

ASSEMBLÉE NATIONALE

15 octobre 2021

PLFSS POUR 2022 - (N° 4523)

Commission	
Gouvernement	

Non soutenu

AMENDEMENT

N° 826

présenté par

Mme Bassire, M. Brun, Mme Anthoine, M. Kamardine, M. Cattin, M. Jean-Claude Bouchet,
M. Sermier, M. Serva et Mme Sage

ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 41, insérer l'article suivant:**

Le 7° de l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rétabli :

« 7° Les différents éléments devant se trouver dans la note récapitulant l'ensemble des actes effectués et facturés en tiers-payant à l'assurance maladie, laquelle est donnée au patient à l'issue de son passage dans le centre de santé. De plus, il y a une obligation de validation par le conseil de l'ordre pour l'ouverture d'un centre de santé ayant une activité en ophtalmologie ainsi qu'une accréditation annuelle du conseil de l'ordre. La nomination d'un médecin ophtalmologiste responsable est obligatoire au sein de chacune des structures. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Dans son rapport annuel Charges et Produits 2021, l'Assurance Maladie a attiré l'attention sur des pratiques de facturation anormales, avec suspicion de fraudes, d'abus de cotation, voire d'actes non pertinents, dans certains nouveaux centres de santé se concentrant sur l'activité ophtalmologique. Il en est de même dans certains centres de santé dentaire. Ainsi en 4 ans, si le nombre de patients a doublé, les dépenses pour la collectivité ont été multipliées par 3,5 ! Ces résultats font craindre que le tiers payant soit utilisé dans certains centres de santé ophtalmologique pour surfacturer et multiplier les actes. Les patients ne se rendant pas compte du coût réel de la séance d'examen qui peut largement dépasser les 100 euros pour un simple contrôle visuel. La situation est aggravée par l'absence de facture délivrée au patient. Parfois les actes sont facturés à l'Assurance Maladie sur plusieurs jours, alors que le patient n'est venu qu'une fois.

Outre la CNAM au travers de son rapport Charges et Produits, les organisations représentatives des

professionnels concernés (orthoptistes, ophtalmologistes) se sont émus de la situation et l'ont dénoncé au travers de communiqués de presse. Les médias ont relayé ces anomalies.

Il convient donc de mieux encadrer la pratique des centres de santé déviants, ce qui peut engendrer plusieurs dizaines de millions d'économie pour l'Assurance Maladie. Cet amendement propose de rendre obligatoire la remise au patient d'une note de facturation des actes effectués. Cela devrait permettre aux patients d'être alertés sur des montants manifestement trop élevés pour de simples contrôles de vue et de leur permettre de demander des explications, voire de relayer l'anomalie à leur CPAM. Cet amendement pourra à la fois avoir un effet préventif et permettre de caractériser mieux la fraude si elle existe.