



ASSEMBLÉE NATIONALE

14ème législature

tiers payant

Question écrite n° 50952

Texte de la question

M. Philippe Briand attire l'attention de Mme la ministre des affaires sociales et de la santé sur les inquiétudes soulevées par le projet de généralisation du tiers payant pour toutes les consultations. Bon nombre de praticiens s'interrogent en effet sur les capacités de remboursement des quatre cents organismes de complémentaire santé qui coexistent en France. Ils n'ont par ailleurs ni le temps, ni les moyens de vérifier les droits de leurs patients ou encore de financer la mise en place d'une infrastructure de recouvrement. L'assurance maladie, pour sa part, craint que des difficultés d'ordre techniques et juridiques, ne fassent jour lors de la procédure de récupération sur les comptes bancaires des assurés de la franchise médicale. C'est pourquoi il lui demande si, dans le cadre de la réforme du tiers payant, le Gouvernement entend prendre en compte les attentes légitimes du monde médical.

Texte de la réponse

Le tiers-payant, s'il est aujourd'hui pratiqué pour les patients aux revenus les plus modestes et pour les actes coûteux, ne constitue pour l'heure pas une pratique systématique. Ainsi, quand 84 % des infirmiers proposent ce service à leurs patients, seuls 35 % des médecins en font de même. Aussi, le Gouvernement, convaincu du rôle que pourrait jouer le tiers-payant dans l'amélioration de l'accès aux soins des assurés, a annoncé dès 2013, la généralisation de l'avance des frais de santé. Son développement constitue ainsi l'un des principaux projets déclinés dans la stratégie nationale de santé. Dès 2015, le tiers-payant sera mis en oeuvre pour les bénéficiaires de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), la généralisation du dispositif à tous les assurés intervenant quant à elle dans une seconde phase qui devrait s'achever en 2017. Parce qu'une réforme de cette ampleur requiert un temps de concertation dédié avec les syndicats des professionnels de santé, les représentants des patients, les organismes complémentaires et les régimes d'assurance maladie, un comité d'orientation associant l'ensemble de ces acteurs a été installé par la ministre des affaires sociales et de la santé en février 2014 avec pour objectif, à partir des premières analyses du rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) relatif au « tiers-payant pour les consultations de médecine de ville », de définir les modalités de mise en oeuvre du projet et de dessiner la feuille de route qui conduira à son déploiement. Cette instance de concertation aura ainsi pour mission d'identifier les options techniques permettant de concevoir un système simple et sécurisé, tant pour les professionnels de santé que pour les patients. Un inspecteur général des affaires sociales, M. Hubert Garrigue-Guyonnaud, a par ailleurs été nommé directeur de projet afin de faciliter le déroulement des travaux requis pour mener à bien le projet. Dès l'an prochain, les bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé seront ainsi dispensés d'avance de frais. Pour parvenir à une solution rapide, l'Assurance maladie sera pour cette première étape l'interlocuteur privilégié des médecins, comme elle l'est déjà pour les soins des bénéficiaires de la couverture médicale universelle. Cette décision n'emporte pas de conséquences sur les dispositifs déjà existants chez d'autres professionnels de santé, comme les pharmaciens, par exemple.

Données clés

Auteur : [M. Philippe Briand](#)

Circonscription : Indre-et-Loire (5^e circonscription) - Les Républicains

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 50952

Rubrique : Assurance maladie maternité : prestations

Ministère interrogé : Affaires sociales et santé

Ministère attributaire : Affaires sociales

[Date\(s\) clé\(s\)](#)

Question publiée au JO le : [4 mars 2014](#), page 1933

Réponse publiée au JO le : [12 août 2014](#), page 6849