Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Inspection générale
des affaires sociales

Contribution au rapport au Parlement sur la mise en œuvre du tiers-payant généralisable

RAPPORT

Établi par

Jean DEBEAUPUIS et Clémence MARTY-CHASTAN
Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Mars 2018 -
2017-180R

SYNTHESE

En application de l'article 83 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé modifié par l'article 63 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, la direction de la sécurité sociale, avec l'appui de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS), a mené entre janvier et mars 2018 une concertation avec les professionnels de santé, les représentants des usagers, les assurances maladie obligatoires et complémentaires et les éditeurs de logiciel.

Cette concertation avait pour objectif de poser les bases d'un tiers-payant généralisable, qui signifie que les professionnels de santé doivent pouvoir disposer des outils permettant, au choix du professionnel pour tout ou partie de sa patientèle, de pratiquer un tiers-payant intégral (tant sur la part des dépenses prises en charge par le régime obligatoire que sur celles prises en charge par les complémentaires), de façon rapide, fiable et sécurisée. A ce jour, si le tiers-payant est pratiqué de manière massive par certains professionnels de santé (pharmaciens pour 99 % des actes notamment), cette pratique progresse mais reste limitée pour les actes médicaux, avec 28 % de ces actes en tiers-payant en 2017 hors cas d'obligation légale. Pour les cas d'obligation légale, le taux de tiers-payant des actes médicaux s'élève en 2017 à 85%.

S'agissant du tiers-payant réalisé par les professionnels de santé sur la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie obligatoire, notamment dans les cas d'obligation légale, la montée en charge de la pratique se poursuit, en lien aussi avec le déploiement des outils. Le processus d'amélioration continue de ce tiers-payant doit être poursuivi par les caisses, avec pour objectif de diminuer encore les taux de rejets et se rapprocher à trois ans (fin 2020) de 100 % de tiers-payant pour les bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé, pour les dépenses prises en charge à 100 % par le régime obligatoire au titre de l'assurance maternité et pour les soins en rapport avec une affection de longue durée.

Par ailleurs, la concertation menée a permis d'établir un calendrier prévisionnel de déploiement des outils destinés à faciliter la pratique du tiers-payant intégral pour l'ensemble des patients pour les professionnels de santé qui le souhaiteraient. Ainsi, si les outils développés par l'assurance maladie obligatoire sont déjà disponibles et en cours de diffusion (téléservice de droits ADRi notamment), ceux développés par les assurances maladie complémentaires sous l'égide de l'association inter-AMC se déploieront en 2018 et 2019. Les cahiers des charges du nouveau téléservice de droits complémentaires (IDB-CLC) publiés à ce jour concernent les médecins, auxiliaires médicaux, centres de santé et sages-femmes, les adaptations aux autres professions restant à définir, en lien avec chacune d'entre elles. Afin d'accélérer le déploiement de ces outils, la mission propose d'intégrer les nouveaux téléservices ADRi et IDB-CLC au cahier des charges Sesam-Vitale et au label ASIP pour les maisons et centres de santé 2018 afin d'accélérer la dynamique d'équipement des professionnels de santé.

Ce déploiement jusqu'au poste de travail des professionnels de santé nécessite que soient remplies un certain nombre de conditions techniques. En outre, le respect par les assurances maladie complémentaires de la garantie de paiement annoncée et la qualité de service sur les réponses aux rejets, notamment dans le cadre du point de contact téléphonique centralisé développé par l'AMC, seront essentiels au bon fonctionnement du système et à sa diffusion auprès des professionnels de santé, de même qu'un coût modéré des solutions logicielles. Enfin, ces solutions ont vocation à être complétées le cas échéant de solutions techniques déjà existantes ou en développement, et qui conviennent aux professionnels de santé qui restent libres du choix de leurs outils (recours à un organisme concentrateur technique et aux solutions de débit différé santé).

Au vu de ce calendrier de mise à disposition des outils destinés à faciliter et fiabiliser la pratique du tiers-payant intégral, la montée en charge de cette pratique par les médecins sera vraisemblablement très progressive. Si l'année 2018 est mobilisée par les développements, tests et agréments des premiers éditeurs, l'expérience des évolutions récentes montre qu'il faudra un à deux ans après commercialisation pour que la démonstration d'une pratique simple et fiable du tiers-payant convainque progressivement les médecins et autres professionnels et que la pratique se développe. Un très important travail préalable de pédagogie, de conviction et de démonstration reste à faire pour convaincre les professionnels de santé de développer leur pratique de tiers-payant dans une approche pragmatique.

S'agissant des actes médicaux, et hors cas d'obligation légale, la pratique volontaire du tiers-payant pour les derniers cas pris en charge à 100 % par le régime obligatoire peut être rapide (5 millions d'acte hors tiers-payant en 2017). En outre, les professionnels des maisons, pôles et centres de santé sont demandeurs de tiers-payant généralisable, de même que les organisations médicales pour la permanence des soins ambulatoires.

En dehors de ces situations spécifiques, le tiers payant généralisable pourrait être progressivement pratiqué de façon simple et fiable, au choix du professionnel pour tout ou partie de sa patientèle, par les professionnels dont l'éditeur de logiciel aura développé et mis sur le marché cette solution. Ces professionnels pourraient ainsi s'engager pour des publics et situations prioritaires, patients des centres de santé, pris en charge en permanence des soins ambulatoires et en télémédecine, jeunes de 18 à 25 ans, patients pris en charge à 100% au titre de l'invalidité ou pour tous les actes de prévention et de dépistage ; d'autres professionnels pourront sur une base volontaire utiliser ces outils pour l'ensemble de leur patientèle.

La démarche de tiers-payant généralisable nécessite, pendant toute sa montée en charge, prévisible sur quatre ans 2018-2021, un pilotage et une gouvernance renforcée, des engagements des acteurs aux différents niveaux et une communication pédagogique auprès des professionnels et des assurés. La mission propose donc de pérenniser le comité de pilotage du tiers-payant et de structurer un tableau de bord partagé permettant de suivre la montée en charge du tiers-payant et la qualité de service rendu aux professionnels de santé. Elle recommande également de poursuivre en 2018 les groupes de travail profession par profession permettant une remontée des besoins, un suivi du déploiement du tiers-payant généralisable et une communication pédagogique auprès des professionnels et des assurés, et d'engager à terme une rénovation des bases conventionnelles.

SOMMAIRE

SYNTHESE 3

RAPPORT 7

INTRODUCTION 7

1 LE TIERS PAYANT INTEGRAL ET GENERALISABLE : PRINCIPES ET DEFINITION 9

1.1 Une pratique du tiers-payant en progrès substantiel, hors part complémentaire 9

1.1.1 Les progrès substantiels récents sont liés aux obligations légales et aux solutions trouvées par le régime obligatoire 9

1.1.2 L'organisation du tiers-payant pour la part complémentaire demeure à ce jour complexe, en l'attente de la diffusion d'outils nouveaux 10

1.1.3 Le tiers-payant intégral se pratique déjà mais de manière différenciée selon les professions de santé 11

1.2 Le tiers-payant généralisable 13

1.2.1 Les principes retenus en matière de flux de facturation 14

1.2.2 Les nouveaux outils du tiers-payant généralisable 14

1.3 Le retour de la concertation avec les professionnels de santé et les usagers dans le cadre d'un tiers-payant généralisable 17

2 SUR LA PART OBLIGATOIRE, LA DIFFUSION DES OUTILS ET L'AMELIORATION CONTINUE DU PROCESSUS DE PAIEMENT DOIVENT SE POURSUIVRE 21

2.1 La poursuite du déploiement des outils est nécessaire pour approcher 100 % de tiers-payant sur les cas légaux d'obligation 21

2.1.1 Le tiers-payant obligatoire doit poursuivre sa montée en charge 21

2.1.2 Le déploiement des outils facilitant la pratique du tiers-payant reste inachevé 21

2.1.3 La solution ADRi, efficace pour fiabiliser la facturation, reste insuffisamment déployée et utilisée 23

2.2 Le processus d'amélioration continue mis en place par l'assurance maladie obligatoire doit être renforcé 24

3 SUR LA PART COMPLEMENTAIRE, LES NOUVEAUX OUTILS SE DEPLOIERONT EN 2018 ET 2019 POUR PERMETTRE UN TIERS PAYANT SIMPLE ET SUR 25

