

ASSEMBLÉE NATIONALE

27 novembre 2025

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2026 - (N° 2141)

Adopté

N° AS486

AMENDEMENT

présenté par

Mme Vidal, Mme Dubré-Chirat, Mme Galliard-Minier, M. Le Gac, Mme Le Nabour, Mme Liso,
M. Lauzzana, Mme Missoffe, M. Mongardien, Mme Pannier-Runacher et M. Rousset

ARTICLE 22 TER

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

« L'article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les modalités de facturation des actes des praticiens hospitaliers exerçant une activité libérale et les catégories déterminées au 2° du présent article tiennent compte des honoraires des praticiens et des moyens humains, notamment médicaux, mis en œuvre pour la prise en charge des patients dans les établissements mentionnés au a de l'article L. 162-22. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

À ce jour, l'Assurance maladie rémunère deux fois une même prestation lorsque des patients sont pris en charge en secteur libéral au sein d'un établissement public de santé.

En effet, le praticien hospitalier exerçant une activité libérale facture ses honoraires directement à l'Assurance maladie, comme tout médecin libéral. Parallèlement, l'établissement hospitalier facture un séjour dont le tarif inclut déjà la rémunération du personnel médical. Les tarifs appliqués aux établissements publics de santé intègrent en effet les coûts liés à la mobilisation des ressources humaines médicales.

Cette situation a été explicitement dénoncée par la Cour des comptes dans son rapport d'octobre 2023 intitulé « Les établissements de santé publics et privés, entre concurrence et complémentarité ». Le rapport recommande notamment de :

- « Réformer la tarification de l'activité libérale dans les établissements publics de santé de manière à éviter que l'assurance maladie paye deux fois le temps médical consacré aux prestations, une première fois au titre du GHS et une deuxième fois au titre des honoraires des praticiens » ;

- « Introduire un critère fondé sur les honoraires perçus et rendre effectifs les contrôles des plafonds d'activité en temps de travail et en nombre d'actes par les directions d'établissement et par les agences régionales de santé ».

Ces deux recommandations, que le présent amendement vise à transposer dans la loi, répondent à un double objectif d'équité dans la tarification et la régulation de l'activité libérale hospitalière mais également de transparence du financement public en évitant les situations de double facturation.

Selon certaines estimations, cette double facturation représenterait près de 300 millions d'euros d'économies potentielles pour l'Assurance maladie.

Le présent amendement vise donc à clarifier les modalités de facturation des actes réalisés par les praticiens hospitaliers exerçant en secteur libéral, en prenant en considération le fait que certaines prestations non remboursées — notamment celles correspondant à des exigences particulières des patients sans justification médicale — intègrent déjà dans leur tarification les coûts liés aux ressources humaines, y compris médicaux, mobilisées dans les établissements publics de santé.

Enfin, il est rappelé que cet amendement avait été adopté en première lecture lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 par la commission des affaires sociales.