

Article 18 : A propos du Tiers Payant....Loi et Amendements.

Chers amis,

Voici le texte sur le tiers payant avec ses derniers amendements, à sa sortie de la commissions des affaires sociales, nous sommes en attente des discussions à l'Assemblée Nationale.

Jusqu'à présent le tiers payant est obligatoire pour les AME, les CMU-Complémentaires, les ACS (à partir du 1 Juillet 2015 dans la filière de soins), il est obligatoire pour les actes lourds en clinique et l'hôpital (convention de 1970), il est facultatif pour les patients ALD....

Ce qui va changer : pour **TOUS LES PROFESSIONNELS DE SANTE exerçants en Ville** (il faudra définir la Ville ?) donc pas de tiers-payant en campagne ??

A partir du **1 Juillet 2015** : les ACS passent en tiers-payant généralisé obligatoire, coût pour l'Assurance Maladie : 250 millions d'€. Ceci a été voté dans le PLFSS 2015

A partir du **1 Juillet 2016** : De façon facultative le Tiers-Payant est possible (non obligatoire) pour les femmes enceintes et les patients ALD,

A partir du **31 Décembre 2016** : tiers payant obligatoire, pour femmes enceintes, pour les patients ALD, UNIQUEMENT sur la part opposable.

Au plus tard le **31 Octobre 2015** : **présentation de la solution technique pour le tiers payant du TO et la Part complémentaire. Pour une application au premier janvier 2017 de façon facultatif..**

A partir du **30 Novembre 2017** : Tiers-payant pour tous de DROIT.

Ce tiers payant va permettre à la sécurité sociale de récupérer immédiatement ce qu'elle considèrera comme un indu !!! : pas assez de génériques, pas assez de télétransmission, trop de bons de transport.....

La franchise est récupérée **sur les comptes des assurés sociaux !!! Rappelons que le risque de ne plus pouvoir récupérer les franchises représentent plus de 800 millions d'€ pour l'Assurance Maladie.**

La partie opposable des honoraires est versé avant une durée fixée par décret (on a parlé de 7 jours dans les couloirs) sinon les caisses d'assurance maladie paieront une amende.

Le Tiers payant n'est possible que si :

-l'assuré est à jour au niveau de sa carte vitale

-uniquement dans le cadre de la filière de soin avec médecin traitant, et acceptation de tous les médicaments génériques (c'est invérifiable par les professionnels de santé !!!!!)

- si le patient a accepté le prélèvement sur son compte

Le patient est censé payer au Professionnel de santé le reste à charge ou les honoraires complémentaires : comment le médecin peut-il faire pour connaître le contrat de la complémentaire ? C'est impossible en pratique quotidienne

La ministre manipule la réalité du Tiers Payant social faisant comme s'il n'existait pas déjà.

Elle rappelle l'avantage du "tiers-payant contre générique" et montre ainsi la volonté de continuer à se servir du tiers payant pour contrôler à outrance la liberté des assurés sociaux avec paradoxalement plus de liberté pour ceux qui ont les moyens de refuser le tiers payant

"Parole parole " sur le tiers payant en un clic car Aucune profession actuellement en tiers-payant n'est satisfaite de ce paiement en Un Clic idéaliste et irréalisable !

Le tiers-payant est donc une mascarade politique

Bien amicalement

Dr Didier Legeais

Président du Syndicat des Médecins de l'Isère

Vice-Président de l'UCDF

Porte-parole du MPST

Article 18

I A (*nouveau*). – Le déploiement du mécanisme du tiers payant permettant de pratiquer la dispense d'avance de frais pour les bénéficiaires de l'assurance maladie s'effectue, sous les conditions et garanties fixées au présent article, selon les modalités suivantes :

1° À compter du **1^{er} juillet 2016**, les professionnels de santé **exerçant en ville peuvent appliquer** le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de **longue durée** mentionnée aux 3° et 4° de l'article L. 322-3, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi qu'aux bénéficiaires de l'assurance maternité, sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. L'ensemble des organismes d'assurance maladie est tenu de mettre en œuvre le tiers payant effectué par ces professionnels ;

2° À compter du **31 décembre 2016**, les professionnels de santé **exerçant en ville appliquent** le tiers payant à l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une **affection de longue durée** mentionnée aux 3° et 4° du même article L. 322-3, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi qu'à l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maternité, sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ;