3.1 Le calendrier prévisionnel de déploiement des outils 25

3.2 Les points d'attention et les solutions encore à construire 29

3.2.1 Sur le plan technique, différents chantiers restent à conduire pour permettre le déploiement des solutions selon le calendrier présenté 29

3.2.2 Des solutions complémentaires du tiers-payant sont proposées par certains professionnels de santé 30

4 AU VU DU CALENDRIER DE DEPLOIEMENT DES OUTILS, LA MONTEE EN CHARGE DU TIERS PAYANT GENERALISABLE SERA TRES PROGRESSIVE 31

4.1 Le tiers-payant pour les derniers cas pris en charge à 100 % par le régime obligatoire peut être rapide 31

4.2 Les nouveaux outils permettent de pratiquer le tiers payant généralisable au choix du professionnel globalement ou pour des publics prioritaires 32

4.2.1 Les centres de santé sont demandeurs d'outils facilitant la pratique du tiers-payant 32

4.2.2 Les organisations médicales sont demandeuses de tiers-payant généralisable en permanence des soins ambulatoires 33

4.2.3 A partir de 2019 et surtout de 2020, le tiers payant pourrait être progressivement pratiqué de façon plus simple et plus fiable pour l'ensemble des usagers 33

5 UN PILOTAGE RENFORCE, UNE GOUVERNANCE CLARIFIEE 35

5.1 Le comité de pilotage du tiers-payant, instance large pilotée par l'Etat 35

5.2 Renforcer le dialogue par profession pour les organismes d'assurance maladie obligatoires et complémentaires 36

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION 39

LETTRE DE MISSION 41

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES 43

ANNEXE 1 : TAUX DE TIERS-PAYANT SUR LES ACTES MEDICAUX SELON LES CAS D'OBLIGATION OU VOLONTAIRE 45

ANNEXE 2 : LISTE DES ORGANISMES COMPLEMENTAIRES LES PLUS IMPORTANTS 47

SIGLES UTILISES 49

RAPPORT

INTRODUCTION

En application de l'article 83 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, modifié par l'article 63 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, la direction de la sécurité sociale a mené, avec l'appui de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS), une concertation « aux fins de rendre le tiers payant généralisable ».

La concertation menée entre début janvier et fin mars devait « permettre de fixer le calendrier selon lequel le tiers payant intégral pourra être généralisable à tous les assurés dans des conditions techniques fiabilisées. Elle doit également identifier les publics prioritaires pour lesquels un accès effectif au tiers payant devrait être garanti, au-delà des patients déjà couverts obligatoirement ».

Devant l'Assemblée Nationale, le 27 octobre dernier, la Ministre des solidarités et de la santé, Agnès Buzyn indiquait : « Dans cette logique d'action par priorité, le tiers payant obligatoire sera codifié pour les patients atteints d'une affection longue durée et les personnes couvertes par l'assurance maternité, à l'instar des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire et de l'aide à la complémentaire santé, et des victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Le tiers payant sera ainsi généralisable sans être obligatoire, avec une mise en œuvre progressive sur la part obligatoire et complémentaire grâce à des outils simples et fiables d'utilisation, en commençant par les patients qui en ont le plus besoin, en sus de ceux qui en bénéficient déjà. »

Le présent rapport retrace les modalités et résultats de cette concertation « menée avec les caisses nationales d'assurance maladie, les organismes d'assurance maladie complémentaire, les organisations syndicales représentatives des professionnels de santé libéraux conventionnés, l'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé et des représentants des éditeurs de logiciels de professionnels de santé ». Il propose ensuite un « calendrier de mise en œuvre opérationnelle du tiers payant intégral et les prérequis techniques à cette mise en œuvre tant sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire que sur celle prise en charge par les organismes complémentaires[1] ».

Ce rapport s'inscrit dans la continuité de plusieurs rapports de l'IGAS[2] et des trois rapports conjoints entre l'assurance-maladie obligatoire et les complémentaires santé prévus par l'article 83, tous publics[3] :

- Rapport sur le tiers-payant pour les consultations de médecine de ville (IGAS, juillet 2013)
- Rapport conjoint de l'assurance-maladie obligatoire et des complémentaires santé sur les solutions techniques permettant la mise en place du tiers-payant généralisé (19 février 2016)
- Rapport au parlement sur les aides fiscales et sociales à l'acquisition d'une complémentaire santé (IGAS, avril 2016)

---

[1] Citations extraites de l'article 83 de la loi citée, modifié par l'article 63 de la loi 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

[2] Sur le site de l'IGAS respectivement rapports 2013-143P Etienne Marie et Juliette Roger, IGAS, 2015-143R Anne Bruant-Bisson et Marie Daudé, IGAS, 2016-107R Nicolas Durand et Julien Emmanuelli, IGAS, 2017-11R Emilie Faucher-Magnant, Julien Mejane, Juliette Roger et Louis-Charles Viossat. Ces rapports seront cités IGAS avec leur date respective.

[3] Sur le site ameli.fr se trouvent les trois rapports prévus par l'article 83, qui seront cités rapports tiers-payant février 2016, novembre 2016, septembre 2017 respectivement.

- Rapport sur les conditions d'application du tiers payant pour les bénéficiaires d'une prise en charge à 100 % au titre de l'assurance maternité ou pour les soins en rapport avec une affection de longue durée (ALD), 30 novembre 2016,
- Les réseaux de soins (IGAS, juin 2017)
- Rapport sur les conditions d'application du tiers-payant pour tous les bénéficiaires (30 septembre 2017),
- Evaluation de la généralisation du tiers-payant (IGAS, octobre 2017), dont les constats ont conduit le gouvernement à supprimer l'échéance du 30 novembre 2017 pour généraliser le tiers-payant, et à prévoir un rapport au parlement pour le 31 mars 2018 sur le tiers-payant généralisable.

Il s'appuie également sur les publications les plus récentes de la DREES, de l'IRDES, ou du fonds CMU :

- La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties, Panorama DREES édition 2016,
- La complémentaire santé en 2014 : 5 % de non-couverts et 12 % parmi les 20 % les plus pauvres, IRDES, questions d'économie de santé, janvier 2018, et DREES Etudes et résultats n°1048 ; ces publications indiquent également que 10 % des assurés ont changé d'organisme entre 2013 et 2014.
- Rapport d'activité 2016, Fonds CMU, juin 2017
- La caractérisation de la population éligible à l'ACS et les motifs de non-recours, CREDOC, mai 2017.

La situation du mécanisme de tiers-payant, qui permet la dispense d'avance de frais pour l'assurance-maladie obligatoire (AMO) et complémentaire, est paradoxale. Reconnu comme facilitant l'accès aux soins, le tiers-payant est pleinement intégré dans la pratique de nombreux professionnels, mais de façon très différenciée entre pharmaciens, biologistes et auxiliaires médicaux d'une part, médecins et chirurgiens-dentistes d'autre part.

La première partie du rapport rappelle ce qu'est le tiers-payant intégral et ses progrès récents, et propose une définition du tiers-payant généralisable et une approche par publics et situations prioritaires, qui ont été au cœur de la concertation menée avec l'ensemble des acteurs. Les préconisations en découlent, qui sont de poursuivre l'amélioration continue du processus côté assurance-maladie obligatoire (deuxième partie), de déployer les nouveaux outils du tiers-payant généralisable (troisième partie), permettant une montée en charge progressive du tiers-payant généralisable pour les différents publics et situations prioritaires (quatrième partie), enfin de renforcer le pilotage et de clarifier la gouvernance (cinquième partie).

