

ASSEMBLÉE NATIONALE

17 octobre 2022

PLFSS POUR 2023 - (N° 274)

Commission	
Gouvernement	

AMENDEMENT

N ° 2588

présenté par
le Gouvernement

ARTICLE 42

I. – Au début de l’alinéa 1, ajouter la référence :

« I. – ».

II. – En conséquence, après l’alinéa 1, insérer les neuf alinéas suivants :

« 1° A A l’article L. 133-4, le quatrième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « En contrepartie des frais de gestion qu’il engage lorsque l’observation des règles constatée est constitutive d’une fraude du professionnel, du distributeur ou de l’établissement, l’organisme d’assurance maladie recouvre auprès de ce dernier une indemnité équivalant à 10 % des sommes réclamées au titre des remboursements intervenus à tort. Cette indemnité est recouvrée dans les mêmes conditions que celles prévues au présent article. ».

« 1° B A l’article L. 133-4-1, le premier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « En contrepartie des frais de gestion qu’il engage lorsque le versement indu est le résultat d’une fraude de l’assuré, l’organisme d’assurance maladie recouvre auprès de ce dernier une indemnité équivalant à 10 % des sommes réclamées au titre des remboursements intervenus à tort. Cette indemnité est recouvrée dans les mêmes conditions que celles prévues au présent article. ».

« 1° C La troisième phrase de l’article L. 161-36-3 est complétée par les mots : « ou lorsque l’organisme d’assurance maladie porte plainte en application des dispositions du quatrième alinéa de l’article L. 114-9. ».

« 1° D Le dernier alinéa de l’article L. 162-15-1 est ainsi modifié :

« a) La première phrase du dernier alinéa est ainsi modifié :

« i) Les mots : « une sanction ou d’une condamnation devenue définitive » sont remplacés par les mots : « une pénalité ou d’une condamnation devenue définitive pour des faits à caractère

frauduleux ayant occasionné un préjudice financier au moins égal à huit fois le plafond mensuel de la sécurité sociale au détriment d'un organisme d'assurance maladie » ;

« ii) Les mots : « suspend d'office les effets de la convention après avoir mis à même le professionnel » sont remplacés par les mots : « place d'office le professionnel hors de la convention après l'avoir mis à même » ;

« b) Est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Au terme de la période de mise hors convention du professionnel de santé, celui-ci peut être de nouveau placé sous le régime conventionnel à la condition qu'il se soit préalablement acquitté des sommes restant dues aux organismes d'assurance maladie ou qu'il ait signé un plan d'apurement de celles-ci. ».

II. – En conséquence, à l'alinéa 3, supprimer les mots :

« des deux premiers alinéas ».

III. – En conséquence, procéder à la même suppression aux alinéas 5 et 7.

IV. – Compléter cet article par les neuf alinéas suivants :

« 4° A l'article L. 355-3, après le premier alinéa est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« En contrepartie des frais de gestion qu'il engage, lorsque le versement indu est le résultat d'une fraude du bénéficiaire, l'organisme payeur recouvre auprès de ce dernier une indemnité équivalant à 10 % des sommes réclamées au titre des prestations versées à tort. Cette indemnité est recouvrée dans les mêmes conditions que celles prévues au présent article. ».

« 5° A l'article L. 553-2, le premier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « En contrepartie des frais de gestion qu'il engage lorsque le versement indu est le résultat d'une fraude de l'allocataire, l'organisme payeur recouvre auprès de ce dernier une indemnité équivalant à 10 % des sommes réclamées au titre des prestations versées à tort. Cette indemnité est recouvrée dans les mêmes conditions que celles prévues au présent article. ».

« 6° A l'article L. 821-5-1, le premier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « En contrepartie des frais de gestion qu'il engage lorsque le versement indu est le résultat d'une fraude de l'allocataire, l'organisme payeur recouvre auprès de ce dernier une indemnité équivalant à 10 % des sommes réclamées au titre des prestations versées à tort. Cette indemnité est recouvrée dans les mêmes conditions que celles prévues au présent article. ».

« 7° A l'article L. 845-3, le premier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « En contrepartie des frais de gestion qu'il engage lorsque le versement indu est le résultat d'une fraude du bénéficiaire, l'organisme payeur recouvre auprès de ce dernier une indemnité équivalant à 10 % des sommes réclamées au titre des prestations versées à tort. Cette indemnité est recouvrée dans les mêmes conditions que celles prévues au présent article. ».