3° Au plus tard le **31 octobre 2015**, les caisses nationales d'assurance maladie, les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance transmettent conjointement au ministre chargé de la sécurité sociale un rapport présentant les **solutions techniques** permettant la mise en place du mécanisme du tiers payant simultanément sur les parts couvertes par les régimes obligatoires d'assurance maladie et les organismes d'assurance maladie complémentaire au profit de l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie. Il inclut nécessairement le déploiement d'une solution technique commune permettant d'adresser aux

professionnels de santé ayant fait ce choix un flux unique de paiement. Ce rapport est établi notamment au vu des attentes exprimées par les professionnels de santé. Il détermine les solutions techniques permettant d'assurer aux professionnels de santé la simplicité de l'utilisation, la lisibilité des droits et la garantie du paiement. Il mentionne les calendriers et les modalités de test des solutions envisagées au cours de l'année 2016, en vue de parvenir à ouvrir à tous le bénéfice effectif du tiers payant **à compter du 1^{er} janvier 2017** ;

4° À compter du **1^{er} janvier 2017**, les professionnels de santé **exerçant en ville peuvent appliquer** le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et sur celle couverte par leur organisme d'assurance maladie complémentaire. L'ensemble des organismes d'assurance maladie ainsi que les organismes d'assurance maladie complémentaire, pour le bénéfice des dispositions de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, sont tenus de mettre en œuvre le tiers payant effectué par ces professionnels ;

5° À compter du **30 novembre 2017**, les **professionnels de santé exerçant en ville appliquent** le tiers payant à l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie sur les dépenses mentionnées au 4°.

I B (*nouveau*). – Le déploiement du tiers payant fait l'objet de rapports sur les conditions de son application qui sont transmis au ministre chargé de la sécurité sociale :

1° Au 30 novembre 2016 par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, en lien avec les organismes nationaux des autres régimes d'assurance maladie, pour son application aux bénéficiaires mentionnés au 1° du I A ;

2° Avant le 30 septembre 2017 par les caisses nationales d'assurance maladie, les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance pour le déploiement mentionné au 4° du même I A.

I et II. – (*Supprimés*)

II *bis* (*nouveau*). – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 133-4 est ainsi modifié : (Note Didier Legeais : voir ci-dessous article repris)

a) Après le septième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Si le professionnel ou l'établissement n'a ni payé le montant réclamé, ni produit d'observations et sous réserve qu'il n'en conteste pas le caractère indu, l'organisme de prise en charge peut récupérer ce montant par retenue sur les versements de toute nature à venir. » ;

b) Au dernier alinéa, le mot : « trois » est remplacé par le mot : « quatre » ;

2° L'article L. 161-1-4 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le présent article ne peut, conformément à l'article L. 161-15-1, avoir de conséquences sur le service des prestations en nature de l'assurance maladie que pour les seules situations touchant au non-respect de la condition de résidence mentionnée à l'article L. 380-1. » ;

3° Au début de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 322-1, sont ajoutés les mots : « Elle est versée au professionnel de santé dans le cadre du mécanisme du tiers payant ou » ;

4° L'article L. 315-1 est complété par un VI ainsi rédigé :

« VI. – Le service du contrôle médical transmet, sauf opposition du bénéficiaire, les informations de nature médicale qu'il détient, notamment le protocole de soins mentionné à l'article L. 324-1, en cas de changement d'organisme ou de régime d'assurance maladie, au nouveau service chargé du contrôle médical dont relève l'assuré. » ;

5° L'article L. 322-2 est ainsi modifié :

a) Le dernier alinéa du II est ainsi modifié :

– après la première occurrence du mot : « être », la fin de la première phrase est ainsi rédigée : « payée directement par l'assuré à l'organisme d'assurance maladie, **prélevée sur le compte bancaire de l'assuré après autorisation de ce dernier ou encore récupérée par l'organisme d'assurance maladie sur les prestations de toute nature à venir.** » ;

– après la même première phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« Ce décret fixe également les modalités de recueil de l'autorisation de l'assuré de prélèvement sur son compte bancaire et de renoncement à cette autorisation. » ;

b) Après la première occurrence du mot : « être », la fin de la première phrase du sixième alinéa du III est ainsi rédigée : « payées, prélevées ou récupérées selon les modalités prévues au dernier alinéa du II. » ;

6° La section 4 du chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} est complétée par des articles L. 161-36-3 et L. 161-36-4 ainsi rétablis :

« *Art. L. 161-36-3.* – 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 électronique de l'assuré mentionnée à l'article L. 161-31 et qu'elle ne figure pas sur la liste d'opposition prévue au même article. Ce paiement intervient dans un délai maximal fixé par décret. Ce décret fixe également les cas dans lesquels le paiement peut être garanti au professionnel s'il est amené exceptionnellement à pratiquer le tiers payant au vu d'autres justificatifs de droits.