1 LE TIERS PAYANT INTEGRAL ET GENERALISABLE : PRINCIPES ET DEFINITION

1.1 Une pratique du tiers-payant en progrès substantiel, hors part complémentaire

1.1.1 Les progrès substantiels récents sont liés aux obligations légales et aux solutions trouvées par le régime obligatoire

Chez les médecins, la pratique du tiers-payant s'est fortement développée avant même la promulgation de la loi du 26 janvier 2016. En effet les cas d'obligation légale de tiers-payant correspondent à la fois à une problématique d'accès aux soins de nombreuses personnes qui seraient mises en difficulté si elles devaient avancer leurs frais de soins, ou même la seule part couverte par le régime obligatoire, et à une problématique de simplification pour les professionnels et les assurés.

Tous demeurent en effet encore trop souvent confrontés aujourd'hui à des procédures dispersées, des rejets ou erreurs trop nombreux ; et les outils logiciels restent insuffisants et mal déployés, malgré les progrès réalisés par l'assurance maladie obligatoire, et plus récemment les assureurs maladie complémentaire, encore imparfaitement unifiés et organisés. Si l'union nationale des organismes complémentaires d'assurance-maladie (UNOCAM), créée par la loi du 13 août 2004, demeure l'instance politique regroupant tous les assureurs-maladie complémentaires (AMC), elle a délégué à une association inter-AMC la gestion et coordination des problèmes opérationnels, système d'information et tiers-payant notamment.

Les progrès sont cependant substantiels : en seulement 3 ans, de 2014 à 2017, la pratique du tiers-payant, obligatoire et volontaire, est passée pour l'ensemble des actes médicaux, médecins généralistes et spécialistes confondus, radiologues inclus, de 33 % des actes à 47 % des actes.

Les cinq cas d'obligation légale de tiers-payant (accidents du travail-maladies professionnelles, CMU complémentaire, aide à la complémentaire santé (ACS), soins en rapport avec une affection de longue durée (ALD), et maternité) représentent en 2017 le tiers des actes, avec un taux de tiers-payant qui atteint 85 %, et continue de progresser vers la cible de 100 %. Mais le reste de la pratique médicale n'atteint que 28 % de tiers-payant.

Bien que le champ des obligations ait été fortement étendu entre 2014 et 2017, les statistiques tous régimes de la CNAMTS permettent de suivre l'évolution du tiers-payant par profession sur la période récente, de 2013 à 2017[4]. Outre une amélioration graduelle de la pratique du tiers-payant volontaire chez l'ensemble des professionnels hors médecins et chirurgiens-dentistes, on peut constater pour l'ensemble des médecins (généralistes et spécialistes, radiologues inclus) :

- qu'en dehors des cas devenus obligatoires en 2017, la pratique du tiers-payant volontaire est passée d'environ 22 % à 28 % pour l'ensemble des médecins,
- que les obligations récentes de 2015 et 2017 ont permis de porter la pratique du tiers-payant d'environ 40 % pour la maternité à plus de 60 %, d'environ 80 % pour l'ACS à près de 95 %, et pour les soins en rapport d'environ 60 % à plus de 80 %, la pratique concernant CMUC et ATMP restant stable à 98 %,

[4] Voir le graphique en annexe 1.

- qu'au total, si les progrès sont substantiels, l'obligation juridique ne transforme que graduellement la pratique, d'une part, et la pratique évolue substantiellement en dehors de toute obligation juridique, d'autre part ; la rapidité et l'ampleur des changements de pratique sont liés à la demande des professionnels, mais aussi à la disponibilité et la diffusion des outils logiciels, dont les délais sont connus et longs, entre 6 et 18 mois, même dans les cas d'obligation juridique.

Tous les acteurs souhaitent que le mécanisme de tiers-payant soit aussi simple, rapide et fiable que possible : il doit non seulement n'entraîner aucune charge administrative, de temps ou de procédure supplémentaire, mais il doit d'abord supprimer ou réduire fortement les charges, rejets et procédures actuels, qui demeurent non négligeables malgré les progrès apportés par les investissements, essentiellement numériques réalisés par l'assurance-maladie obligatoire et complémentaire, les professionnels et leurs éventuels prestataires ou fournisseurs de logiciels. Le tiers-payant s'imposera pour tous les acteurs rencontrés, dès lors qu'il fera regagner du temps professionnel, médical en particulier, et uniquement s'il le fait, les préoccupations financières de recouvrement, fiabilité, réconciliation venant en second rang sans être négligeables.

De telles solutions simples ont été mises en œuvre depuis 2016, aux dates prévues par la loi, soit le 1er juillet 2016 et le 1er janvier 2017 pour les dépenses prises en charge à 100 % par le régime obligatoire, au titre de l'affection principale des personnes en affection de longue durée, et de l'assurance maternité, ainsi que pour les personnes bénéficiant d'une couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), depuis la création de celle-ci au 1er janvier 2000, et pour celles bénéficiant d'une aide à la complémentaire santé (ACS) depuis le 1er juillet 2015.

Il s'agit dans les deux premiers cas d'un tiers-payant exclusif par l'assurance-maladie obligatoire, et dans les deux derniers cas, d'un tiers-payant coordonné par l'assurance-maladie obligatoire, qui dispose des informations nécessaires pour récupérer auprès des organismes complémentaires la part qu'ils prennent en charge. En d'autres termes, le professionnel est en flux unique avec le régime obligatoire.

Des marges d'amélioration subsistent donc tant pour les cinq cas légaux d'obligation de tiers-payant, surtout ACS et ALD-maternité, en termes de taux de rejet ou de dysfonctionnement, et de pratique du tiers-payant, que pour les personnes et les soins pris en charge à 100 % par le régime obligatoire, à différents titres, essentiellement les pensionnés d'invalidité non bénéficiaires d'ALD ou de CMUC-ACS, et des situations de prévention ou de prise en charge spécifiques (exonérations diverses du ticket modérateur).

1.1.2 L'organisation du tiers-payant pour la part complémentaire demeure à ce jour complexe, en l'attente de la diffusion d'outils nouveaux

Mais, même lorsque certains professionnels médecins, sages-femmes ou auxiliaires médicaux, sont volontaires, a fortiori en centre de santé, pour pratiquer le tiers-payant pour tout ou partie de leur patientèle, au-delà des cas d'obligation de tiers-payant ou de prise en charge à 100 % par le régime obligatoire, seules les premières bases rendant ultérieurement possible le tiers-payant avec une part complémentaire ont à ce jour été posées.

La chaîne de valeur du tiers-payant apparaît en effet excessivement complexe, compte tenu de la multiplicité des professionnels de santé et des assureurs maladie, obligatoires, et surtout complémentaires, et des intermédiaires, éditeurs ou prestataires rémunérés s'intercalant entre eux (concentrateurs techniques, éditeurs, organismes de paiement pour le professionnel, organismes de tiers-payant, courtiers et délégataires de gestion pour les AMC).

Les bases proposées par les AMC restent cependant contestées car perçues comme insuffisamment concertées, et hors du cadre collectif ou conventionnel, qu'il s'agisse du contrat individuel de tiers-

payant disponible sur le portail inter-AMC depuis janvier 2017, de l'attestation complémentaire normalisée, de la garantie et du délai de paiement, du téléservice de droits ou de l'éclatement en double flux demandé au professionnel.

Les normes de système d'information mises au point par le régime obligatoire (option ADRi, avenant retour sur paiement) sont incomplètement mises à disposition par les éditeurs et déployées chez les professionnels concernés compte tenu des réticences qui subsistent et des modèles économiques (tarification des mises à jour, options et maintenances), malgré les incitations récemment mises en place dans le cadre conventionnel : le versement des premiers forfaits structure intervient au premier semestre 2018 au titre de l'année précédente.

Les normes de système d'information mises au point par les AMC (téléservice d'interrogation des droits et calcul de la part complémentaire (IDB-CLC) pour médecins, auxiliaires, et centres de santé) n'ont fait l'objet à ce jour d'aucun agrément de logiciel de professionnel et seront diffusées après agrément dans des conditions de tarification et de dynamique encore assez incertaines.