« II. – A l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles, le premier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « En contrepartie des frais de gestion qu'il engage lorsque le versement indu est le résultat d'une fraude du bénéficiaire, l'organisme payeur recouvre auprès de ce dernier une indemnité équivalant à 10 % des sommes réclamées au titre des prestations versées à tort. Cette indemnité est recouvrée dans les mêmes conditions que les indus recouverts au titre du présent article. ». »

« III. – Après le troisième alinéa de l'article L. 725-3-1 du code rural et de la pêche maritime, est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« « En contrepartie des frais de gestion qu'il engage lorsque le versement indu est le résultat d'une fraude de son adhérent ou d'un prestataire de santé, l'organisme de mutualité sociale agricole recouvre auprès de ce dernier une indemnité équivalant à 10 % des sommes réclamées au titre des prestations versées à tort. ».

« IV. – Les dispositions des 5° à 7° du I et celles du II entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2024. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

En premier lieu, l'amendement modifie le dispositif prévu par l'article 93 de la LFSS pour 2021, qui prévoyait une dérogation à l'obligation qui pèse sur l'assurance maladie de payer sous sept jours les factures présentées en tiers payant (sous peine de devoir s'acquitter d'une pénalité pour règlement tardif). Il prévoit que cette dérogation peut désormais s'appliquer non seulement lorsque le professionnel de santé a été sanctionné ou condamné pour fraude au cours des deux années précédentes, mais aussi lorsque la caisse est tenue de déposer une plainte pénale (c'est-à-dire pour des faits entraînant un préjudice au moins égal à huit plafonds de la sécurité sociale, soit un peu plus de 27 000 € en 2022). Cette mesure a vocation à s'appliquer dans le cas de pratiques manifestement abusives répétées et entraînant des préjudices importants pour l'assurance maladie. Elle évitera que le préjudice constaté ne s'accroisse de manière très significative le temps que la plainte pénale soit traitée par la Justice, en donnant aux caisses quelques jours supplémentaires pour vérifier les factures tenues pour suspectes avant de les payer.

En deuxième lieu, alors que l'article 42 étend le mécanisme de déconventionnement d'urgence à certaines autres professions (les pharmaciens d'officine, les fournisseurs de produits et prestations remboursables, les transporteurs sanitaires et les taxis conventionnés), il est proposé de leur rendre également applicable le mécanisme qui permet de déconventionner automatiquement un professionnel qui serait sanctionné ou condamné pour fraude deux fois en cinq ans. Les cas dans lesquels ce mécanisme viendrait à s'appliquer sont précisés par la loi : ils s'appliqueront en cas de fraude répétée ayant occasionné des préjudices au moins égaux à huit plafonds mensuels de la sécurité sociale.

En troisième lieu, cet amendement prévoit que le retour du professionnel ou du centre de santé sous le régime conventionnel soit conditionné au règlement de l'ensemble de ses dettes vis-à-vis de l'assurance maladie (indu, pénalité financière, trop remboursé, dommages et intérêts) ou à la conclusion d'un échéancier de paiement. Les règlements de l'assurance maladie seront alors effectués sur la base des tarifs d'autorité. Cette obligation de payer l'ensemble de leurs dettes s'appliquera également aux professionnels et centres de santé ayant été condamnés par une

juridiction pénale ou ordinaire à une interdiction d'exercer ou du droit de donner des soins ou de délivrer des prestations et qui, à ce titre, sont placés de fait et simultanément hors du cadre conventionnel ainsi que le prévoient les conventions.

Enfin, il est proposé dans cet amendement, lorsqu'une caisse de sécurité sociale demande le remboursement d'une somme versée à tort et en cas de fraude, d'appliquer une majoration de 10 % aux sommes dues. Cette indemnité forfaitaire permettra de tenir compte des frais de gestion engagés par les caisses en cas de fraude (par opposition à une erreur ou une omission non intentionnelle), dans un contexte où, les modes opératoires de fraudeurs se complexifiant, des moyens de plus en plus importants doivent être consacrés à la détection de la fraude. Cette mesure, qui permettra de faire peser une partie de ces frais de gestion sur les fraudeurs eux-mêmes, s'appliquera non seulement aux professionnels de santé, mais aussi aux assurés et bénéficiaires des prestations de sécurité sociale toutes branches confondues. Ces dispositions entreront en vigueur au 1er janvier 2024 pour les prestations versées par les CAF.