \$
Certificats et signatures numériques	- \$	786 \$	1 638 \$	1 638 \$
Réduction du temps de récupération des dossiers	- \$	2 359 \$	5 504 \$	7 076 \$
Authentification	- \$	393 \$	819 \$	819 \$
ID uniquement pour les balayages de cartes	- \$	393 \$	819 \$	819 \$
Temps économisé en réclamations frauduleuses	131 \$	786 \$	2 621 \$	2 931 \$
SOUS-TOTAL	1 733 \$	8 422 \$	21 033 \$	28 581 \$

Les tableaux 3 et 4 montrent les gains dans la mise en œuvre du système.

On note que les bénéfices de lutte contre la fraude ne pèsent que 15% du bénéfice total.

Tableau 4 – Avantages non liés à la gestion de la fraude Population : tous les États-Unis 295 743 134	Maturité du système dans le monde (en millions)			
	1 - Statu quo	2 - Préliminaire	3 - Intermédiaire	4 - Évolué
Avantages non liés à la gestion de la fraude				
Données patient en temps réel pour les situations ER	1 271 \$	7 626 \$	12 710 \$	15 887 \$
Économie de temps sur vérification des droits	786 \$	4 717 \$	7 862 \$	9 828 \$
Moins de papier utilisé	322 \$	1 932 \$	3 221 \$	4 026 \$
Moins de personnel pour gérer le papier	1 048 \$	6 290 \$	10 483 \$	13 104 \$
Économie de temps pour le consommateur à recueillir les infos sur les allocations	89 \$	532 \$	887 \$	1 109 \$
Erreurs de médicament évitées	254 \$	1 525 \$	2 542 \$	3 177 \$
Erreurs cliniques évitées	444 \$	2 662 \$	4 436 \$	5 545 \$
Doubles diagnostics évités	2 597 \$	15 582 \$	25 969 \$	32 462 \$
Interventions chirurgicales inutiles évitées	844 \$	5 065 \$	8 442 \$	10 552 \$
Poursuites dues à des erreurs médicales évitées	36 \$	288 \$	432 \$	540 \$
Réductions des coûts médicaux par erreur/gaspillage	3 381 \$	20 294 \$	40 588 \$	50 735 \$
Réductions des coûts pharmaceutiques pour erreur/gaspillage	1 691 \$	10 147 \$	20 294 \$	25 368 \$
Moins de temps pour l'achat aux fournisseurs	177 \$	1 065 \$	1 774 \$	2 218 \$
Moins de temps pour le consommateur à gérer les dossiers médicaux	89 \$	532 \$	887 \$	1 109 \$
SOUS-TOTAL	13 031 \$	78 258 \$	140 528 \$	175 660 \$

Cette étude met en lumière trois aspects de la lutte contre la fraude, les abus et erreurs :

- > Les gisements de productivité dans la lutte systémique contre les erreurs sont encore plus importants que ceux de la fraude d'un facteur 5
- > Le partage des données en particulier le dossier médical électronique est un formidable levier de lutte contre la fraude et les erreurs
- > Il faudra investir sur une longue période pour tirer partie des technologies de l'information

