

ASSEMBLÉE NATIONALE

5 novembre 2015

SANTÉ - (N° 3103)

Adopté

AMENDEMENT

N ° AS234

présenté par

M. Sirugue, M. Le Roux, M. Aylagas, M. Alexis Bachelay, M. Bapt, Mme Biémouret, Mme Bouziane-Laroussi, Mme Bulteau, Mme Carlotti, Mme Carrey-Conte, Mme Clergeau, M. Cordery, Mme Michèle Delaunay, Mme Françoise Dumas, M. Ferrand, rapporteur M. Gille, M. Grandguillaume, M. David Habib, Mme Huillier, M. Hutin, Mme Hélène Geoffroy, rapporteure Mme Iborra, M. Issindou, Mme Khirouni, Mme Lacuey, Mme Le Houerou, Mme Lemorton, M. Liebgott, Mme Louis-Carabin, M. Olive, Mme Orphé, M. Ribeaud, M. Robiliard, M. Sebaoun, rapporteur M. Touraine, rapporteur M. Vlody et les membres du groupe socialiste, républicain et citoyen

ARTICLE 18

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

« I A. - 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 au 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 aux 3° et 4° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, 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 aux bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée aux 3° et 4° du même 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 ;

« 3° Les caisses nationales d'assurance maladie, les mutuelles, les institutions de prévoyance et les 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 sur celles couvertes par 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 est établi notamment au vu des attentes exprimées par les professionnels de santé. Il détermine et évalue la faisabilité opérationnelle et financière des solutions techniques permettant d'assurer aux professionnels de santé la simplicité de l'utilisation, la lisibilité des droits et la garantie du paiement. Il mentionne les calendriers et les 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. Le rapport sera remis au plus tard dans un délai d'un mois à compter de la promulgation de la présente loi ;

« 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 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°.

« I B. - 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, un rapport 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 A ;

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

« II. - 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 :

« Le présent article ne peut, conformément à l'article L. 161-15-1, 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. » ;

« 3° Au début de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 322-1, sont ajoutés 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 VI 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, en cas de changement d'organisme ou de régime d'assurance maladie, au nouveau service chargé du contrôle médical dont relève l'assuré. » ;

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

« a) Le dernier alinéa du II est ainsi modifié :

« - après la première occurrence du mot : « être », la fin de la première phrase est ainsi rédigée :
« 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. » ;

« - après la même première phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« 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) Après la première occurrence du mot : « être », la fin de la première phrase du sixième alinéa du III est ainsi rédigée : « payées, prélevées ou récupérées selon les modalités prévues au dernier alinéa du II. » ;

« 6° La section 4 du chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} est complétée par des articles L. 161-36-3 et L. 161-36-4 ainsi rétablis :

« *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 et qu'elle ne figure pas sur la liste d'opposition prévue au même article. Ce paiement intervient dans un délai maximal 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 du délai mentionné au premier alinéa 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 ;

« 2° Avoir donné l'autorisation prévue au II de l'article L. 322-2 lorsque le montant dû par le bénéficiaire au titre des II et III du même article excède un seuil fixé par décret et n'a pas été acquitté ;

« 3° S'agissant des actes et des 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. » ;

« 7° À l'article L. 162-21-1, après le mot : « hospitalisation », sont insérés les mots : « et des frais relatifs aux actes et consultations externes mentionnés aux articles L. 162-26 et L. 162-26-1 ».

« III. - À l'article L. 725-3-1 du code rural et de la pêche maritime, le mot : « huitième » est remplacé par le mot : « neuvième » et les mots : « du neuvième » sont remplacés par les mots : « de l'avant-dernier ».

« IV. - L'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

« 1° À la première phrase du premier alinéa, après la dernière 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, » ;

« 2° Au deuxième alinéa, les mots : « et des actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation mentionnée à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique. Elles prévoient également l'exclusion totale ou partielle » sont remplacés par les mots : « ainsi que ».

« V. - Le 1° du IV entre en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017.

« VI. - 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. Un décret définit les conditions dans lesquelles un comité de pilotage, composé de représentants de l'État, des organismes d'assurance maladie, des organismes d'assurance maladie complémentaire, des professionnels de santé et des usagers du système de santé, évalue le déploiement et l'application du tiers payant, identifie les difficultés rencontrées par les professionnels de santé et formule, le cas échéant, les préconisations d'amélioration. ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement de rétablissement de l'article adopté par l'Assemblée nationale.

Selon l'IRDES en juin 2014, le renoncement aux soins pour des raisons financières étaient de 47,1 % sur les soins dentaires, de 26,1 % sur les lunettes et lentilles, de 14,5 % sur les consultations des médecins. Cet article vise donc à améliorer l'accès aux soins en généralisant le tiers payant. Rappelons que 63 % des Français sont favorables à cette mesure.

La mise en œuvre du Tiers payant se fera progressivement avec un certain nombre de garanties pour les professionnels :

- Un dispositif sécurisé pour les médecins : une garantie de paiement dans un délai maximum de 7 jours sera inscrite dans le projet de loi. Si le délai venait à ne pas être respecté, l'assurance maladie paiera des pénalités de retard au médecin.
- Une obligation de transparence sur les délais moyens de paiement de chaque caisse primaire sera mise en place. On saura ainsi sur tout le territoire comment cela fonctionne.
- Un calendrier de mise en œuvre progressif :
 - o le 1^{er} juillet 2015 : le tiers payant est étendu aux bénéficiaires de l'Aide à la complémentaire santé (ACS)
 - o le 1^{er} juillet 2016 : le tiers payant est mis en service pour les patients pris en charge à 100% : ceux qui ont une affection de longue durée (ALD) et les femmes dans le cadre de leur maternité. Cela correspond à 15 millions de Français, et à 50% des actes réalisés dans notre pays.
 - o le 31 décembre 2016 : le tiers payant devient un droit pour l'ensemble des patients pris en charge à 100%
 - o le 1^{er} janvier 2017 : un dispositif opérationnel de tiers payant pour tous les Français est mis à disposition des médecins.
 - o fin 2017, après une période d'adaptation et de rodage, le tiers payant devient un droit pour tous les Français.

L'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire travaillent conjointement à sa mise en œuvre technique, autour de 4 objectifs :

- Un interlocuteur unique pour le professionnel de santé
- Une garantie de paiement pour le professionnel de santé
- Une garantie de délai de paiement pour le professionnel de santé
- Une simplification administrative pour le professionnel de santé

Un rapport sera remis à la ministre au plus tard un mois après la promulgation de la loi.