

ASSEMBLÉE NATIONALE

20 octobre 2023

PLFSS POUR 2024 - (N° 1682)

Commission	
Gouvernement	

Tombé

AMENDEMENT

N° 3266

présenté par

M. Zgainski, Mme Bergantz, M. Turquois, Mme Maud Petit, Mme Babault, M. Balanant, Mme Bannier, M. Berta, M. Blanchet, M. Bolo, M. Bourlanges, Mme Brocard, M. Bru, M. Cosson, M. Croizier, M. Cubertafon, Mme Darrieussecq, M. Daubié, Mme Desjonquères, M. Esquet-Goxes, Mme Ferrari, Mme Folest, M. Fuchs, Mme Gatel, M. Geismar, Mme Perrine Goulet, M. Gumbs, M. Isaac-Sibille, Mme Jacquier-Laforge, Mme Josso, M. Laqhila, Mme Lasserre, M. Latombe, M. Lecamp, M. Leclercq, Mme Lingemann, Mme Luquet, M. Mandon, M. Martineau, M. Mattei, Mme Mette, M. Millienne, Mme Morel, M. Ott, M. Pahun, M. Frédéric Petit, Mme Poueyto, M. Ramos, Mme Thillaye, Mme Vichnievsky et M. Falorni

ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 7, insérer l'article suivant:**

L'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa, les mots : « le cas échéant, s'il peut être identifié, » sont supprimés ;

2° Après le même alinéa, sont insérés trois alinéas ainsi rédigés :

« Réciproquement, l'organisme d'assurance maladie complémentaire, lorsqu'il a connaissance d'informations ou de faits pouvant être de nature à constituer une fraude, informe l'organisme local d'assurance maladie.

« Pour la mise en œuvre des dispositions des deuxième et troisième alinéas du présent article, les organismes précités peuvent recourir à un ou plusieurs intermédiaires conjointement désignés.

« Ces intermédiaires sont habilités selon des modalités définies par décret. » ;

3° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Les organismes d'assurance maladie complémentaire sont également avisés de cette plainte dès lors qu'elle concerne l'assurance maladie, directement ou par la voie d'un ou plusieurs intermédiaires conjointement désignés, tels que prévus au quatrième alinéa du présent article. Ils

sont informés notamment de l'objet de la plainte, du parquet saisi de la plainte et du numéro de procédure ainsi que de la suite donnée par le parquet le cas échéant. Les conditions de transmissions des informations personnelles et médicales des assurés sont déterminées par voie réglementaire après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés et de la Haute Autorité de santé. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les complémentaires santé ont intérêt légitime à lutter contre la fraude. Ils agissent en ce sens depuis de nombreuses années en particulier dans les domaines où ils sont les premiers financeurs (optique, audiologie et dentaire notamment) et ont développé des services et outils anti-fraude sécurisés et parfaitement conformes aux RGPD et aux recommandations en matière de protections des données.

Nécessairement, en remboursant une part complémentaire ou supplémentaire à celle prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, ils ont des intérêts communs avec les caisses primaires d'assurance maladie. Mais aujourd'hui, faute de dispositions légales permettant de rendre effective et opérationnelle une collaboration entre assurance maladie de base et complémentaire dans la lutte contre la fraude, ils agissent en parallèle.

Le code de la sécurité sociale prévoit pourtant bien une information de l'organisme local d'assurance maladie (caisse primaire) vers l'organisme complémentaire en cas de procédure en matière de fraude. L'article L.114-9 du code de la sécurité sociale (alinéa 2) stipule en effet : « L'organisme local d'assurance maladie informe le cas échéant, s'il peut être identifié, l'organisme d'assurance maladie complémentaire de la mise en œuvre de la procédure visée au présent article ».

Cette disposition a été introduite par la LFSS pour 2008 avec comme objectif affiché d'initier une « coordination étroite des régimes obligatoires et des organismes complémentaires sur la fraude ».

Mais, il est constaté sur le terrain que cette disposition n'est pas suffisante :

- Elle n'est pas complètement opérante : la pluralité des organismes complémentaires présents peut constituer un frein (par exemple dans le cas d'une fraude touchant de nombreux assurés)
- Elle ne permet pas la réciprocité en matière d'information alors que les organismes complémentaires initient des démarches identiques dont les CPAM pourraient profiter au quotidien.
- Il n'est prévu aucune procédure d'information des organismes complémentaires sur les fraudes avérées et les plaintes en cours : on l'a constaté dans plusieurs cas récents de fraudes de centres dentaires, les organismes obtiennent l'information par voie de presse et celle-ci est insuffisante pour permettre d'initier eux-aussi une procédure.

L'objet de cet amendement est donc de prévoir une amélioration des dispositions existantes :

-
- Il simplifie la procédure d'information existante et y propose une réponse opérationnelle en prévoyant la possibilité de recourir à un ou plusieurs intermédiaires conjointement désignés et habilités selon un cahier des charges défini réglementairement
 - Il duplique à l'identique la procédure en réciprocité pour permettre aux organismes complémentaires de transmettre de l'information aux caisses primaires en matière de lutte contre la fraude
 - Enfin, il complète l'existant sur les fraudes avérées et les plaintes en cours en élargissant la procédure d'information existante aux organismes complémentaires et en précisant les éléments nécessaires à minima.

L'évolution de l'article L.114-9 du Code de la Sécurité sociale est dans l'intérêt de tous : dans l'intérêt des organismes de sécurité sociale qui pourront améliorer leurs actions dans les domaines largement investis par les organismes complémentaires et ainsi économiser plusieurs millions d'euros supplémentaires ; dans l'intérêt des organismes complémentaires et de leurs assurés qui bénéficieront d'actions menées de concert avec le régime de base.

Cet amendement s'inscrit dans la continuité de la mesure 31 de la feuille de route du plan « Lutte contre toutes les fraudes aux finances publiques » qui mentionne la nécessité de renforcer la coopération entre l'assurance maladie et les organismes complémentaires dans le cadre du PLFSS pour 2024.

La lutte contre la fraude est un enjeu national pour lequel organismes de sécurité sociale et complémentaires doivent travailler de pair pour gagner en efficacité et en rapidité et ainsi garantir la pérennité de notre système de protection sociale.

Les conditions de transmissions des informations personnelles et médicales des assurés sont déterminées par voie réglementaire après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés et de la Haute Autorité de santé