

FICHES CONCOURS
POLITIQUES SOCIALES ET DE SANTE

Le tiers payant

Octobre 2017

www.pergama.fr



Rembrandt, La leçon d'anatomie

Le tiers payant, définition et pratique avant 2016

Le tiers payant consiste à dispenser un malade de l'avance de frais de soins pour la part qui ne restera pas à sa charge mais qui sera prise en charge par l'assurance maladie de base, l'assurance maladie complémentaire ou, dans certains cas, l'Etat.

Dans la pratique, le tiers-payant s'effectue par télétransmission, à l'organisme d'assurance maladie, d'une déclaration par le prestataire de l'acte de soin ou de la délivrance du médicament. La caisse rembourse alors directement le médecin ou le pharmacien. Le malade n'a à avancer que la part qui n'est pas remboursée et qui reste à sa charge. Si l'intégralité est prise en charge par l'assurance maladie, le malade n'a rien à payer. Le tiers payant peut également couvrir la partie complémentaire assurée par une mutuelle : il est dit alors intégral.

Avant la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, le tiers payant s'est répandu peu à peu dans le système français de prise en charge des soins. Cette loi l'a rendu en outre obligatoire pour les soins donnés aux femmes enceintes et aux malades en ALD. Elle a prévu en outre qu'à compter du 30 novembre 2017, le tiers payant serait applicable à toutes les soins de ville. A ce jour, le tiers payant s'applique donc aux soins de nombreuses catégories :

- Femmes enceintes ;

- Bénéficiaires de la couverture universelle d'assurance maladie complémentaire ou de l'Aide médicale d'Etat, deux situations qui concernent des personnes à faibles revenus, qui n'ont normalement pas de dépenses qui restent à leur charge ;
- Bénéficiaires de l'ACS (aide à la complémentaire santé), qui, sous condition de ressources, bénéficient d'une aide financière pour souscrire un contrat d'assurance complémentaire de santé : en l'occurrence, le tiers payant est intégral depuis 2015 (il couvre la part assurance maladie et la part complémentaire), sachant que les ACS, par définition, bénéficient d'une complémentaire mentionnée sur leur carte vitale ;
- Bénéficiaires d'examens réalisés dans le cadre d'un dépistage organisé ;
- Victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ;
- Hospitalisation dans un établissement conventionné avec l'assurance maladie ;
- Actes coûteux (supérieurs à 120€).

Sauf pour les ACS, le tiers payant ne porte alors que sur la part assurance maladie, les catégories énumérées ci-dessus étant en tout état de cause exonérées par la loi de participation financière pour les soins.

Le tiers payant est en outre quasi systématisé dans les pharmacies et pour les actes infirmiers. Depuis 1982, les pharmacies sont autorisées à proposer le tiers-payant à leurs clients, sans condition d'éligibilité autre que celle d'être assuré social, et cette pratique s'est répandue dans le courant des années 90, suivant notamment le développement de la carte Vitale qui facilite l'identification du malade. Désormais, un accord entre les pharmaciens et l'Assurance maladie ainsi qu'avec les laboratoires d'analyse et de radiologie permet la délivrance systématique en tiers payant de médicaments, d'examens et d'analyses. Il s'agit la plupart du temps d'un tiers payant partiel, la dispense d'avance de frais ne couvrant que la part remboursée par l'assurance maladie.

Plus récemment, l'avenant n° 6 à l'accord national fixant les objectifs de délivrance de spécialités génériques, conclu entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et les syndicats de pharmaciens d'officine, vise à renforcer, en le généralisant, le dispositif « tiers-payant contre génériques » prévu par l'article L.162-16-7 du code de la sécurité sociale. Désormais, si le patient refuse un médicament générique, il est placé dans l'obligation de faire l'avance des frais et de demander ensuite le remboursement du médicament à sa caisse, sauf si le médecin mentionne que le médicament prescrit n'est pas substituable.

L'on peut donc conclure que le tiers-payant est en 2017 en situation de généralisation rampante. Le rapport de l'IGAS d'octobre 2017¹ donne les chiffres suivants : 99 % pour les centres de santé, les actes de laboratoires, infirmiers et de pharmacie, 73 % pour les actes de radiologie, 47,5 % des actes de généralistes et 42 % de ceux des spécialistes hors radiologues.

