

Honoraires médicaux

Tiers payant généralisé : un jour peut-être ?

Le tiers payant généralisé dans la balance ! Avec son projet de loi Santé, le gouvernement pensait pouvoir imposer le tiers payant qui permet de ne plus faire l'avance des frais médicaux. C'est sans compter sur l'opposition farouche des praticiens.

repère

Faudra-t-il renoncer (provisoirement) à la généralisation du tiers payant ? Le gouvernement vient d'entamer un bras de fer avec les médecins qui, en pleine année d'élections professionnelles, refusent de se voir imposer un système qui va les obliger à se tourner vers la « Sécu » et les mutuelles pour se faire rembourser à la place de leurs patients. On peut le entendre, mais en même temps ce système est déjà pratiqué par des médecins eux-mêmes (généralistes, radiologues...), mais aussi par les hôpitaux, les pharmacies et les infirmières... ! Le président de la République a cru bon rentrer dans la mêlée en assurant les praticiens d'un mécanisme de remboursement simple. Ce qui augure d'une réalisation du projet au-delà de la date butoir jusque-là annoncée : 2017.

La loi de Santé qui devait être examinée, fin mars 2015, avec un mois de retard, prévoit une généralisation du tiers payant dès juillet 2015 pour les bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé (ACS) et, en 2017, pour tous les assurés. Cette disposition, qui n'est pas accompagnée de sanction pour les médecins qui ne souhaitent pas l'appliquer, a pourtant tendu les relations entre gouvernement et praticiens. Depuis fin 2014, de multiples actions et grèves sont menées. Le tiers payant représente un point de discord alors qu'il est déjà largement pratiqué à l'hôpital, dans les pharmacies, par les infirmières, les kinésithérapeutes, les laboratoires, les radiologues... Si le projet était voté en l'état, la France rejoindrait les 25 pays de l'Union européenne qui l'appliquent déjà.

Avance des frais

Le tiers payant (lire page 8) permet aux assurés de ne

pas faire l'avance des frais médicaux. Seuls sont à leur charge les dépassements d'honoraires et la part complémentaire (s'ils n'ont pas de complémentaire) ainsi que les franchises obligatoires instaurées par l'État en 2008. Le tiers payant est déjà obligatoire pour les victimes d'accident du travail et maladie professionnelle (AT-MP) et autres assurés (lire page 8). Il est évidemment justifié pour les personnes aux faibles revenus

très majoritairement pour la généralisation du tiers payant, mais les médecins, à l'inverse, y sont carrément opposés alors qu'ils sont en pleine année d'élections professionnelles. Selon MG-France, principal syndicat de médecins généralistes, ce projet « cristallise » la colère des praticiens qui réclament dans le même temps une revalorisation de leurs honoraires. Si ce syndicat ne se dit pas opposé au dispositif

Les Français sont très majoritairement pour la généralisation du tiers payant

qui, de plus en plus, renoncent à se soigner. Avec le tiers payant généralisé, ce sera au médecin de se faire rembourser par l'Assurance maladie et les complémentaires.

Les Français sont pour

Et c'est là que le bât blesse car de nombreux médecins refusent l'idée d'avoir à le systématiser. La ministre, Marisol Touraine, semble en faire une question de principe. Les Français sont

contenu dans la loi Santé, il a maintes fois rappelé sa préférence pour un système simple, garanti et organisé à partir d'un seul payeur. Le tiers payant n'est envisageable « que si un mécanisme simple de paiement est possible pour les professionnels de santé », vient de leur répondre le président. François Hollande, lui-même, est ainsi entré dans la danse et a tranché le sujet début février, laissant, >>>

Tiers payant

En règle générale, lorsqu'un patient se rend chez le médecin, il le paye immédiatement. L'Assurance maladie (et la complémentaire, s'il en a une) le rembourse ensuite. Dans le cadre du tiers payant, le patient est dispensé de régler le professionnel de santé immédiatement. C'est ce dernier qui fait l'avance des frais et se fait rembourser à la place du patient auprès de l'Assurance maladie et de la complémentaire.

