



14ème législature

Question N° : 23892	De Mme Valérie Corre (Socialiste, républicain et citoyen - Loiret)	Question écrite
Ministère interrogé > Affaires sociales et santé		Ministère attributaire > Affaires sociales, santé et droits des femmes
Rubrique >assurance maladie maternité : prestations	Tête d'analyse >remboursement	Analyse > feuilles de soin. télétransmission. développement.
Question publiée au JO le : 16/04/2013 Réponse publiée au JO le : 06/01/2015 page : 39 Date de changement d'attribution : 27/08/2014 Date de signalement : 24/06/2014 Date de renouvellement : 18/03/2014		

Texte de la question

Mme Valérie Corre attire l'attention de Mme la ministre des affaires sociales et de la santé sur la difficile avance des frais médicaux pour de nombreux patients en difficulté financière. En effet, seuls les médecins conventionnés ont l'obligation de télétransmettre les informations concernant les consultations à l'aide la carte vitale, *via* les boîtiers de transmission qui ne prennent en compte que les tarifs des actes conventionnés. Sans télétransmission, le délai de remboursement passe de quelques jours à quelques semaines. Sauf contrainte technique, il serait sans doute envisageable d'étendre l'obligation de télétransmission à l'ensemble des praticiens, conventionnés ou non. Par ailleurs, les patients ne peuvent pas avoir recours au tiers payant pour certains actes onéreux (radiologie, scanners, ophtalmologie, optique). Favoriser la mise en place de conventions de tiers payant avec les mutuelles de santé sur l'ensemble des consultations faciliterait l'accès de tous à la médecine. Les personnes âgées seraient particulièrement concernées par cette mesure, à l'aube de la « révolution de l'âge » dans les politiques publiques que souhaite mener le Gouvernement. Elle souhaiterait donc connaître les intentions du ministère concernant les dispositifs d'avance des frais des consultations médicales.

Texte de la réponse

Les difficultés d'accès aux soins liées à l'avance de frais sont réelles pour de nombreux français. Dans le cadre actuel, les délais de remboursement peuvent être notamment longs dans les deux cas suivants : soit lorsqu'une feuille de soin est télétransmise en l'absence de la carte vitale du patient (un justificatif papier doit être également transmis par le professionnel de santé et le remboursement à l'assuré n'intervient qu'après contrôle de cette pièce), soit lorsque le praticien, conventionné ou non, qui ne dispose pas de dispositif de télétransmission, émet une feuille de soins papier. Les praticiens non conventionnés ne représentant qu'une infime proportion des médecins libéraux (près de 1 600 sur plus de 125 000 médecins libéraux), l'obligation de télétransmission pour les praticiens non conventionnés n'aurait qu'une incidence très faible sur la réduction du nombre de feuilles de soins papier. Aussi, les mesures les plus efficaces restent les suivantes : d'une part, le rappel à l'assuré des incidences des délais de remboursements liés à l'absence de la carte vitale et, d'autre part, la mise en oeuvre de plans d'action et d'accompagnement conduits par les caisses primaires d'assurance maladie auprès des praticiens conventionnés pour réduire chaque année le nombre de feuilles de soins papier. Convaincu du rôle que pourrait jouer le tiers-payant dans l'amélioration de l'accès aux soins de ville des assurés, le Gouvernement a annoncé en 2013 sa volonté de



généraliser la dispense d'avance des frais. Cette mesure est inscrite dans le projet de loi de santé, présenté au conseil des ministres du 15 octobre 2014 par la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. 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 d'ici à 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 en février 2014. Après la réforme du tiers-payant pour les bénéficiaires de l'aide au paiement d'une complémentaire santé, les travaux de ce comité vont permettre de définir les options techniques permettant de concevoir un système simple et sécurisé, tant pour les professionnels de santé que pour les patients.