Il est à noter que la plupart des pays « à assurance maladie » comme l'Allemagne, l'Autriche, les Pays-Bas, le Canada ou le Japon pratiquent le tiers-payant : ils y voient une simplification administrative et un meilleur accès aux soins des populations modestes.

¹ Evaluation de la généralisation du tiers-payant, IGAS, octobre 2017

Un dispositif dont l'extension soulève pourtant la méfiance

Historiquement, en France, dans l'esprit des décideurs, longtemps, faire payer a été l'équivalent de responsabiliser. La notion de « ticket modérateur » est née avec le remboursement des soins par la sécurité sociale et encore dans les années 2000, la création de franchises a été vue comme une responsabilisation. Même l'avance de frais, remboursable dans un délai variable et parfois court par les organismes d'assurance maladie, était créditée de cette qualité. L'on n'admettait le tiers payant que pour les dépenses très lourdes, les personnes très démunies ou les personnes auxquelles on devait réparation (accidentés du travail). Les décideurs, sensibilisés aux problèmes d'accès aux soins, ont évolué et, peu à peu, sont devenus favorables au tiers-payant.

Quant aux médecins libéraux, ils voyaient (et voient encore pour certains) dans le paiement direct un respect des principes de la médecine libérale, même si l'entente directe sur le montant des honoraires n'est plus de mise : ils ont toujours souhaité ne pas être payés directement par l'assurance maladie, ce qui aurait accentué le rapprochement avec une situation employeur/employé qu'ils refusent avec vigueur.

Une extension prévue dans la loi de modernisation du système de santé, source de vives polémiques.

En 2016, la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier a prévu une généralisation du tiers payant pour tous les soins de ville, à l'horizon de 2017, pour la partie remboursée par la sécurité sociale.

A l'origine, le projet de loi était plus ambitieux et prévoyait le tiers payant intégral, couvrant également la part supportée par les complémentaires santé : cependant, le Conseil constitutionnel a censuré la disposition qui imposait le tiers-payant pour la part prise en charge par ces organismes, au motif que le législateur « a méconnu l'étendue de sa compétence », ce qui signifie que la loi ne fixait pas de manière suffisamment complète les règles donnant les garanties nécessaires à la bonne application de l'obligation (délais de remboursement notamment). La loi précise cependant que les médecins doivent pouvoir proposer le tiers-payant intégral.

Avant cette décision du Conseil constitutionnel, les syndicats de médecins libéraux s'étaient fortement mobilisés contre le tiers-payant : ils avançaient des craintes financières ou administratives, qui semblaient justifiées pour la partie du tiers-payant concernant les assurances complémentaires. Ils craignaient que, en ce qui concerne les assurances complémentaires, les droits du patient ne soient pas ouverts, que les délais de paiement ne soient longs, que les charges administratives ne s'accroissent, notamment de par la multiplicité des interlocuteurs. Mais ils craignaient également une dérive des dépenses liée au tiers-payant.

Compte tenu de la censure du Conseil Constitutionnel, la loi santé a donc prévu une extension obligatoire du tiers-payant pour la seule part sécurité sociale d'abord aux femmes enceintes et aux malades en ALD à compter du 1^{er} janvier 2017 puis pour tous les patients de ville le 1^{er} novembre 2017.

L'assurance maladie a pris des engagements pour apaiser les craintes des médecins sur le tiers payant : elle a garanti le paiement lorsqu'il est effectué sur le fondement d'une carte vitale ainsi que des délais de remboursement des médecins (7 jours maximum).

Un dispositif utile et sans risques de dérive

Si les prestataires de soins ont raison d'être attentifs à l'alourdissement des tâches administratives et au risque que représenteraient des délais de remboursement trop longs, voire des refus de prise en charge, leurs craintes sur la dérive des dépenses imputable au tiers payant ne sont pas fondées.

Toutes les études (notamment celles de la DREES et de l'IRDES²) montrent en effet que l'accès aux soins est pénalisé par des obstacles financiers, compte tenu notamment du caractère très bas du plafond de ressources qui permet à la fois tiers payant et gratuité des soins au titre de la CMUC (couverture maladie universelle complémentaire)³.

