

Professionnels de santé



Le dernier bilan de la Délégation nationale à la lutte contre la fraude (DNLF) fait état d'une hausse importante des fraudes à l'Assurance maladie pour l'année 2015, portant leur montant total à 240 millions d'euros.

C'est le 8^e bilan annuel proposé par la DNLF, dont l'objectif est de fournir une vision d'ensemble de l'action des acteurs de la lutte contre la fraude aux finances publiques. Sont notamment observées les fraudes aux prélèvements obligatoires (fraude fiscale, douanière, lutte contre le travail illégal), aux prestations sociales (maladie, famille/RSA/APL, retraite, chômage, assurance garantie salaires) et cotisations sociales (Acoss).

En ce qui concerne la fraude aux prestations sociales, le bilan s'alourdit avec une hausse de 46 % en 2015. Le niveau de fraude le plus important concerne les structures d'EHPAD et de HAD (88,5 millions d'euros, en hausse de 68 %), suivies des fraudes aux prestations en nature et soins de ville (hors médicaments) pour un montant de 82,7 millions d'euros (en recul, en revanche, de 7 %). Les fraudes et activités fautives commises par des professionnels de santé, des fournisseurs et des transporteurs ont, elles, représenté 130,8 M€ dont 27 % au titre des programmes nationaux.

Pour contrer ces fraudes, l'Assurance maladie privilégie les pénalités financières, sanction la plus appropriée, selon elle, dans la plupart des cas. 2 654 pénalités financières ont ainsi été demandées pour un montant global de 6 M€. Mais les

caisses peuvent également recourir à la voie pénale. Elles ont ainsi déposé 948 plaintes pénales au cours de l'année 2015 représentant plus de 40,9 M€ en demande de réparation des préjudices subis.

Pour consulter ce bilan : www.economie.gouv.fr

© 2017 Les Echos Publishing