Le degré de complétude, de fiabilité, de délai et garantie de paiement du dispositif inter-AMC ne peut être évalué par aucun indicateur disponible actuellement, tant sur les interrogations des téléservices de droits, marginales chez les professionnels libéraux, que sur les flux électroniques réalisés après leur interrogation ; le volume de demandes de remboursements électroniques (DRE) reste en 2017 encore marginal par rapport au volume de feuilles de soins électroniques (FSE). Il faudra par ailleurs encore deux ans pour que les téléservices similaires soient généralisés dans le cadre de la numérisation de la facturation hospitalière aux AMC (actes et consultations externes ou séjours des établissements publics et privés).

Pour autant, grâce aux efforts coordonnés des régimes obligatoires et complémentaires, en lien avec les professionnels, grâce aux investissements numériques réalisés ou en cours, et aux savoirs faires et technologies des nombreux acteurs de la chaîne de facturation des professionnels libéraux, des solutions techniques simples, transparentes et accessibles en termes de tarification pour les professionnels médecins et auxiliaires commencent à apparaître : elles sont susceptibles d'être utilisées par l'ensemble des médecins et auxiliaires dans le cadre d'un tiers-payant généralisable, conforme aux obligations légales, et volontaire en-dehors de ces cas d'obligation, au choix du professionnel.

Le calendrier et la cible de cette transformation de la chaîne de facturation, et de la chaîne de valeur qu'elle représente, sont au cœur de la concertation menée au premier trimestre 2018 : les missions, contributions et valeur ajoutée de chaque acteur sont en effet en jeu dans cette transformation, qui doit rester cohérente avec celles du système de santé et de la protection sociale, notamment complémentaire, en apportant à tous les acteurs, usagers et professionnels en premier lieu, simplification et meilleur accès aux soins, donc équité par la réduction d'inégalités de santé.

1.1.3 Le tiers-payant intégral se pratique déjà mais de manière différenciée selon les professions de santé

Le tiers-payant intégral correspond à une dispense d'avance de frais du patient sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO) ainsi que sur celle prise en charge par les organismes d'assurance-maladie complémentaire (AMC).

En 2018, le paysage des assureurs maladie obligatoires et complémentaires poursuit ses transformations résultant des lois de financement récentes ou décrites en particulier par le rapport IGAS de 2016 et par le panorama DREES de 2016 :

- Pour les régimes obligatoires l'adossement au régime général au 1er janvier 2018 du Régime social des indépendants avec une transition de deux ans et celui du régime étudiant aux deux échéances de rentrée universitaire 2018 (nouveaux étudiants) et 2019 (tous les étudiants affiliés) contribueront à simplifier la coordination entre régimes et les enjeux de système d'information et de tiers-payant, en réduisant notamment les changements de régime et les rejets de tiers-payant ;
- Pour les assurances maladies complémentaires, la réduction du nombre d'entités et leur regroupement dans des groupes de taille et solidité croissantes se poursuit en longue période sous le coup des normes prudentielles européennes (Solvabilité II) et de la mise en œuvre au 1er janvier 2016 de l'Accord national interprofessionnel qui oblige tout employeur à proposer à ses salariés un contrat collectif d'AMC.

Selon la DREES, en 2014, environ 600 AMC couvrent par des contrats collectifs (liés au contrat de travail) ou individuels 88 % de la population française[5], dont 453 mutuelles, 94 sociétés d'assurance et 26 institutions de prévoyance, qui protègent ainsi respectivement 58 %, 22 % et 20 % des bénéficiaires d'une complémentaire santé. Le nombre d'organismes a été divisé par 3 depuis 2001, essentiellement pour les mutuelles, et la concentration s'accroît : la part des 50 plus gros organismes par le chiffre d'affaires est passée de 54 % à 72 % entre 2006 et 2014[6].

Les statistiques de la CNAMTS permettent de mesurer le taux de tiers-payant de façon agrégée pour l'ensemble des actes facturés par les professions de santé ou pour chaque profession, en distinguant les différents publics ou modalités de tiers payant. S'agissant d'actes remboursables, dont le nombre et la valeur sont très différents selon les professions, le taux agrégé apparaît très élevé (92,3 % en 2017 dont 87,5 % hors cas d'obligation), mais il est influencé par la part des actes facturés en pharmacie (deux tiers des actes en nombre) et la pratique ancienne et massive du tiers-payant en pharmacie (99,5 % en 2017 dont 99,3 % hors cas d'obligation).

Les chirurgiens-dentistes ont le plus faible taux de tiers-payant de l'ensemble des professions, 10,7 % en 2017, mais ils partagent avec l'optique et l'audioprothèse deux particularités : ils sont concernés par la négociation en cours pour un reste à charge zéro, et par la pratique des réseaux de soins, décrite par le rapport IGAS de juin 2017 ; des plateformes gèrent la problématique des devis et accords préalables des complémentaires, qui remboursent la majorité de ces frais de soins, mal pris en charge sauf exception par le régime obligatoire. A l'issue de la négociation reste à charge zéro, et pour les prises en charge qui atteindront cet objectif, la pratique du tiers-payant, forte chez les opticiens et audioprothésistes, faible chez les dentistes, pourra être modifiée et favorisée selon des modalités qui restent à préciser.

Le rapport prend en compte les spécificités exprimées par chacune des professions dans la concertation et analyse spécifiquement la pratique du tiers-payant des médecins libéraux, généralistes et spécialistes, le cas échéant hors le cas particulier des radiologues[7].

---

[5] Le panier de soins couvert par la CMU complémentaire est défini règlementairement : ses 5,5 millions de bénéficiaires sont en général (dans 87 % des cas) gérés par exception par un régime obligatoire, et dans 13 % des cas par une AMC, le fonds CMU publiant annuellement la liste des AMC offrant un contrat CMUC, En revanche, seules les AMC gèrent les contrats couvrant 1,2 millions de bénéficiaires de l'Aide à la complémentaire santé (ACS), qui sont normalisés (3 niveaux de garanties dénommés A, B ou C). Tous les autres contrats sont librement négociés dans un cadre collectif ou individuel, le marché étant régulé par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), qui contrôle les organismes et leurs comptes, quel que soit le code dont relève l'AMC (code de la mutualité ou code rural pour les mutuelles, code des assurances ou code des institutions de prévoyance).

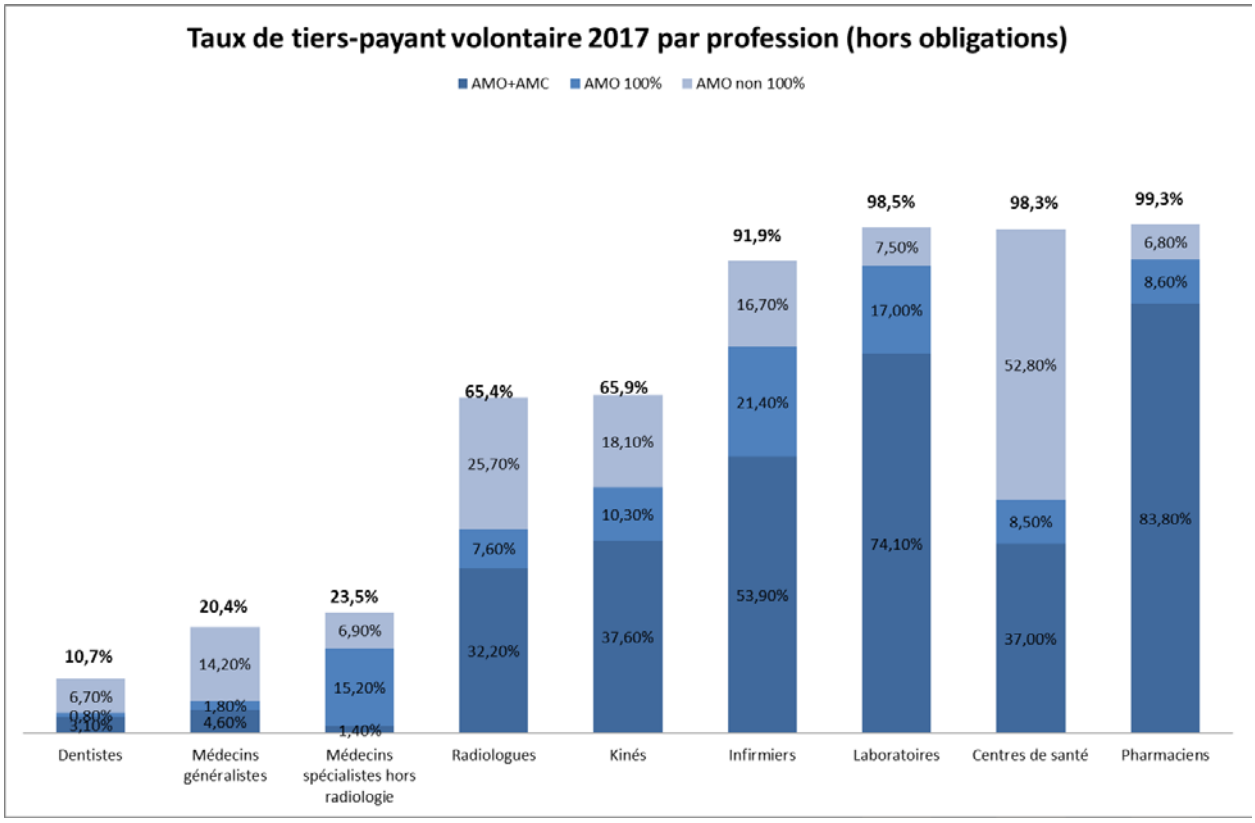
[6] Voir en annexe 2 le tableau extrait du rapport d'activité 2016 du fonds CMU (annexe 5 de ce rapport).

