

Professionnels de santé



Le bilan annuel de la Délégation nationale à la lutte contre la fraude à la Sécurité sociale vient de paraître. La fraude détectée par ses organismes a atteint pour 2013 la somme de 636,1 millions d'euros, soit une augmentation de 13 % par rapport à 2012, dont 174,64 millions d'euros (+12 %) pour la seule assurance-maladie.

La moitié de ces fraudes à l'assurance-maladie concerne des prestations surfacturées, voire fictives, de la part des professionnels de santé. Parmi les catégories professionnelles les plus épinglées, on compte les infirmiers (18,3 millions d'euros), les transporteurs sanitaires, ambulanciers, taxis (17,6 millions d'euros), les médecins généralistes et spécialistes (6,1 millions d'euros), les chirurgiens-dentistes (4,7 millions d'euros) et les pharmaciens (4,2 millions d'euros). Concernant les établissements de santé, ils accusent une fraude à hauteur de 65,8 millions d'euros. Enfin, concernant les fraudes commises par les assurés, c'est-à-dire les fraudes aux « droits et prestations en espèces », elles s'élèvent à 19,7 millions d'euros. Il s'agit le plus souvent de fausses déclarations d'indemnités journalières en cas d'arrêt de maladie ou de demandes non justifiées de pension d'invalidité.