Bibliographie et webographie

- Le site de Transparency International <http://www.transparency.org/>
- Le site du European Healthcare Fraud & Corruption Network (EHFCN) www.ehfcn.org
- Rapport annuel 2009-2010 de l' EHFCN http://www.ehfcn.org/media/documents/AR_May2010_final_email.pdf
- Organisation Mondiale de la Santé – dépenses de santé par pays
<http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/downloads/tables.pdf>
- Statistiques et données par pays de la Banque Mondiale <http://siteresources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/GDP.pdf>
- Présentation KKH Allianz (Allemagne) <http://www.kkh-allianz.de/filesserver/kkhallianz/files/1449.pdf>
- Site du Ministère de la santé allemande <http://www.bmg.bund.de/>
- Site de l'assureur AOK (Allemagne) www.aok.de
- Tranparency (Allemagne) http://www.transparency.de/uploads/media/Gesundheitspapier_Version_05.pdf
- Federal Bureau of Investigation (FBI – Etats-Unis)
Thème fraude/santé : http://www.fbi.gov/about-us/investigate/white_collar/health-care-fraud
Tendances : <http://www.fbi.gov/news/stories/2010/june/health-care-fraud/health-care-trends>
- Rapport 2010 sur les actions de lutte contre la fraude à la santé <http://oig.hhs.gov/publications/hcfac.asp>
- Livre blanc d'octobre 2010 de la National Health Care Anti-Fraud Association (Etats-Unis)
<http://www.sas.com/resources/asset/health-insurance-third-party-white-paper-nhcaa.pdf>
- FORE – Report on the Use of Health Information Technology to Enhance and Expand Health Care Anti-Fraud Activities – 09/05 (Etats-Unis) http://library.ahima.org/xpedio/groups/public/documents/ahima/bok1_031699.pdf
- L'affaire de la fabrique de pilules miracles du Kansas <http://i-sight.com/case-study/schneider-pill-mill-investigation/>
- Vols d'identité – Los Angeles Times <http://articles.latimes.com/2006/sep/25/business/fi-medid25>
http://www.smpresource.org/Content/NavigationMenu/AboutSMPs/MedicareFraudEstimatesAMovingTarget/Medicare_Fraud_Estimates.pdf
- Rapport au Congrès sur les erreurs, fraudes et abus – Programme Medicare du 29 juillet 2011
<http://www.gao.gov/products/GAO-11-592>
- Rapports 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011 sur la fraude sociale de Dominique Tian, député (France)
- L'usurpation d'identité ou l'art de la fraude sur les données personnelles, Guy de Felcourt, CNRS éditions, 2011 (France)
- Ministère de la santé (France) www.sante.gouv.fr
- Le Figaro 9 aout 2011 (France) Assurance-maladie : la fraude des professionnels pèse lourd
<http://www.lefigaro.fr/conjoncture/2011/08/09/04016-20110809ARTFIG00279-assurance-maladie-la-fraude-des-professionnels-pese-lourd.php>
- Le Figaro 21 juin 2011 (France) Les fraudes sociales estimées à 20 milliards d'euros par an
<http://www.lefigaro.fr/conjoncture/2011/06/21/04016-20110621ARTFIG00742-les-fraudes-sociales-estimees-a-20-milliards-d-euros-par-an.php>
- Assemblée Nationale (France) - en particulier
<http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i3603.asp>
- Cour des comptes
http://www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/RELFSS/Rapport_securite_sociale_2010_septembre_2010_chapitre_8.pdf
- NHS Counter fraud (Royaume-Uni) <http://www.nhscounterfraud.nhs.uk/noflash.html>
- PKF accountants (Royaume-Uni) measuring the cost of fraud (Mars 2011)
http://www.pkf.co.uk/pkf/news/press_release/measuring_the_cost_of_fraud&goto=5

A propos d'Eurosmart

Eurosmart est une association à but non-lucratif située à Bruxelles et représentant l'industrie de la Smart Security pour des applications multi-secteurs. Fondée en 1995, l'association est engagée en faveur de l'extension du marché des Objets Portables Sécurisés et du développement de solutions facilitant l'utilisation des services numériques tout en protégeant la vie privée et en luttant contre la fraude.

Ses membres sont des fabricants d'Objets Portables Sécurisés et de solutions basées sur des cartes à puces, des fabricants de semi-conducteurs, des chercheurs, des laboratoires et des associations travaillant au sein de groupes de travail (Communication, marketing, sécurité, identité électronique).

Eurosmart est considérée comme « La Voix de l'Industrie de la Smart Security » et est particulièrement impliquée dans les initiatives techniques et politiques, ainsi que dans les projets de recherche et de développement aux niveaux européen et mondial.

Les membres d'Eurosmart sont des entreprises (Austria Card, EM Electronic Marin, FNMT-RCM, Gemalto, Giesecke & Devrient, Infineon Technologies, Inside Secure, LFoundry, Morpho, NedCard, NXP Semiconductors, Oberthur Technologies, Prooftag, Renesas Electronics, Samsung, STMicroelectronics, Toshiba), des systèmes de paiement (GIE Cartes Bancaires, Mastercard), des laboratoires (CEA-LETI), des organismes de recherche (Fraunhofer AISEC), des associations (Smart Payment Association, Mobismart, Danish Biometrics) et des experts indépendants (Michel Koenig, Jonas Andersson).



Contact :

EUROSMART

Rue du Luxembourg 19-21

B-1000 Bruxelles

Tel. (+32) 2 506 88 38

Fax. (+32) 2 506 88 25

Email : eurosmart@eurosmart.com

Pour plus d'information, visitez le site www.eurosmart.com