

**ASSEMBLÉE NATIONALE**

6 novembre 2015

SANTÉ - (N° 3103)

Adopté

**AMENDEMENT**

N° AS367

présenté par  
Mme Laclais, rapporteure

-----

**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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> du titre VI du livre I<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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

Le présent amendement vise à rétablir l'article adopté en première lecture par l'Assemblée nationale. Cet article a pour objet l'amélioration de l'accès aux soins grâce à la généralisation progressive du tiers payant à l'ensemble des patients, afin que ces derniers bénéficient des soins dont ils ont besoin et ce, quelle que soit leur situation.

L'article 18 définit un cap et les objectifs de déploiement du tiers payant avec des garanties pour les professionnels, qui devront être satisfaites pour chacune de ces étapes :

- dans un premier temps une phase volontaire pour les patients pris en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire à compter du 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> janvier pour devenir un droit au 30 novembre 2017.

Pour respecter ces objectifs, l'article pose une méthode et un certain nombre de jalons opérationnels. À ce titre, l'article 18 dispose qu'un rapport établi par les caisses nationales d'assurance-maladie et les organismes complémentaires définira les modalités opérationnelles du fonctionnement simple et sécurisé du tiers payant généralisé.

Les travaux sur l'élaboration de ce rapport sont en voie d'achèvement. Afin de laisser le temps de la concertation avec les professionnels sur les solutions techniques qui pourraient être proposées, le rapport devrait être finalisé et transmis au ministre chargé de la sécurité sociale dans les prochaines semaines. Néanmoins, afin d'être en cohérence avec le calendrier de la loi, le présent article prévoit que le rapport sera remis au plus tard un mois après la date de promulgation de la loi.