[7] La pratique du tiers-payant chez les radiologues est élevée compte tenu de la nature des actes de radiologie et de la règle des actes couteux, qui rend obligatoire le tiers-payant sur tous les actes coûteux (coefficient supérieur à 60 ou valeur excédant 120 €) : ainsi le taux de tiers-payant en radiologie est de 72,8 % en 2017 dont 65,4 % hors cas d'obligation. Les actes de radiologie représentant 12,3 % des actes médicaux (en nombre). Les personnes dans les cinq cas d'obligation représentent 23 % des actes de radiologie au lieu de 34 % pour l'ensemble des actes médicaux.

Les cinq cas d'obligation se répartissent en deux cas historiques sur les accidents du travail et maladies professionnelles (ATMP) et pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC), depuis sa création à compter du 1er janvier 2000, qui représentent ensemble environ 10 % des actes médicaux ; les trois cas récents découlent d'une part de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 s'agissant des bénéficiaires de l'Aide à la complémentaire santé (ACS), pour lesquels le tiers-payant est obligatoire depuis le 1er juillet 2015, et d'autre part de la loi du 26 janvier 2016, s'agissant des personnes relevant de l'assurance-maternité et des soins en rapport avec une affection de longue durée (ALD), pour lesquels le tiers-payant est obligatoire depuis le 1er janvier 2017.

Hors situations d'obligation, la pratique du tiers payant est limitée à 20,4 % pour les généralistes et 23,5 % pour les spécialistes hors radiologie en 2017, taux les plus faibles des professions de santé, après celui des chirurgiens-dentistes, comme le montre le graphique pour l'ensemble des professions.

Graphique 1 : Taux de tiers-payant volontaire 2017 par profession (hors cas d'obligation)



Source : CNAMTS ; En bleu foncé le tiers-payant AMO+AMC, bleu moyen le tiers-payant AMO 100 % et en bleu clair en haut, le tiers-payant AMO seule sans la part AMC, taux exprimés en % des actes remboursés.

1.2 Le tiers-payant généralisable

Avec l'apparition des premiers logiciels de professionnels intégrant les téléservices de droits et les outils de réconciliation, le tiers-payant intégral RO-RC devient en théorie simple, immédiat, fiable. Ces outils ont vocation à être mis à disposition des professionnels de santé souhaitant développer leur pratique de tiers-payant sur une base volontaire, hors des cas d'obligation légale, à leur choix pour tout ou partie de leur patientèle. Le tiers-payant généralisable renvoie à cette approche pragmatique.

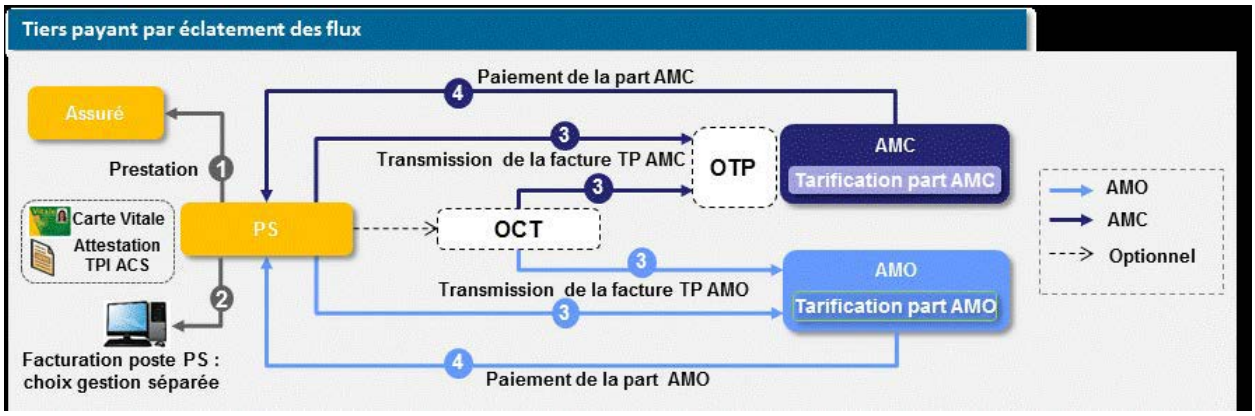
1.2.1 Les principes retenus en matière de flux de facturation

La pratique du tiers-payant intégral par le professionnel de santé s'effectue à ce jour selon le modèle suivant :

- envoi par le professionnel de santé d'un double flux de facturation, à l'AMO et à l'AMC. Dans ce cas, l'éclatement du flux peut être effectué par le PS lui-même ou délégué à un tiers, appelé organisme concentrateur technique (OCT) ;
- en variante, le professionnel de santé envoie un flux de facturation unique aux seuls organismes gestionnaires qui par exception payent et gèrent les deux parts AMO et AMC. C'est le cas notamment pour la pratique du tiers-payant intégral pour les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS, le régime général étant le gestionnaire unique, ou pour des assurés relevant de certains organismes (régimes spéciaux d'assurance-maladie des fonctionnaires et de certains salariés, gérant AMO et AMC, tels la MGEN et d'autres mutuelles de fonctionnaires, la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières ou CAMIEG…).

En dehors des publics pris en charge à 100 % par l'AMO, l'extension du tiers-payant est aujourd'hui envisagée en gestion séparée avec éclatement des flux entre AMO et AMC (cf. schéma ci-dessous), impliquant éventuellement le recours à un OCT.

Schéma 1 : La facturation en tiers-payant intégral avec double flux ou flux enrichi



Source : DSS

Du côté de l'assureur maladie obligatoire et complémentaire, la gestion des flux d'information et de paiement peut également être soit directe, si l'organisme dispose d'un portail propre (c'est évidemment le cas du régime général), soit transiter par un organisme de tiers-payant (OTP) ou un délégataire de gestion, choisis et rémunérés par l'organisme complémentaire.

1.2.2 Les nouveaux outils du tiers-payant généralisable

Actuellement, le tiers-payant intégral pour les médecins repose sur la transmission d'une demande de remboursement électronique (DRE) à l'assurance maladie complémentaire. Cette pratique reste marginale en 2017 avec 33 millions de DRE (+26 %), à comparer à 1,25 milliards de feuilles de soins électroniques (FSE). La FSE est en effet l'outil universel et accepté par les professionnels de la dématérialisation du remboursement par les régimes obligatoires, qu'il y ait ou non avance des frais. La DRE s'inscrit en revanche dans un tiers-payant encore complexe, avec un double flux critiqué par les professionnels.