De plus, les bénéficiaires actuels du tiers payant ne « surconsomment » pas : une étude de 2008 sur la consommation de soins des bénéficiaires de la CMUC⁴ montre que leur comportement n'est pas différent de celui des autres assurés et une autre de la DREES de 2003 montre que, si la consommation des bénéficiaires de la CMUC est, de fait, plus élevée, c'est lié à un état de santé moins bon.

Sur les conséquences du tiers payant lui-même, une étude ancienne de l'IRDES (2000) concluait que l'on ne pouvait pas parler d'un effet inflationniste mais plutôt d'un effet de rattrapage qui représente la contrepartie des difficultés d'accès aux soins pour raisons financières.

Consultés sur ce point, dans le cadre de la préparation de la loi santé de 2016, par la mission IGAS qui s'est prononcée, en 2013, sur la faisabilité du tiers-payant, les économistes de la santé de l'Etat, de l'IRDES et de la CNAM ont tous expliqué que, d'une part les pays à tiers payant généralisé n'avaient pas de dépenses de soins de ville plus élevées que la France et que, d'autre part, si des mesures de responsabilisation devaient être prises, elles devraient prendre la forme d'une sensibilisation financière réelle (le cas échéant par une franchise de niveau approprié aux ressources) et de mesures d'organisation de l'offre.

En réalité, les arguments des médecins contre le tiers payant cachent des craintes, que l'on peut juger phantasmatiques, dont témoignent certains échanges lors des débats de l'Assemblée nationale : soumission accrue des médecins à l'assurance maladie, modification des rapports avec le malade, étatisation de la santé, voire disparition de la médecine libérale. Cependant, à grossir leurs peurs, à combattre une mesure sociale et juste, à imputer à tous

² Voir notamment DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), renoncement aux soins, colloque du 22 novembre 2011 et IRDES (Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, le renoncement aux soins pour usons financières, novembre 2011)

³ En 2017, 8723€ annuels pour une personne seule.

⁴ Etude sur le recours aux soins et l'état de santé des bénéficiaires de la CMU complémentaire, CPAM du Val de marne, 2008

les projets des intentions de bouleversement institutionnel, les représentants des médecins perdent en crédibilité.

Point en octobre 2017

Le Président de la République avait promis aux syndicats de médecins, lors de la campagne présidentielle, d'abroger le caractère obligatoire du tiers-payant.

La ministre de la santé du nouveau gouvernement a décidé de soumettre l'extension du tiers payant, tel que prévu dans la loi santé, à un avis de l'IGAS sur sa faisabilité technique. Le rapport a indiqué que la mise en place du tiers-payant ne posait pas de problèmes techniques et que le processus était « fiable, rapide et simple ». Il a toutefois recommandé d'en différer l'application (prévue fin novembre 2017) parce que les professionnels de santé n'ont pas été formés pour participer à cette mise en œuvre : or, ils ressentent une grande méfiance et il importe de les rassurer et de les accompagner pour que cette mise en œuvre soit réussie. La ministre n'en a pas moins présenté la renonciation au tiers payant comme lié à des difficultés techniques de nature informatique.

La décision de la ministre de renoncer au tiers payant a conduit au dépôt d'un amendement à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 qui abroge la disposition de la loi du 26 janvier 2016 et annonce que le Parlement sera destinataire, avant fin mars 2018, d'un rapport fixant le calendrier d'un tiers-payant intégral, généralisable à l'ensemble des assurés sans obligation. Cependant, le tiers payant est maintenu pour les femmes enceintes et les ALD.

Reste que le tiers payant finira sans nul doute par s'imposer. Cette généralisation sera de bon sens. Toutefois, l'existence d'un conflit aussi vif sur ce thème n'est sans doute pas justifiée. Le conflit a surtout été une affaire de symbole, les médecins souhaitant montrer qu'ils peuvent s'opposer à une disposition qui leur déplaît. Le sujet, déjà largement défriché, est annexe. Il facilitera le recours aux soins, c'est indéniable, et il épargnera aux malades des démarches, voire des inquiétudes financières. Les questions essentielles d'une politique de santé sont cependant ailleurs : organisation du système de soins, meilleur accès aux soins de proximité, attention réelle (et pas symbolique et expérimentale) portée au parcours des personnes âgées. Le tiers payant n'a pas la portée que certains lui donnent.