

ASSEMBLÉE NATIONALE

17 mars 2015

SANTÉ - (N° 2302)

Adopté

AMENDEMENT

N ° AS1725 (Rect)

présenté par
le Gouvernement

ARTICLE 18

Rédiger ainsi cet article :

« I. – Le déploiement du mécanisme du tiers payant permettant de pratiquer la dispense d'avance de frais pour les bénéficiaires de l'assurance maladie s'effectue, sous les conditions et garanties fixées par le présent article, selon les modalités suivantes :

« 1° À compter du 1^{er} juillet 2016, les professionnels de santé exerçant en ville peuvent appliquer le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée au 3° et 4° de l'article L. 322-3, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi qu'aux bénéficiaires de l'assurance maternité, sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. L'ensemble des organismes d'assurance maladie est tenu de mettre en œuvre le tiers payant effectué par ces professionnels ;

« 2° À compter du 31 décembre 2016, les professionnels de santé exerçant en ville appliquent le tiers payant à l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée au 3° et 4° de l'article L. 322-3, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi qu'à l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maternité, sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ;

« 3° Au plus tard le 31 octobre 2015, les caisses nationales d'assurance maladie, les mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance transmettent conjointement au ministre chargé de la sécurité sociale un rapport présentant les solutions techniques permettant la mise en place du mécanisme du tiers payant simultanément sur les parts couvertes par les régimes obligatoires d'assurance maladie et les organismes d'assurance maladie complémentaire au profit de l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie. Il inclut nécessairement le déploiement d'une solution technique commune permettant d'adresser aux professionnels de santé ayant fait ce choix un flux unique de paiement. Ce rapport, établi notamment au vu des attentes exprimées par les professionnels de santé, mentionne les calendriers et modalités de test des solutions envisagées au cours de l'année 2016, en vue de parvenir à ouvrir à tous le bénéfice effectif du tiers payant à compter du 1^{er} janvier 2017 ;

« 4° À compter du 1^{er} janvier 2017, les professionnels de santé exerçant en ville peuvent appliquer le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et sur celle couverte par leur organisme d'assurance maladie complémentaire. L'ensemble des organismes d'assurance maladie ainsi que les organismes d'assurance maladie complémentaire pour le bénéfice des dispositions de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale sont tenus de mettre en œuvre le tiers payant effectué par ces professionnels ;

« 5° À compter du 30 novembre 2017, les professionnels de santé exerçant en ville appliquent le tiers payant à l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie sur les dépenses mentionnées au 4°.

« II. - Le déploiement du tiers payant fait l'objet de rapports sur les conditions de son application, qui sont transmis au ministre chargé de la sécurité sociale :

« 1° Au 30 novembre 2016 par la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, en lien avec les organismes nationaux des autres régimes d'assurance maladie, pour son application aux bénéficiaires mentionnés au 1° du I ;

« 2° Avant le 30 septembre 2017 par les caisses nationales d'assurance maladie, les mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance pour le déploiement mentionné au 4° du I.

« III. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

« 1° L'article L. 133-4 est ainsi modifié :

« a) Après le septième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé : « Si le professionnel ou l'établissement, n'a ni payé le montant réclamé ni produit d'observations et sous réserve qu'il n'en conteste pas le caractère indu, l'organisme de prise en charge peut récupérer ce montant par retenue sur les versements de toute nature à venir. » ;

« b) Au dernier alinéa le mot : « trois » est remplacé par le mot : « quatre » ;

« 2° L'article L. 161-1-4, est complété par un alinéa ainsi rédigé : « Les dispositions du présent article ne peuvent, conformément aux dispositions de l'article L. 161-15-1 du présent code, avoir de conséquences sur le service des prestations en nature de l'assurance maladie que pour les seules situations touchant au non-respect de la condition de résidence mentionnée à l'article L. 380-1 dudit code. » ;

« 3° Au début de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 322-1, sont insérés les mots : « Elle est versée au professionnel de santé dans le cadre du mécanisme du tiers payant ou » ;

« 4° L'article L. 315-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé : « VI. - Le service du contrôle médical transmet, sauf opposition du bénéficiaire, les informations de nature médicale qu'il détient, notamment le protocole de soins mentionné à l'article L. 324-1 du présent code, en cas de changement d'organisme ou de régime d'assurance maladie, au nouveau service en charge du contrôle médical dont relève l'assuré. » ;

« 5° L'article L.322-2 est ainsi modifié :

« a) au septième alinéa, les mots : « versée directement par l'assuré à la caisse d'assurance maladie ou être récupérée par elle auprès de l'assuré sur les prestations à venir. » sont remplacés par les mots : « payée directement par l'assuré à l'organisme d'assurance maladie, prélevée sur le compte bancaire de l'assuré après autorisation de ce dernier ou encore récupérée par l'organisme d'assurance maladie sur les prestations de toute nature à venir. Ce décret fixe également les modalités de recueil de l'autorisation de l'assuré de prélèvement sur son compte bancaire et de renoncement à cette autorisation. » ;