Les attentes des professionnels de santé en matière de tiers-payant ont été identifiées dès l'origine et sont rappelées notamment par le rapport de février 2016 sur le tiers-payant : « répondre aux attentes des professionnels de santé : le tiers-payant doit préserver le temps médical, le professionnel de santé ne doit pas supporter le risque financer lié au tiers-payant ; le paiement du professionnel de santé doit être rapide ; le suivi du paiement des professionnels de santé doit être simple ; le professionnel de santé doit bénéficier d'une assistance facilement accessible et d'un accompagnement personnalisé. »

Les outils du tiers-payant généralisable (TPG) ayant vocation à répondre à ces attentes et à faire gagner un précieux temps de soins, sont en cours de développement et commenceront à être disponibles courant 2018. Ces outils sont :

- les outils de télétransmission Sesam-Vitale (SV), le cas échéant en mobilité (terminal portable lecteur de cartes[8]),
- des outils de vérification des droits en ligne permettant de fiabiliser la facturation. Deux téléservices ont été développés par l'assurance-maladie obligatoire et complémentaire : le premier, ADRi est en cours de déploiement avec 140.000 professionnels équipés soit 40 %, dont 48 % des médecins ; le second intitulé IDB-CLC[9] n'est pas encore déployé, des tests étant en cours pour trois éditeurs médecins. Si la garantie de paiement AMO reste associée à la carte vitale, la consultation d'IDB-CLC entraînera bien garantie de paiement pour le professionnel de santé. Ces téléservices doivent être intégrés au logiciel du professionnel de santé pour fonctionner ;
- des outils, intégrés aux logiciels, de retour d'information de facturation intégrant un lettrage bancaire, qui permettent de faciliter l'étape de rapprochement entre la facturation et le virement bancaire ;
- un service de réconciliation des flux de facturation et bancaires, qui pourra être assuré soit par le logiciel soit par un tiers (organisme concentrateur technique).

Ainsi, si le patient présente des supports de droits, carte Vitale et attestation complémentaire, le professionnel de santé équipé du logiciel mis à jour pourra, y compris en mobilité :

- lire la carte Vitale et si nécessaire interroger en temps réel le téléservice de droits des régimes obligatoires (ADRi), qui permet de diminuer très fortement un taux de rejet qui se situe encore vers 1 % chez les médecins et auxiliaires,
- scanner l'attestation complémentaire, si le patient vient pour la première fois ou a changé de complémentaire, à l'aide d'un data-matrix situé sur la carte, et interroger systématiquement et en temps réel le téléservice de droits complémentaires (IDB-CLC), qui confirme que l'adhérent est bien couvert et les garanties réelles de son contrat permettant de calculer la prise en charge par l'AMC ; ces deux points, totalement nouveaux, doivent également supprimer quasiment tout rejet ou dysfonctionnement,
- éditer un ticket permettant au patient de connaître le coût des soins,
- préparer une facturation électronique au RO (FSE) et au RC (DRE), le cas échéant en passant par un organisme concentrateur technique (OCT),

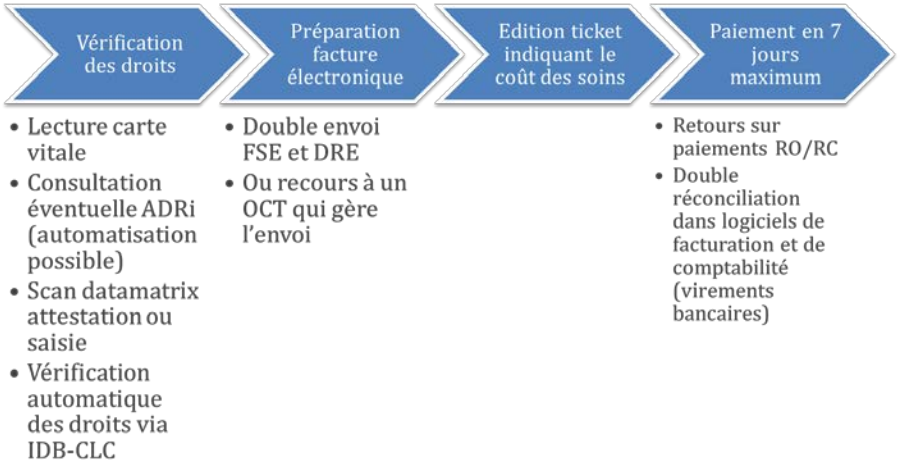
[8] Le terminal lecteur applicatif (TLA) peut lire la carte du professionnel de santé, la carte vitale de l'assuré, et une carte bancaire si elle est utilisée hors tiers-payant ; l'attestation complémentaire comporte des informations à saisir ou à scanner si le patient n'est pas encore connu du professionnel. Les éditeurs de logiciel professionnel de santé (LPS) n'ont pas encore développé d'application permettant de scanner le datamatrix avec un smartphone et de récupérer les informations sur le TLA et le LPS mais ces technologies sont courantes et gratuites.

[9] Interrogation des droits des bénéficiaires et Calcul en ligne de la part complémentaire.

- être payé en 7 jours maximum sur la base de la double garantie de paiement RO[10] et RC,
- recevoir en retour les informations de paiement du RO et du RC, les rapprocher de la facturation et des informations de virement fournies par la banque, afin d'automatiser ces rapprochements et de les rendre immédiatement lisibles. Cette dernière étape pourra le cas échéant être confiée à un OCT.

Au-delà d'un équipement logiciel adéquat (cf partie 3), l'utilisation de ces nouveaux outils suppose à ce jour que le professionnel de santé signe un contrat unique, disponible sur le portail de l'inter-AMC, et qui est commun à toutes les complémentaires santé. La signature de ce contrat déclenche la garantie de paiement associée à un engagement de délai de remboursement.

Schéma 2 : Les outils du tiers-payant généralisable en cours de développement



Source : Mission

[10] Pour le régime obligatoire, depuis mi 2016 , le professionnel de santé qui pratique le tiers payant est garanti d'être remboursé sur la base des droits présents en carte vitale, même si les droits ne sont pas jour (sous réserve qu'il n'y ait pas d'erreur de cotation ou de facturation).

Encadré n°1 : les organismes concentrateurs techniques

Historiquement, le tiers-payant s'est construit avec des organismes intermédiaires, qui réduisent ou gèrent la complexité, pour le compte des professionnels de santé ou des assureurs. Ainsi 100 % des pharmaciens et laboratoires disposent-ils d'un organisme concentrateur technique, qui est rémunéré au flux par AMO et AMC. Ce modèle n'a pas étendu aux autres professions, et selon le rapport tiers-payant de 2016, seuls 8 % des médecins et environ 2 % des auxiliaires médicaux recourent à leurs frais aux services d'un OCT, qui peut offrir en outre des services de paiement ou de réconciliation bancaire. Le site du GIE Sesam-Vitale liste 10 OCT ayant donné leur accord pour une publication de leur nom : AGETIP, AREA SANTE, CODELIS-ALMERYS, Concentrateur du soleil, Crédit Mutuel (Euro-information), Nepenthes (CGN), Pharmacom Ouest (CPO), Qualitrans telepharma, Resopharma, SNP (Sicorfe santé). Les quatre acteurs majeurs sont Resopharma en pharmacie et biologie, Telepharma (Cegedim), Sicorfé et Crédit mutuel chez les médecins et auxiliaires médicaux.

Dans le cadre des évolutions récentes[11] du cahier des charges Sesam-Vitale a été intégrée une gestion dynamique des OCT, normalisant les échanges d'information entre le professionnel et RO/RC selon que le premier choisit ou non de recourir à un OCT ou en change. Dans le respect des normes définies par le cahier des charges, le professionnel qui choisit de passer par un OCT lui adresse un flux qu'il considère unique, une feuille de soins électronique complétée ou dite « enrichie » des informations destinée à l'AMC et qui permettent à l'OCT d'éclater le flux comme le font la plupart des professionnels (en-dehors des pharmaciens et biologistes) entre FSE « pure » adressée au régime obligatoire et demande de remboursement électronique (DRE) adressée à l'AMC identifiée par l'attestation complémentaire du patient.