« Le non-respect de ce délai ouvre droit, pour le professionnel de santé concerné, sans préjudice des sommes dues, au versement d'une pénalité selon des modalités fixées par décret.

« Les délais de paiement de chaque organisme d'assurance maladie font l'objet d'une publication périodique dans des conditions définies par décret.

« Les organismes d'assurance maladie fournissent au professionnel de santé les informations nécessaires au suivi du paiement de chaque acte ou consultation pour lequel il a pratiqué le tiers payant.

« *Art. L. 161-36-4.* – Pour bénéficier du tiers payant chez un professionnel de santé exerçant en ville, l'assuré doit remplir les conditions suivantes :

« 1° Présenter au professionnel de santé la carte électronique mentionnée à l'article L. 161-31 ;

« 2° Avoir donné l'autorisation prévue au II de l'article L. 322-2 ;

« 3° S'agissant des actes et des prestations dispensés par les médecins, ne pas se trouver dans l'une des situations prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3 ;(Note DL : voir si dessous)

« 4° S'agissant de la délivrance de médicaments, respecter les conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7. »(Note DL : voir si dessous)

III. - À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 871-1 du même code, après la dernière occurrence du mot : « code », sont insérés les mots : « , qu'elles permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, ».

IV. – Le III entre en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017.

V (*nouveau*). – L'assurance maladie assume la mission générale de pilotage du déploiement et de l'application du tiers payant. Elle assure, en liaison avec les organismes d'assurance maladie complémentaire, la cohérence et la performance des dispositifs permettant aux professionnels de santé de mettre en œuvre ce mécanisme au profit des bénéficiaires de l'assurance maladie.

Position et explication de la Ministre :

L'enjeu de l'accès aux soins de premier recours

S'agissant de l'accès aux soins de premier recours, le projet de loi prend appui sur une mesure phare, la généralisation du tiers payant pour la médecine de ville. S'y adjoignent d'autres dispositions dont l'objet vise à faciliter l'accès à une prise en charge de proximité.

- *La généralisation du tiers payant à la médecine de ville*

L'article 18 dispense les assurés d'avancer les frais des consultations de médecine de ville à la hauteur des montants appelés à être remboursés par l'assurance maladie et par les organismes complémentaires. Il s'agit d'une technique de paiement du médecin, mais en aucun cas d'une « gratuité » des soins : le tiers payant ne couvre par exemple la part complémentaire au titre du ticket modérateur ou des éventuels dépassements qu'à la hauteur des garanties dont bénéficie l'assuré au titre de son contrat. **Le tiers payant ne dispense en outre pas le patient du paiement direct des dépassements supplémentaires éventuellement pratiqués par le médecin** : il constitue, à ce titre, un très bon révélateur de cet obstacle à l'accès aux soins, et devrait contribuer à en limiter la pratique. Enfin, il ne dispense pas non plus le patient de l'acquittement de la part des soins prise en charge par l'assurance maladie, au travers de ses cotisations ou des impôts affectés au financement de l'assurance-maladie. Il en est de même pour la part remboursée par les organismes complémentaires lorsqu'il cotise.

Le tiers payant permet de lever une contrainte de trésorerie et de faire régresser les situations de renoncement aux soins utiles. Il doit permettre à un plus grand nombre de nos compatriotes d'être soignés « au bon moment », ce qui évitera les coûts supplémentaires occasionnés par des soins tardifs, souvent effectués à l'hôpital. En outre, les spectres d'un nouveau nomadisme médical ou d'un recours inflationniste aux soins inutiles peuvent être réfutés : le tiers payant ne sera appliqué qu'en cas de respect du parcours de soins.

