

Professionnels de santé : un outil d'exploration des données pour cibler la fraude



© 2022 Les Echos Publishing

Selon la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), la fraude a coûté entre 286 et 393 M€ sur les 7,5 Md€ remboursés par l'Assurance maladie en 2021, soit un taux de fraude de 5 à 6,9 %. En 2020, la Cour des comptes avait, à ce sujet, constaté que l'Assurance maladie sous-estimait le montant des factures irrégulières versées aux professionnels et aux établissements de santé. Depuis, la CPAM a entamé des travaux pour lutter contre la fraude afin de mieux connaître les préjudices financiers par type de risque, mieux les détecter et les sanctionner, mais aussi renforcer la prévention.

Une évaluation détaillée des dépenses

La CPAM s'est ainsi d'abord intéressée à d'autres pays dotés d'organismes similaires pour voir comment ils évaluaient la fraude. Puis elle a procédé à une évaluation détaillée des postes de dépenses les plus importants grâce à l'analyse statistique, en commençant par la fraude des infirmières privées et l'assurance maladie complémentaire (ex-CMU). 10 700 dossiers ont ainsi été sélectionnés aléatoirement. Cette analyse des données informatiques par des outils sophistiqués a permis une détection plus efficace. La CPAM

prévoit de renforcer cette surveillance et de la généraliser, y compris sur les dépenses les moins importantes.

© 2022 Les Echos Publishing