

2 0 1 7

Santé Info Droits PRATIQUE

C.8

SÉCURITÉ SOCIALE

LE TIERS PAYANT

DE QUOI S'AGIT-IL ?

Le tiers payant est un dispositif qui permet aux assurés sociaux de ne pas payer directement le professionnel de santé, au moment de la consultation, celle-ci étant réglée par l'Assurance maladie puis, le cas échéant par la complémentaire santé du patient. Ainsi, l'assuré à qui l'on applique le tiers payant bénéficie d'une dispense d'avance de frais.

On parle de dispense d'avance de frais partielle lorsque l'assuré paie uniquement la part des frais non pris en charge par l'Assurance maladie (c'est-à-dire le ticket modérateur).

On parle de dispense d'avance de frais totale lorsque l'assuré n'avance aucun frais.

La dispense d'avance de frais s'applique d'ores et déjà :

- pour tous les assurés sociaux dans la quasi-totalité des pharmacies de ville, dans de nombreux établissements de santé, laboratoires d'analyses médicales ou cabinets de radiologie, en raison de convention avec l'Assurance maladie ;
- pour certains assurés sociaux au statut spécifique (CMU-C, ACS, ALD...), auprès de tous les professionnels de santé.

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé prévoit la généralisation progressive du mécanisme du tiers-payant pour la part de l'Assurance maladie d'ici à la fin de l'année 2017. Cette généralisation concerne l'ensemble des professionnels de santé. Ainsi, l'assuré n'aura à régler que le ticket modérateur (c'est-à-dire la part non prise en charge par l'Assurance maladie) s'il en est redevable et les éventuels dépassements d'honoraires du professionnel de santé.

COMMENT ÇA MARCHE ?

Les conditions pour bénéficier de la dispense d'avance de frais

- pour les actes et des prestations dispensés par les médecins, respecter le parcours de soins coordonnés ;
- présenter au professionnel de santé la carte Vitale valable, à jour, afin qu'il puisse vérifier que des droits à l'Assurance maladie ont été ouverts au patient ;
- consulter un professionnel ou un établissement de santé, conventionné avec l'Assurance maladie ;
- avoir donné une autorisation de prélèvement sur son compte bancaire pour la récupération des forfaits et franchises dûs par le bénéficiaire ;
- auprès des pharmacies, accepter les médicaments génériques (sauf dans les cas pour lesquels la substitution peut poser des problèmes particuliers au patient).

Tiers payant sur la part prise en charge par la Sécurité sociale

Tiers payant Complémentaire
(Sécurité sociale + Complémentaire santé)

L'assuré réglera au professionnel de santé le ticket modérateur

L'assuré ne règle aucun frais sauf ceux qui ne sont pas pris en charge par l'Assurance maladie (dépassements d'honoraires, par exemple)

L'assuré ne règle aucun frais sauf ceux qui ne sont pas pris en charge ni par l'Assurance maladie ni par la complémentaire santé

Bénéficiaires de la CMU complémentaire	X		X
Bénéficiaire de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS)	X <i>Avec l'attestation de droits sans adhésion à une complémentaire</i>		X <i>Avec adhésion à une complémentaire</i>
Bénéficiaires de l'Aide médicale d'Etat (AME)		X	
Soins en lien avec une affection de longue durée (ALD)		X	
Pensionnés d'invalidité		X <i>Possible à compter du 1^{er} janvier 2017 - opposable à compter du 30 novembre 2017</i>	
Soins en lien avec un accident du travail ou une maladie professionnelle		X <i>Possible à compter du 1^{er} janvier 2017 - opposable à compter du 30 novembre 2017</i>	
Consultation de contraception pour les mineurs de plus de 15 ans		X	
Actes de prévention / Dépistage organisé		X	
Soins aux femmes enceintes à partir du 6 ^{ème} mois		X	
Tous les assurés sociaux	X <i>Possible à compter du 1^{er} janvier 2017 - opposable à compter du 30 novembre 2017</i>		<u>Possible et prévu contractuellement dans diverses situations :</u> Hospitalisation en établissement de santé conventionné Pharmacie Optique Cabinet de radiologie Laboratoire d'analyses médicales Adhérent aux contrats labellisés souscrits pour les personnes âgées d'au moins 65 ans Adhérent à un contrat responsable

CE QU'IL FAUT SAVOIR

La récupération des sommes avancées à la charge des assurés

Pour les assurés bénéficiant de la dispense d'avance de frais, mais toutefois soumis au paiement de la franchise médicale ou de la participation forfaitaire de 1 euro (voir fiche pratique C.6 sur les forfaits et franchises), l'Assurance maladie doit récupérer ces sommes qui, avant la mise en place du tiers payant, étaient décomptées du remboursement de la consultation médicale.

Ces sommes peuvent être récupérées de différentes façons :

- payées directement par l'assuré à l'organisme d'Assurance maladie ;
- récupérées par l'organisme d'Assurance maladie sur les prestations de toute nature à venir (déduction de remboursements futurs) ;
- prélevées sur le compte bancaire de l'assuré après autorisation de ce dernier lorsque les sommes excèdent un plafond fixé par décret.

Tiers payant sur la part à la charge des complémentaires santé

En ce qui concerne les frais pris en charge par les complémentaires santé, le contrat responsable permet à l'assuré de bénéficier de la dispense d'avance de frais sur des prestations faisant l'objet des garanties contractuelles, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité.

Ainsi, les organismes complémentaires d'assurance maladie ont l'obligation, à compter du 1^{er} janvier 2017, de permettre la dispense d'avance de frais à leurs assurés, à minima sur le ticket modérateur, en ville comme à l'hôpital (voir fiche pratique C.2.1 sur les contrats responsables).