Avec le tiers payant généralisé, en 2017, pour une consultation à 23 euros, le patient n'avancera ni les 15,10 euros pris en charge par la Sécurité sociale (s'il s'agit de son médecin traitant), ni les 6,90 euros à la charge des complémentaires (pour ceux qui en ont). En revanche, le patient aura toujours à régler les dépassements d'honoraires (qui seront du coup plus visibles) et les franchises (1 euro dans cet exemple).

Pour qui ?

Aujourd'hui le tiers payant est appliqué de droit :

- aux victimes d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle,
- aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), de l'aide médicale de l'État (AME) et de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS Lire page 9),
- aux bénéficiaires d'actes de prévention dans le cadre d'un dépistage organisé (exemple : une mammographie effectuée lors du dépistage organisé du cancer du sein),
- aux personnes hospitalisées dans un établissement sous convention avec l'Assurance maladie,
- aux mineures de plus de 15 ans, qui consultent un professionnel de santé pour leur contraception.

www.vosdroits.service-public.fr

© Photographie.eu - Fotolia.com



La ministre de la Santé a donné des garanties concernant la Sécurité sociale... Les médecins craignent une « usine à gaz » car ils vont devoir se tourner vers l'Assurance maladie et les mutuelles.

>>> du coup, planer le doute sur la réalisation de ce projet à court terme. C'est d'ailleurs la position de l'inspection des Affaires sociales (Igas), favorable à la généralisation du tiers payant, mais préconisant un temps plus long pour permettre aux praticiens de s'organiser.

2017, qui est une année électorale, pourrait être abandonnée au profit d'une date moins « symbolique », mais plus réaliste. C'est que les médecins craignent une « usine à gaz » car ils vont devoir se tourner vers l'Assurance maladie et les mutuelles (il y en a 400) pour être remboursés. Ils craignent retards de paiement, problèmes de trésorerie et alourdissement de leurs charges administratives.

Et pourtant ça marche

Mais comment font les autres ? Interrogé, Pierre, un jeune pharmacien de la banlieue parisienne, qui vient de s'installer, explique comment ça marche. « Le patient donne sa carte Vitale qui sert pour le mandat de paiement que j'envoie à

tous les organismes payeurs (« Sécu » et complémentaires). Tout est informatisé nationalement. » Est-ce au point ? « Oui, mais il arrive que la Sécurité sociale rejette des dossiers. Il faut tout reprendre. Moi, j'y passais 2 heures par jour et j'ai décidé de déléguer cette tâche à un cabinet extérieur que je paye 600 euros par mois. »

Pas simple pour une petite officine qui commence à être tout juste rentable. « Si je n'avais pas externalisé cette tâche, les rejets représenteraient entre 15 et 20 000 euros de perte par an. » En même temps, ce pharmacien pense que le fait d'avancer l'argent responsabilise les patients, mais il reconnaît volontiers que le tiers payant permet l'accès aux soins pour tout le monde et que sans système de sécurité sociale les patients iraient moins chez le médecin ou à la pharmacie.

Solution simple

« Il faut que les médecins aient l'assurance d'être payés, que le nouveau système n'alourdisse pas

leurs tâches administratives. C'est pour cela que l'ensemble des complémentaires travaillent dans l'idée de proposer une solution simple », affirme Jean-Martin Cohen Solal, délégué général de la Mutualité française qui pense qu'on peut y arriver pour 2017. « Il faut toujours donner des échéances, sinon les projets traînent. Je me souviens, à l'époque, du projet de carte Vitale. Il y a eu d'énormes levées de bouclier, mais les médecins l'ont finalement adopté. Cela se fera, c'est un projet moderne et je m'insurge contre ceux qui brandissent l'argument que les patients seront désresponsabilisés, le sont-ils quand ils se rendent chez le radiologue ou à l'hôpital ? »

En attendant, le tiers payant sera étendu aux patients atteints d'affection longue durée (100%) au 1er juillet 2016 et la ministre s'engage à ce que la « Sécu » paie des pénalités aux médecins si elle met plus de sept jours à les rembourser.

À voir si la généralisation suit...<>

Couverture maladie complémentaire (ACS)

La loi de financement de la Sécurité sociale a étendu le tiers payant intégral aux bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire (ACS) à partir du 1er juillet 2015. Ces derniers seront aussi exonérés des franchises et participations financières.

