



ASSEMBLÉE NATIONALE

13ème législature

prestations

Question écrite n° 45778

Texte de la question

M. Rudy Salles attire l'attention de M. le ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville sur la lutte contre la fraude à l'assurance maladie. Un vaste programme de contrôle des fraudes et des abus a été entrepris par l'assurance maladie en 2005. Ces fraudes sont extrêmement variées : factures indues d'hôpitaux à l'assurance maladie, actes fictifs facturés par des infirmiers libéraux, déclaration de revenus volontairement inexacts, fourniture abusive de médicaments par certains pharmaciens. Ce programme de lutte a permis de réaliser 10,4 millions d'euros d'économie en 2005, 60,6 millions d'euros en 2006, 125,5 millions d'euros en 2007 et 131,7 millions d'euros en 2008. Un nouvelle étape devrait engagée en 2009 et 2010 pour renforcer ces contrôles et responsabiliser les prescripteurs et les assurés. Il lui demande de préciser les grandes lignes d'amélioration de ce programme de lutte contre la fraude, les objectifs financiers pour les années à venir et les sanctions encourues par les fraudeurs.

Texte de la réponse

L'assurance maladie s'est lancée depuis plus de quatre années dans un vaste programme de contrôle des fraudes et des abus. Les chiffres témoignent des progrès importants accomplis en la matière : en 2008, les actions de lutte contre la fraude, les fautes et les abus ont permis à l'assurance maladie d'économiser près de 130 millions d'euros, soit un montant qui a plus que doublé en deux ans (60,6 millions d'euros en 2006). Pour 2009-2010, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) compte poursuivre ses efforts dans les quatre domaines principaux suivants : les établissements de santé, les arrêts de travail, les médicaments (respect de l'ordonnancier bizonne, traitements de substitution aux opiacés et méga-consommant) et autres prescriptions en nature (transports sanitaires, actes de masso-kinésithérapie, chirurgie esthétique). Par ailleurs, deux programmes nationaux spécifiques de contrôle, lancés en 2008, vont continuer à s'appliquer : l'un sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EPHAD), l'autre sur les transports sanitaires. Elle entend également pleinement utiliser l'arsenal juridique mis à sa disposition et qui s'est beaucoup renforcé ces dernières années, notamment en 2008 et 2009 ; ainsi : la procédure de mise sous accord préalable peut désormais être étendue à l'ensemble des actes et des produits prescrits par les médecins ; le dispositif des pénalités financières vient d'être amélioré afin de le rendre plus simple, plus rapide et plus dissuasif. Le champ d'application a, d'autre part, été étendu à d'autres infractions dont celles que vous mentionnez et à l'ensemble des parties prenantes de notre système de santé (assurés, professionnels de santé au sens large, établissements de santé, employeurs, laboratoires d'analyse, maisons de retraite, etc.). Enfin l'ensemble des caisses ont la possibilité de récupérer leurs indus, notamment ceux liés aux fraudes et aux abus, par la voie du recouvrement forcé. La CNAMTS s'est également fixée comme objectifs d'une part de mieux détecter les fraudes grâce en particulier à l'essor des échanges d'informations entre caisses et avec d'autres administrations et d'autre part d'obtenir plus de condamnations pénales et de pénalités financières. Enfin, en 2010, elle va mettre l'accent sur la formation de son personnel aux actions de lutte contre la fraude.

Données clés

Auteur : [M. Rudy Salles](#)

Circonscription : Alpes-Maritimes (3^e circonscription) - Nouveau Centre

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 45778

Rubrique : Sécurité sociale

Ministère interrogé : Travail, relations sociales, famille, solidarité et ville

Ministère attributaire : Santé et sports

[Date\(s\) clé\(e\)s](#)

Question publiée le : 31 mars 2009, page 3048

Réponse publiée le : 12 janvier 2010, page 371