

ASSEMBLÉE NATIONALE

13 octobre 2022

PLFSS POUR 2023 - (N° 274)

Commission	
Gouvernement	

AMENDEMENT

N ° 756

présenté par
M. Bazin

ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 46, insérer l'article suivant:**

Le II de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le troisième alinéa, il est inséré trois alinéas ainsi rédigés :

« Ce taux est applicable aux contrats d'assurance maladie complémentaire relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion obligatoire ou facultative, sous réserve que l'organisme respecte les obligations suivantes :

« - Ses conventions conclues au titre de l'article L. 863-8 du présent code ne comprennent aucune stipulation portant atteinte au droit fondamental de chaque patient au libre choix du professionnel, de l'établissement ou du service de santé et aux principes d'égalité et de proximité dans l'accès aux soins ;

« - Ses conventions conclues au titre de l'article L. 863-8 du présent code ne conditionnent pas l'accès des assurés au tiers payant au respect par le professionnel de santé de prix ou de niveaux de prix qui auraient, de manière discrétionnaire et non transparente, été déterminés par un organisme de tiers payant selon des référentiels non communiqués au professionnel de santé lors du conventionnement. »

2° Au quatrième alinéa, les mots : « deuxième ou troisième », sont remplacés par les mots : « deuxième, troisième ou quatrième ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les complémentaires santé peuvent aujourd'hui conditionner l'accès des professionnels de santé au tiers payant par le respect de plafonds tarifaires ou d'exigences de modération tarifaire, que ce soit dans les réseaux de soins ou dans les organismes de tiers payant.

Les réseaux de soins exercent cette modération tarifaire dans un cadre formalisé, avec une documentation contractuelle et un minimum de transparence vis-à-vis des professionnels de santé. Ce n'est pas le cas des plateformes de tiers payant, qui sont de véritables boîtes noires, tant sur le plan juridique que tarifaire.

Cela n'est pas sans conséquence pour les assurés qui ont accès à des prestations de tiers payant par l'intermédiaire de ces plateformes : ils n'ont aucune visibilité sur l'acceptation ou non de leur prise en charge. Pire encore, les professionnels de santé ne peuvent pas leur apporter des informations puisqu'ils ignorent tout des critères et des niveaux de prix figurant dans les référentiels de pratiques tarifaires de ces organismes de tiers payant.

Il va de soi que cette situation d'incertitude peut créer un renoncement aux soins, ou mettre les assurés en difficulté, dans cette période de tension sur le pouvoir d'achat. Elle est également contraire au principe d'information des assurés sociaux sur leurs droits.

Afin d'apporter une plus grande transparence dans le service de tiers payant et une plus grande lisibilité pour l'assuré, ainsi que le recommandait l'IGAS dans un rapport publié en 2017, le présent amendement entend sécuriser juridiquement le fonctionnement des plateformes de tiers payant au service du patient.