Les différents avantages de cette modalité de paiement du professionnel de santé expliquent pourquoi le tiers payant est d'ores et déjà très largement appliqué dans de nombreuses situations : il est de droit à l'hôpital, généralisé dans les laboratoires d'analyse médicale ou par les pharmacies d'officines selon le principe « **tiers payant contre générique** ». Le tiers payant constitue, à ce titre, un des facteurs d'attractivité du recours aux urgences hospitalières : sa généralisation à la médecine de ville sera donc en pleine cohérence avec l'effort engagé pour réussir le « virage ambulatoire » et orienter un plus grand nombre de patients vers les soins ambulatoires de premier recours. Et la « technique de paiement » que constitue le tiers payant n'aura d'incidence ni sur la liberté de prescription ni sur la liberté d'installation des médecins. Elle ne doit avoir aucune incidence sur la pratique

médicale ni fragiliser le médecin dans sa relation à l'assurance maladie ou aux organismes complémentaires.

Mais les inquiétudes exprimées par de nombreux médecins sur la mise en œuvre sont légitimes et doivent être prises en compte : le tiers payant ne doit pas se traduire par des charges administratives et des frais supplémentaires ou avances de trésorerie pour les médecins. La rapporteure a affirmé le droit des professionnels de bénéficier du tiers payant en un seul geste : **un « clic » doit suffire** à garantir au médecin qu'il sera payé en temps et en heure.

Le texte du projet de loi envisageait la généralisation du tiers payant par la voie des conventions conclues entre les différentes professions et l'assurance maladie. Cette approche devait constituer une garantie d'appropriation du dispositif par les professionnels, mais il est apparu nécessaire d'apporter, dans la loi, des clarifications et des garanties supplémentaires. Il s'agit d'éviter tous risques de trésorerie pour les médecins, en raison de délais de paiement excessifs ; toutes difficultés d'identification des droits du patient et tous défauts de paiement des actes dispensés en cas de contestation ultérieure des droits du patient par l'organisme tiers payeur, et enfin les charges administratives liées à la gestion de la relation avec une pluralité d'organismes tiers payeurs.

Aussi, la Commission a adopté un amendement du Gouvernement qui précise le calendrier d'une généralisation par étapes du tiers payant et établit des obligations de résultat pour l'assurance maladie : le paiement au médecin ne pourra excéder sept jours et donnera lieu à des pénalités en cas de retard.

À l'initiative de votre rapporteure, la Commission a prévu la solution technique qui sera retenue conjointement par l'assurance maladie et par les organismes complémentaires assurant aux professionnels de santé, pour l'ensemble des paiements effectués par les tiers, la simplicité de l'utilisation, la lisibilité des droits et la garantie du paiement.

Article L133-4

- Modifié par [LOI n°2011-1906 du 21 décembre 2011 - art. 114 \(V\)](#)

En cas d'inobservation des règles de tarification ou de facturation :

1° Des actes, prestations et produits figurant sur les listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-17, L. 165-1, L. 162-22-7 ou relevant des dispositions des articles L. 162-22-1 et L. 162-22-6 ;

2° Des frais de transports mentionnés à l'article L. 321-1,

l'organisme de prise en charge recouvre l'indu correspondant auprès du professionnel ou de l'établissement à l'origine du non-respect de ces règles et ce, que le paiement ait été effectué à l'assuré, à un autre professionnel de santé ou à un établissement.

Il en est de même en cas de facturation en vue du remboursement, par les organismes d'assurance maladie, d'un acte non effectué ou de prestations et produits non délivrés.

Lorsque le professionnel ou l'établissement faisant l'objet de la notification d'indu est également débiteur à l'égard de l'assuré ou de son organisme complémentaire, l'organisme de prise en charge peut récupérer la totalité de l'indu. Il restitue à l'assuré et, le cas échéant, à son organisme complémentaire les montants qu'ils ont versés à tort.

L'action en recouvrement, qui se prescrit par trois ans, sauf en cas de fraude, à compter de la date de paiement de la somme indue, s'ouvre par l'envoi au professionnel ou à l'établissement d'une notification de payer le montant réclamé ou de produire, le cas échéant, leurs observations.

En cas de rejet total ou partiel des observations de l'intéressé, le directeur de l'organisme d'assurance maladie adresse, par lettre recommandée, une mise en demeure à l'intéressé de payer dans le délai d'un mois. La mise en demeure ne peut concerner que des sommes portées sur la notification.

Lorsque la mise en demeure reste sans effet, le directeur de l'organisme peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Une majoration de 10 % est applicable aux sommes réclamées qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées dans la mise en demeure. Cette majoration peut faire l'objet d'une remise.