« b) au treizième alinéa, les mots : « versées directement par l'assuré à l'organisme d'assurance maladie dont il relève ou peuvent être récupérées par ce dernier auprès de l'assuré sur les prestations de toute nature à venir » sont remplacés par les mots « payées, prélevées ou récupérées selon les modalités prévues au dernier alinéa du II ci-dessus » ;

« 6° La quatrième section du chapitre premier du titre VI du livre premier, est complétée par deux articles L. 161-36-3 et L. 161-36-4 ainsi rédigés :

« *Art. L. 161-36-3.* – Lorsque le professionnel de santé applique le tiers payant, le paiement de la part prise en charge par l'assurance maladie est garanti, dès lors qu'il utilise la carte électronique de l'assuré mentionnée à l'article L. 161-31 du présent code et qu'elle ne figure pas sur la liste d'opposition prévue par cet article. Ce paiement intervient dans un délai maximum fixé par décret. Ce décret fixe également les cas dans lesquels le paiement peut être garanti au professionnel s'il est amené exceptionnellement à pratiquer le tiers payant au vu d'autres justificatifs de droits.

« Le non respect de ce délai ouvre droit pour le professionnel de santé concerné, sans préjudice des sommes dues, au versement d'une pénalité selon des modalités fixées par décret.

« Les délais de paiement de chaque organisme d'assurance maladie font l'objet d'une publication périodique dans des conditions définies par décret.

« Les organismes d'assurance maladie fournissent au professionnel de santé les informations nécessaires au suivi du paiement de chaque acte ou consultation pour lequel il a pratiqué le tiers payant. » ;

« *Art. L 161-36-4.* – Pour bénéficier du tiers payant chez un professionnel de santé exerçant en ville, l'assuré doit remplir les conditions suivantes :

« 1° Présenter au professionnel de santé la carte électronique mentionnée à l'article L. 161-31 du présent code ;

« 2° Avoir donné l'autorisation prévue au II de l'article L. 322-2 dudit code ;

« 3° S'agissant des actes et prestations dispensés par les médecins, ne pas se trouver dans l'une des situations prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3 ;

« 4° S'agissant de la délivrance de médicaments, respecter les conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7 du présent code. » ;

« 7°. - Au premier alinéa de l'article L. 871-1, après la quatrième occurrence du mot : « code », sont insérés les mots : « , qu'elles permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, ».

« IV. - Les dispositions du 7° entrent en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017. ».

« V - L'assurance maladie assume la mission générale de pilotage du déploiement et de l'application du tiers payant. Elle assure, en liaison avec les organismes d'assurance maladie complémentaire, la cohérence et la performance des dispositifs permettant aux professionnels de santé de mettre en œuvre ce mécanisme au profit des bénéficiaires de l'assurance maladie.

EXPOSÉ SOMMAIRE

A l'issue de la concertation qui s'est tenue au cours du 1^{er} trimestre 2015 avec les professionnels de santé et les organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire, le Gouvernement a décidé de préciser les modalités d'extension du tiers payant.

Le présent amendement, qui substitue de nouvelles dispositions à celles prévues initialement à l'article 18 du projet de loi, permet :

-de fixer les étapes du déploiement du tiers payant avec dans un premier temps une phase volontaire pour les patients pris en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire (ALD et maternité) à compter du 1^{er} juillet 2016 avant de devenir un droit pour les patients au 31 décembre 2016. Dans un second temps, un tiers payant sur la base du volontariat pour l'ensemble des assurés à compter du 1^{er} janvier 2017 sur la base des solutions techniques dégagées par le rapport demandé à l'assurance maladie et aux organismes complémentaires pour le dernier trimestre 2015 dans l'objectif de devenir un droit au 30 novembre 2017 ;

-de fixer les garanties de paiement dans des délais rapides pour les professionnels de santé ;

- de fixer les conditions de bénéfice du tiers-payant pour les assurés ;

- d'adapter les textes actuels relatifs notamment à la prise en charge et au remboursement des dépenses par les caisses de sécurité sociale et au recouvrement des franchises et les participations forfaitaires à la pratique du tiers payant par les professionnels de santé ;

- de simplifier les procédures relatives aux renouvellements et aux modifications des droits des assurés afin de faciliter leur continuité.

- de réaffirmer le rôle majeur de l'assurance maladie dans la gestion des dispositifs de prise en charge des bénéficiaires de l'assurance maladie et lui confie la mission générale de pilotage d'ensemble du tiers payant.