



## 16ème législature

<b>Question N° : 18032</b>	<b>De M. Pierre Meurin ( Rassemblement National - Gard )</b>	<b>Question écrite</b>
<b>Ministère interrogé &gt; Santé et prévention</b>		<b>Ministère attributaire &gt; Santé et prévention</b>
<b>Rubrique &gt;assurance maladie maternité</b>	<b>Tête d'analyse &gt;Multiplication des fraudes à l'assurance maladie dans le Gard</b>	<b>Analyse &gt; Multiplication des fraudes à l'assurance maladie dans le Gard.</b>
Question publiée au JO le : <b>28/05/2024</b> Question retirée le : <b>11/06/2024</b> (fin de mandat)		

### Texte de la question

M. Pierre Meurin attire l'attention de M. le ministre délégué auprès de la ministre du travail, de la santé et des solidarités, chargé de la santé et de la prévention, sur la multiplication des fraudes à l'assurance maladie dans le Gard. En 2023, les fraudes à l'assurance maladie ont augmenté de 72 %, atteignant un préjudice de 4.8 millions d'euros. Les fraudes sont en hausse de 72 % par rapport à 2022. D'après Alain Chelloul, directeur de la Caisse primaire d'assurance maladie du Gard, en 2023, sur 187 000 dossiers ayant subi un contrôle « qualité », c'est-à-dire un contrôle visant principalement des erreurs du bénéficiaire, 14,29 % ont révélé des inexactitudes, pour un montant total de 10 millions d'euros, représentant une erreur moyenne de 370 euros par dossier. En parallèle, des contrôles « anti-fraude » ont été menés, avec des résultats plus alarmants ; cette fois, toujours pour la même année dans le Gard, la fraude moyenne pour un dossier était de 15 534 euros, soit 42 fois plus. Les assurés représentent 56 % des cas de fraude mais ils ne représentent que 15 % du montant total des 4,8 millions d'euros de fraude, utilisant des techniques comme la falsification de documents officiels ou encore l'usurpation d'identité, ces méthodes étant même vendues en kit à des particuliers souhaitant frauder l'assurance maladie. Enfin, 37 % des fraudeurs s'avèrent être des professionnels de santé, qui, grâce à des actes médicaux fictifs, de la surfacturation et des cas de facturation multiple, cumulent 80 % du montant total des fraudes, soit plus de 3,8 millions d'euros. Les lois de financement de la sécurité sociale de 2023 et 2024 ont permis d'instaurer des mesures plus sévères et d'augmenter les contrôles des sociétés ainsi que les effectifs de cyber enquêteurs. Les premiers résultats démontrent effectivement l'efficacité de ces mesures, notamment concernant les sociétés frauduleuses, mais est-ce suffisant ? Une sanction concernant l'annulation de la prise en charge des cotisations sociales sur les revenus frauduleux pour les professionnels de santé est-elle réellement dissuasive sachant qu'un praticien a été responsable d'une fraude de plus de 700 000 euros ? Il lui demande donc si le Gouvernement compte intensifier les techniques d'identification des fraudes et mettre en place des sanctions adaptées pour diminuer les fraudes et leur montant.