Un décret en Conseil d'Etat définit les modalités d'application des trois alinéas qui précèdent.

Article L162-5-3

- Modifié par [LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 80 \(V\)](#)

Afin de favoriser la coordination des soins, tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans ou plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci. Le choix du médecin traitant suppose, pour les ayants droit mineurs, l'accord de l'un au moins des deux parents ou du titulaire de l'autorité parentale. Le médecin traitant choisi peut être un généraliste ou un spécialiste. Il peut être un médecin hospitalier.

Le médecin traitant peut être un médecin salarié d'un centre de santé mentionné à l'article [L. 6323-1](#) du code de la santé publique ou d'un établissement ou service visé à l'article [L. 312-1](#) du code de l'action sociale et des familles. Les médecins exerçant dans le cadre de la même spécialité au sein d'un cabinet médical situé dans les mêmes locaux ou dans un centre de santé mentionné à l'article [L. 6323-1](#) du code de la santé publique peuvent être conjointement désignés médecins traitants. Un arrêté fixe les missions du médecin traitant quand celui-ci est un médecin salarié.

Le médecin traitant participe à la mise en place et à la gestion du dossier médical personnel prévu à l'article [L. 161-36-1](#) du présent code.

Dans le cas où l'assuré désigne un médecin traitant autre que son médecin référent, ce dernier, pour ce qui concerne cet assuré, perd les avantages relatifs à l'adhésion à cette option conventionnelle. L'assuré perd également ces avantages.

La participation prévue au I de l'article [L. 322-2](#) peut être majorée pour les assurés et les ayants droit n'ayant pas choisi de médecin traitant ou consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant. Un décret fixe les cas dans lesquels cette majoration n'est pas appliquée, notamment lorsqu'est mis en oeuvre un protocole de soins ou lors d'une consultation dans une structure de médecine humanitaire ou un centre de planification ou d'éducation familiale.

Les dispositions prévues à l'alinéa précédent ne sont pas applicables lorsque la consultation se fait en cas d'urgence auprès d'un autre médecin que celui désigné à l'organisme gestionnaire du régime de base d'assurance maladie, ou lorsque la consultation se fait en dehors du lieu où réside de façon stable et durable l'assuré social ou l'ayant droit âgé de seize ans ou plus.

Article L162-16-7

- Modifié par [LOI n°2014-1554 du 22 décembre 2014 - art. 41](#)

Un accord national conclu entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations syndicales représentatives des pharmaciens d'officine et soumis à l'approbation des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe annuellement des objectifs chiffrés moyens relatifs à la délivrance par les pharmaciens de spécialités génériques figurant dans un groupe générique prévu au 5° de [l'article L. 5121-1](#) du code de la santé publique non soumis au tarif forfaitaire de responsabilité prévu par l'article L. 162-16 du présent code.

Ces objectifs peuvent, le cas échéant, faire l'objet d'une modulation en fonction des spécificités propres à certaines zones géographiques et notamment du niveau constaté de délivrance des spécialités mentionnées au précédent alinéa.

La dispense d'avance de frais totale ou partielle mentionnée au 4° de [l'article L. 162-16-1](#) consentie aux assurés ainsi qu'aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire prévue à [l'article L. 861-1](#) et aux bénéficiaires de la déduction prévue à [l'article L. 863-2](#) du présent code, lors de la facturation à l'assurance maladie de médicaments appartenant à un groupe générique tel que défini à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, est subordonnée à l'acceptation par ces derniers de la délivrance d'un médicament générique, sauf dans les groupes génériques soumis au tarif forfaitaire de responsabilité défini à [l'article L. 162-16](#) ou lorsqu'il existe des génériques commercialisés dans le groupe dont le prix est supérieur ou égal à celui du princeps. Cette disposition ne s'applique pas non plus dans les cas pour lesquels la substitution peut poser des problèmes particuliers au patient, y compris les cas prévus à [l'article L. 5125-23](#) du code de la santé publique.

L'accord national mentionné au premier alinéa peut décider de maintenir la dispense d'avance de frais dans les zones géographiques pour lesquelles les niveaux de substitution sont supérieurs aux objectifs fixés par cet accord. La suppression de la dispense d'avance de frais s'applique dans les zones géographiques n'ayant pas atteint, au début d'une année, les objectifs fixés pour l'année précédente par les partenaires conventionnels mentionnés au premier alinéa.