



GÉNÉRALISATION DU TIERS-PAYANT



LE CONSTAT

35% des actes effectués par les médecins libéraux faisaient l'objet d'un tiers payant en 2012

Ont renoncé au moins une fois à un soin en 2012 pour des raisons financières :

- 7% des personnes dont les revenus mensuels sont inférieurs à 926€
- et 32,2% des personnes dont les revenus mensuels sont compris entre 926€ et 1264€

LA DÉFINITION

La pratique du tiers payant varie aujourd'hui en fonction du profil de l'assuré (AT/MP, CMU-c...), du type de prestation effectuée (acte coûteux) mais surtout du professionnel de santé.

Ainsi, il existe une quasi-généralisation chez certains professionnels tels que les pharmaciens alors que l'avance de frais continue d'être la règle chez les médecins libéraux.

Proportion d'actes réalisés en tiers payant en 2012 :

Généraliste secteur 1	14,2%
Généraliste secteur 2	4,9%
Spécialiste « clinique » secteur 1	20,5%
Spécialiste « clinique » secteur 2	12,6%
Spécialiste « technique » secteur 1	42,3%
Spécialiste « technique » secteur 2	23,8%
Chirurgien-dentiste	17,4%

Sage-femme	38,1%
Laboratoire	99%
Pharmacien	99%
Infirmier	84%
Masseur kinésithérapeute	55,6%
Orthophoniste	71%

Source : rapport IGAS 2013 sur le tiers payant

L'ENJEU

Lever les obstacles financiers à l'accès aux soins et proposer des garanties aux professionnels de santé.

Il est demandé à l'Assurance maladie et aux organismes complémentaires de présenter les

solutions techniques permettant la mise en place du tiers payant à compter du 1^{er} janvier 2017 en tenant compte des exigences de simplicité qui sous-tendent cet objectif.

Parallèlement, le Gouvernement propose des garanties aux professionnels de santé :

- la garantie du paiement du professionnel de santé s'il a utilisé la carte vitale de l'assuré ;



- la garantie du délai de paiement par l'assurance maladie obligatoire (délai qui sera fixé à 7 jours par décret) ;
- le versement d'une pénalité si ce délai n'est pas respecté par l'Assurance maladie obligatoire.

Des efforts de transparence seront également faits puisque les délais de paiement des caisses feront l'objet d'un suivi régulier et seront rendus publics périodiquement.

LE DISPOSITIF

Une généralisation du tiers payant par étapes :

- une première étape concernant les frais pris en charge à 100% par l'Assurance maladie des patients en ALD et de ceux couverts par l'assurance maternité, avec une montée en charge en deux temps :
 - un tiers payant facultatif pour les professionnels de santé depuis le 1^{er} juillet 2016 ;
 - un tiers payant de droit pour ces mêmes assurés à compter du 31 décembre 2016 ;
- une seconde étape pour l'ensemble des assurés avec une montée en charge en deux temps :
 - un tiers payant facultatif pour les professionnels de santé à compter du 1^{er} janvier 2017 ;
 - un tiers payant de droit pour l'ensemble des assurés à compter du 30 novembre 2017.

LES CONDITIONS DE BÉNÉFICE DU TIERS PAYANT

Pour prétendre à ce droit, les assurés devront :

- présenter leur carte vitale au professionnel de santé ;

- avoir donné leur autorisation de prélèvement des franchises et des participations forfaitaires sur leur compte bancaire lorsque le montant dû excède un seuil fixé par décret et n'a pas été acquitté ;
- respecter le parcours de soins chez le médecin ;
- accepter la délivrance de médicaments génériques par le pharmacien.

L'OBJECTIF

L'article vise à réaffirmer le rôle majeur de l'Assurance maladie dans la gestion des dispositifs de prise en charge des bénéficiaires de l'Assurance maladie et lui confie la mission générale de pilotage d'ensemble du tiers payant.

POUR ALLER PLUS LOIN

TEXTES LÉGISLATIFS :

- Article 83 LMSS

TEXTES D'APPLICATION :

- [Décret n° 2016-439 du 12 avril 2016 relatif au comité de pilotage du tiers payant](#)
- [Décret n°2016-1069 du 3 août 2016 relatif aux garanties et délais de paiement en cas de pratique du tiers payant](#)
- [Décret sur les conditions liées au bénéfice du tiers payant](#)