La mise en place obligatoire du bénéfice de la dispense d'avance de frais la charge des complémentaires santé, au titre du contrat responsable, ne s'étend pas aux dépassements d'honoraires éventuellement couverts par le contrat. Néanmoins, il ne leur est pas interdit de proposer cette possibilité à leurs adhérents.

En l'état actuel des textes, si cette obligation pèse sur les complémentaires santé, elle ne pèse aucunement sur les professionnels de santé.

Pour pallier cette difficulté, dans un rapport commun de l'Assurance maladie et des organismes de complémentaire santé sur le tiers payant généralisé présenté le 17 février 2016, il est question d'inciter à proposer une dispense totale d'avance de frais aux usagers via un dispositif simple et fiable. Les acteurs de l'Assurance maladie obligatoire et complémentaire conviennent qu'à partir du 1^{er} janvier 2017, les professionnels de santé pourront proposer le tiers payant intégral à leurs patients, y compris sur les dépassements d'honoraires.

Le dispositif « Tiers payant contre génériques »

Afin de promouvoir la délivrance des médicaments génériques, l'Assurance maladie a mis en œuvre le dispositif « Tiers payant contre génériques » qui prévoit, pour l'assuré, le bénéfice de la dispense d'avance de frais à la pharmacie s'il accepte le médicament générique.

A l'inverse, si l'assuré refuse la substitution, il devra avancer le coût de ses médicaments auprès du pharmacien et sera remboursé a posteriori. Dans ce cas, une feuille de soins papier est délivrée au patient. Cette facturation papier et cette avance de frais ne doivent concerner que la/les ligne(s) de l'ordonnance correspondant au(x) médicament(s) pour le(s)quel(s) l'assuré a refusé le générique.

Toutefois, dans les cas où la substitution poserait des pro-

blèmes médicaux particuliers au patient, le pharmacien a l'interdiction de délivrer un générique et doit accorder le tiers payant au patient (voir fiche pratique C.9.2 sur la prise en charge des médicaments).

Modalités d'application du tiers payant pour le professionnel

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 Vitale de l'assuré (et qu'elle ne figure pas sur la liste d'opposition : perdue, volée ou dénoncée). Ce paiement intervient dans un délai maximal de sept jours ouvrés. En cas de non-respect de ce délai, l'Assurance maladie verse une pénalité au professionnel de santé :

- soit d'une pénalité forfaitaire de 1 euro calculée pour chaque facture payée le huitième jour ouvré ou le neuvième jour ouvré ;
- soit d'une pénalité égale à 10 % de la part prise en charge par l'Assurance maladie calculée pour chaque facture payée à compter du dixième jour ouvré.

POINT DE VUE

La généralisation du tiers-payant sur la part prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire est une avancée importante pour les usagers du système de santé. Avec cette mesure, un frein économique à l'accès au soin sera progressivement levé.

Notons que le Conseil constitutionnel, dans une décision du jeudi 21 janvier 2016, a invalidé une partie du dispositif du tiers-payant généralisé, mesure phare du projet de loi de santé qui prévoyait, d'ici à fin 2017, une dispense d'avance de frais intégrale (part Assurance maladie et part complémentaire) en déclarant inconstitutionnel le tiers-payant sur la part complémentaire tel qu'envisagé dans la loi.

Les engagements pris par les organismes d'assurance maladie, dans le rapport commun du 17 février 2016, apportent des garanties aux professionnels de santé et devraient ainsi faciliter la mise en place progressive du tiers payant généralisé et intégral.

En dernier lieu, on peut regretter qu'aucune sanction ne soit prévue en cas de non-respect de la dispense d'avance de frais par les professionnels de santé, sauf à considérer qu'une telle pratique correspondrait à un refus de soin illégitime.

TEXTES DE RÉFÉRENCE

- Article 83 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
- Articles L160-13, L161-36-4, L162-16-7, L162-20 à L162-22 et D161-13-2 à D161-13-5 du Code de la Sécurité sociale
- Décision du Conseil constitutionnel n° 2015-727 DC du 21 janvier 2016
- Décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales
- Article 36 de l'arrêté du 4 mai 2012 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie
- Rapport conjoint de l'Assurance maladie obligatoire et des complémentaires santé sur les solutions techniques permettant la mise en place du tiers payant généralisé prévu par l'art. 83 de la loi de modernisation de notre système de santé, 17 février 2016.



UNE QUESTION
Juridique OU **Sociale**
liée à la santé...



... des écoutants
spécialistes
vous informent
et vous orientent.

** Accessible à tous sur l'ensemble du territoire, sans condition d'adhésion,
pour le coût d'une communication normale.*

*Vous pouvez aussi poser votre question en ligne sur
www.leciss.org/sante-info-droits*

ASSURANCE MALADIE

EN SAVOIR
PLUS

Santé Info Droits 01 53 62 40 30

Ligne associative d'information et d'orientation sur toutes
les problématiques juridiques et sociales liées à l'état de santé.
Lundi, mercredi, vendredi : 14h-18h. Mardi, jeudi : 14h-20h

Posez vos questions en ligne sur www.leciss.org/sante-info-droits



Le site de l'Assurance maladie : www.ameli.fr

ÉVALUEZ NOTRE DOCUMENTATION !

Afin de mieux adapter nos publications à vos besoins nous avons mis en place un formulaire d'évaluation de notre documentation
disponible en ligne à l'adresse suivante :

<http://www.leciss.org/publications-documentation/evaluer-notre-doc>

N'hésitez pas à le remplir, votre retour est essentiel !