Projet de loi Santé

Le projet de loi Santé du gouvernement souhaite s'attaquer aux inégalités de santé à la racine, en affirmant la place déterminante de la prévention et de l'éducation en santé dans nos politiques. «*Il présente une réforme "qui renforce l'information et les droits des patients" et une autre "qui installera le parcours dans notre système de santé".*»

66% contre 95%

66% des Français plébiscitent la généralisation du tiers payant, quand 95% des médecins y sont très majoritairement hostiles, selon un sondage OpinionWay publié en septembre 2014, réalisé pour le syndicat de médecins libéraux SML.

33%

C'est le nombre de patients qui ont renoncé ou reporté des soins médicaux pour eux ou pour un membre de leur foyer, en raison de difficultés financières, en France, en 2013 (baromètre Europe Assistance). 25% des renoncements concernaient les soins dentaires, 17% les lunettes et 12% les soins courants. Par ailleurs, 17% d'un échantillon représentatif de l'ensemble de la population (et 24% des personnes ayant un revenu net mensuel de leur foyer inférieur à 1400 euros par mois) déclaraient en 2011 avoir déjà renoncé ou reporté la consultation d'un médecin du fait de l'obligation d'avancer le montant de la consultation (Baromètre Ciss sur les droits des malades, 2011).

Surconsommation ?

Rien ne permet de présumer que la généralisation du tiers payant chez le médecin entraînera une surconsommation de soins inutile et coûteuse, estiment les responsables du Collectif interassociatif sur la santé (Ciss). À l'inverse, la généralisation du tiers payant chez le médecin devrait permettre une consommation de soins juste et utile.

Interview

« Il aurait fallu passer ce projet plus tôt ! »



© D.R.

Gérard Raymond est le secrétaire général de la Fédération française des diabétiques (AFD) qui compte

130 000 membres et représente 3,5 millions de patients diabétiques en France. Pour les deux millions de diabétiques qui sont à 100% dans notre pays, le tiers payant est déjà une réalité.

Qu'est ce qui bloque selon vous dans la généralisation du tiers payant ?

2015 n'est pas exactement la bonne année pour annoncer des réformes ; les médecins sont en campagne électorale et ces élections se gagnent avec des arguments extrêmes. Il aurait fallu passer ce projet plus tôt ! Je pense aussi que les libéraux ont peur de rentrer dans un système étatisé. Mais l'étatisation existe déjà d'une certaine façon avec le système de sécurité sociale. Ceci dit, on ne peut pas toujours taper sur une profession médicale dans la difficulté.

Le principal argument des médecins c'est de perdre leur temps à se faire rembourser...

L'idéal serait qu'il n'y ait qu'un seul payeur. Jusque-là les complémentaires avaient l'air de s'opposer à ce que l'Assurance maladie soit le payeur unique. Je pense qu'il faudrait que les complémentaires mettent en place une structure centralisée. C'est en discussion à l'heure actuelle.

Cela va-t-il coûter cher aux médecins ?

Si on met en place un vrai système informatique, si on leur donne des garanties que cela va fonctionner et qu'ils seront remboursés, non. Il faut entendre les médecins, il faut qu'ils soient évidemment payés en temps réel.

Faut-il craindre une surconsommation médicale ?

Je ne le pense pas. En tout cas, pas plus de consommation que dans les pays qui ont déjà le tiers payant. Alors que le tiers payant n'est pas encore généralisé chez nous, c'est nous qui consommons le plus !

Cela va-t-il améliorer l'accès aux soins ?

Le tiers payant généralisé fera tomber des barrières. Les patients iront ou n'iront pas se faire soigner, mais ne pourront plus penser «*je n'y vais pas car je ne peux pas faire l'avance*».

Peut-on espérer faire des économies grâce au tiers payant ?

Je ne le crois pas, mais à l'inverse il ne faut pas craindre une explosion des dépenses. On peut être plus efficient avec ce que l'on a et dépenser mieux.

Faut-il repousser l'échéance prévue par le projet de loi ?

On le peut toujours, mais il faudra bien un jour trancher ! De toute façon on ne demandera pas l'avis des patients, mais on le donnera quand même !

www.afd.asso.fr