Encadré n°2 : la gouvernance développée par les complémentaires dans le cadre de la généralisation du tiers-payant

La généralisation du tiers-payant initiée à la suite de la loi 2016-41 a conduit assurance-maladie obligatoire et complémentaires à mieux coordonner leurs actions, dans l'environnement porté par le GIE Sesam-Vitale : - pour le régime obligatoire, les normes d'information sont définies en son nom par le GIE Sesam-Vitale,-

- pour l'assurance-maladie complémentaire, les normes sont simplifiées depuis l'ouverture en janvier 2017 du portail inter-AMC (www.tpcomplementaire.fr)

- pour l'ensemble des professionnels libéraux et centres de santé : un contrat unique vaut pour l'ensemble des AMC, OTP et courtiers adhérents. Les AMC ont également intégré le GIE Sesam-Vitale avec une part minoritaire et s'appuient sur cet organisme pour garantir la cohérence technique et la simplicité d'une architecture en partie commune.

1.3 Le retour de la concertation avec les professionnels de santé et les usagers dans le cadre d'un tiers-payant généralisable

La concertation a été menée par entretiens avec l'ensemble des acteurs concernés, notamment la plupart des organisations présentes au sein du comité de pilotage du tiers-payant, prévu par la loi, et présidé par la directrice de la sécurité sociale, qui a repris ses travaux le 18 janvier 2018 : assureurs-maladie obligatoires (CNAMTS et MGEN), complémentaires (association inter-AMC, FNMF, FFA, CTIP) et leurs organismes de tiers-payant, représentants des usagers (France Assos Santé), organisations syndicales des professionels de santé libéraux (médecins, pharmaciens,

[11] Il s'agit de l'addendum 7 de juin 2017 au cahier des charges 1.40 (annexe 5), norme que n'appliquent pas les pharmaciens, et que peu de médecins et auxiliaires médicaux encore ont adoptée. Il convient de rappeler que pour le premier versement au titre de l'année 2017 du forfait structure prévu par la convention médicale de 2016, seul l'addendum 2 bis de 2006 est exigé, par dérogation au texte de la convention qui stipule « derniers avenants au 31 décembre précédent ». Sauf nouvelle dérogation, l'addendum 7 devrait être exigible au titre de 2018 pour le versement du forfait structure.

chirurgiens-dentistes, sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes…), fédération nationale des centres de santé, fédération des maisons et pôles de santé, éditeurs de logiciels[12]. Sans reprendre ici de façon détaillée les entretiens menés et les échanges techniques dans la suite des précédentes missions, la concertation a porté sur l'actualisation des informations réciproques et développements récents, les modalités potentielles du tiers-payant généralisable et d'une approche par publics et situations prioritaires, avec leurs outils spécifiques et prérequis aux yeux des professionnels.

Malgré les améliorations et simplifications déjà apportées notamment sur le tiers-payant en part RO, que chaque profession reconnaît et qui ont contribué à réduire notamment les taux de rejets ou d'impayés ou amélioré les délais moyens de paiement et la clarté des informations de paiement, la situation début 2018 reste insatisfaisante et génère des attentes fortes de chaque profession, générales ou spécifiques.

France Assos Santé, qui fédère l'ensemble des associations agréées de représentants des usagers, reste favorable à une obligation de tiers-payant et rappelle qu'en Belgique, les progrès relatifs au tiers-payant ont été couplés avec ceux relatifs au dossier médical du patient.

Parmi les organisations concertées qui n'ont pas de réserve de principe sur le tiers-payant et souhaitent développer une pratique de tiers-payant généralisable et intégral pour l'ensemble de leur patientèle figurent :

- la fédération nationale des centres de santé,
- la fédération française des maisons et pôles de santé,
- les syndicats de sages-femmes,
- les syndicats d'infirmiers.

Tous souhaitent pouvoir disposer dans le meilleur calendrier des outils logiciels simplifiant le tiers-payant.

Le syndicat Reajgir, rassemblement des jeunes généralistes installés et remplaçants, considère dans une approche pragmatique, que sous réserve de disposer d'outils simples et efficaces et d'un flux unique, qui peut le cas échéant être adressé via un OCT, le développement du tiers-payant intégral apparait souhaitable.

Les syndicats de sages-femmes, dont 80% des actes rentrent dans les cas d'obligation, et 75% dans le régime d'assurance-maternité, avec un tiers-payant effectif à 92%, expriment des difficultés spécifiques autour des délais d'affiliation du nouveau-né, et, comme d'autres professions, de la gestion des cartes professionnelles de remplaçant. En dehors des cas d'obligation, soit pour 20% de leur activité, le taux de tiers-payant est de 45% dont 37% en tiers-payant régime obligatoire seul (hors part complémentaire). Cette profession est favorable au tiers-payant et aux outils le facilitant.

Parmi les organisations concertées qui souhaitent qu'en dehors des cas d'obligation, le professionnel puisse choisir sa pratique de tiers-payant selon les critères sociaux ou de patientèle qui lui conviennent le mieux, mais considèrent qu'une discussion collective et inter-professionnelle doit d'abord faire partager les bases du dispositif, en termes de contrat de tiers-payant inter-AMC, de normes de système d'information, notamment pour les téléservices de droits, figurent :

- l'union nationale des professionnels de santé,
- la fédération française des masseurs-kinésithérapeutes,

[12] Voir le décret 2016-439 du 12 avril 2016 pour la composition du comité et la liste des personnes rencontrées en fin de rapport.

- le syndicat national des masseurs-kinésithérapeutes,
- la fédération des syndicats pharmaceutiques de France.

Les mêmes organisations s'associent pour promouvoir l'émergence d'un nouvel acteur OCT et établissement de paiement[13], qui déploierait ses activités dans un calendrier à préciser, après agrément par l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) et tests techniques, pour offrir à l'ensemble des professionnels intéressés, notamment médecins et auxiliaires, des services de paiement et de traitement des flux. Le syndicat des médecins libéraux (SML) indique partager ce souhait.

La confédération des syndicats médicaux français (CSMF) considère que l'objectif de dispense d'avance de frais peut être poursuivi par différents moyens, une solution alternative au tiers-payant étant le développement de solutions bancaires de débit différé santé. Ces solutions peuvent prendre plusieurs formes : dispositif de débit différé ou d'échelonnement sur les cartes bancaires existantes ou diffusion de cartes bancaires dédiées aux dépenses de santé. Déjà étudiées début 2015, ces solutions n'avaient pas été retenues dans un autre contexte, notamment pour les raisons suivantes, qui demandent à être actualisées en 2018, en complément ou en attente de la montée en charge du tiers-payant généralisable[14] :

- seuls 35 % des médecins étaient équipés en 2014 d'un terminal de paiement électronique (ou TPE, acceptant une carte bleue), mais ce taux progressait rapidement. Il était de 27 % en 2012, les chirurgiens-dentistes étant à 58 % la même année ; les données actualisées en 2018 par le GIE cartes bancaires sont d'environ 50 % pour les médecins et près de 80 % pour les chirurgiens-dentistes ;
- 10 % des français demeuraient sans carte bancaire en 2014 ;
- le mécanisme proposé par plusieurs établissements bancaires, et privilégié par la CSMF, repose sur l'acceptation du médecin ou professionnel qui paie le coût mensuel ou annuel des services associés (TPE, de plus en plus répandu, coût de son utilisation et du différé) : les chiffrages de 2015 pour un chiffre d'affaire moyen des médecins demeuraient élevés mais semblent avoir évolué à la baisse ; le service est gratuit pour l'assuré, débité à J+12 à 20 selon les hypothèses, après remboursement RO et RC. Le professionnel paie le service, est crédité à J+1 et ne supporte pas de risque financier (couvert par la garantie carte bleue) ni de complexité (rapprochement). Bien qu'il relève de leur seule initiative, peu de médecins ou autres professionnels semblent utiliser ce différé santé.

MG France n'exprime pas d'opposition de principe au tiers-payant mais ne souhaite pas discuter de tiers-payant avec part complémentaire tant que les rejets des régimes obligatoires ne sont pas substantiellement réduits de leur niveau actuel d'environ 1 %.

L'ensemble des organisations médicales, et la FMF en particulier, souhaitent que le tiers-payant soit généralisable en permanence des soins ambulatoire (PDSA), que la facturation soit effectuée en mobilité ou en point fixe et maison médicale de garde (MMG), dans le cadre des cahiers des charges régionaux de la PDSA. Si un tiers-payant coordonné par le régime obligatoire (par exception, comme pour l'ACS) est souhaité par la FMF, des solutions techniques équivalentes semblent disponibles à compter de 2018, et intéresser les associations de permanence des soins. En effet, soit un flux unique enrichi est adressé via un OCT, soit le logiciel métier des associations de PDSA

[13] Les établissements de paiement sont autorisés à fournir des services de paiement depuis l'ordonnance 2009-866 du 15 juillet 2009, mais contrairement aux établissements de crédit, ils ne peuvent effectuer des opérations de banque ou de crédit, gérer des valeurs mobilières et des produits financiers.

[14] Un code activité INSEE (NAF) permet au TPE de reconnaître un médecin ou professionnel de santé, sinon la transaction n'est pas autorisée.

(maisons médicales de garde –MMG- et effecteurs mobiles) gère de façon automatisée les interrogations de droits RO-RC qui sécurisent le double flux. Un équipement spécifique des effecteurs en terminaux portatifs adaptés ou des points fixes et MMG semble possible, les médecins participant à la PDSA utilisant dans ces circonstances hors de leur cabinet principal, non pas leur logiciel habituel, mais celui de l'association ou de la MMG, en y insérant leur carte de professionnel de santé (CPS).

L'ensemble des organisations médicales rencontrées participe aux discussions conventionnelles en cours sur la télémédecine, pour les deux situations de téléconsultation et téléexpertise. Selon le précédent déjà établi pour la rétinopathie diabétique[15], partagée entre l'orthoptiste qui réalise la rétinographie avec le patient, et l'ophtalmologue qui a prescrit l'examen et en assure la lecture différée hors présence du patient, le logiciel du premier recueille et adresse au second les informations nécessaires pour sa facturation. Une évolution des standards Sesam-Vitale est cependant nécessaire pour que la dissociation physique entre le patient (et sa carte Vitale) et le professionnel requis (et sa carte de professionnel de santé) ne se traduise pas par un flux Sesam Vitale dit dégradé : la sécurisation actuelle des flux exige que le même terminal lise les deux cartes.

Les mêmes modalités, applicables à tous les patients en ALD ou en prise en charge AMO à 100 %, sont prévues par la CNAMTS pour être étendues aux prises en charge qui entreront dans le futur avenant conventionnel. Le cas de patients avec une part complémentaire pourra être traité également par les logiciels métiers et de facturation avec les outils du tiers-payant généralisable, soit interrogation du téléservice de droits complémentaires (IDB-CLC), le cas échéant avec OCT.

De façon générale, les organisations rencontrées se sont montrées ouvertes aux solutions et situations les plus simples, telle l'extension volontaire du tiers-payant généralisable aux cas résiduels de prise en charge à 100 % par le RO, sans obligation juridique de tiers-payant (pensionnés d'invalidité et prévention). Elles se sont montrées ouvertes à une approche prioritaire en direction des jeunes de 18 à 25 ans, notamment étudiants.

Le choix de publics et situations cibles choisies librement par le professionnel, médecin ou autre, pourrait être facilité par les outils du TPG, avec ou sans OCT, en proposant au professionnel de cocher une ou plusieurs populations ou situations cibles pour sa pratique du tiers-payant, le cas échéant générale si c'est son choix, notamment en centre de santé ou maison ou pôle de santé.

Parmi les organisations avec une pratique massive du tiers-payant, pharmaciens (union syndicale des pharmaciens d'officine et fédération des syndicats pharmaceutiques de France), biologistes (syndicat des biologistes), et radiologues (fédération française des médecins radiologues), des demandes d'améliorations et de simplification spécifiques existent, sur les attestations complémentaires notamment, mais le téléservice ADRi est apprécié ; en revanche la compatibilité du téléservice de droits complémentaires et des bases de droits existantes utilisées par les OCT reste à définir dans les deux secteurs pharmacie et biologie.

Les organisations de chirurgiens-dentistes demandent également des simplifications ou automatisations, notamment pour les actes suivants un examen bucco-dentaire, pris en charge à 100 % par l'AMO et réalisés en tiers-payant ; compte tenu des spécificités rappelées pour les soins dentaires, les évolutions potentielles dans ce secteur restent à définir, mais un tiers-payant volontaire sur des populations avec problématique d'accès aux soins (personnes en situation de handicap ou pensionnés d'invalidité) peut être envisagé.

[15] En application du décret 2014-1523 du 16 décembre 2014, autorisant la création d'un traitement de données à caractère personnel pour le dépistage de la rétinopathie diabétique, et de l'évolution 69 du cahier des charges Sesam-Vitale de février 2015.

2 SUR LA PART OBLIGATOIRE, LA DIFFUSION DES OUTILS ET L'AMELIORATION CONTINUE DU PROCESSUS DE PAIEMENT DOIVENT SE POURSUIVRE

2.1 La poursuite du déploiement des outils est nécessaire pour approcher 100 % de tiers-payant sur les cas légaux d'obligation

2.1.1 Le tiers-payant obligatoire doit poursuivre sa montée en charge

Le tiers-payant dit obligatoire s'applique aux bénéficiaires suivants[16] :

- Victimes d'accidents du travail-maladie professionnelle (AT-MP), depuis l'origine ;
- Patients bénéficiaires de la CMU-C (5,5 millions de personnes), depuis la création de la CMU en 2000 ;
- Patients bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé (ACS) (1,2 million de personnes) depuis le 1er juillet 2015, sur les parts obligatoires et complémentaires ;
- Patients atteints d'une affection de longue durée (ALD) (11 millions de personnes) pour les soins en rapport avec cette affection depuis le 31 décembre 2016 ;
- Bénéficiaires de l'assurance maternité (environ 0,5 million de personnes par an) depuis le 31 décembre 2016.

Pour l'année 2017, les taux de tiers-payant agrégés pour l'ensemble des professionnels de santé sont proches d'une généralisation de fait pour les bénéficiaires de la CMU-C (99,6 %), l'AT-MP (99,4 %), les bénéficiaires de l'ALD (98,6 %). Pour les bénéficiaires de l'assurance maternité le taux est légèrement en retrait (91,2 %) mais progresse légèrement (92 % au dernier trimestre 2017 contre 90 % au dernier trimestre 2016).

S'agissant des seuls actes médicaux, les taux 2017 sont de 98,6 % pour la CMUC et de 98,0 % pour les AT-MP, mais des marges de progrès importantes perdurent pour les bénéficiaires de l'ACS (91,8 %), les ALD (81,1 %) et la maternité (56,6 %). 17 millions d'actes médicaux demeurent hors tiers-payant pour les soins en rapport avec l'ALD et 2,6 millions pour la maternité.

2.1.2 Le déploiement des outils facilitant la pratique du tiers-payant reste inachevé

Comme souligné par le rapport IGAS d'octobre 2017, la pratique du tiers-payant suppose un équipement logiciel pour être mise en œuvre par le professionnel de santé de manière simple, fiable et rapide. Au-delà des postures de principe maintenues par certaines organisations malgré l'obligation légale pour les soins en rapport avec une ALD et la maternité, l'incomplète diffusion ou

[16] Le cas de l'Aide médicale d'Etat (AME) n'est pas étudié ici : le patient n'est pas assuré au régime obligatoire et ne dispose pas de carte vitale ; sa prise en charge pour un an sous condition de ressources est vérifiée par une attestation spécifique et financée par le budget de l'Etat. Elle couvre pour 35 % des soins de ville et pour 65 % des soins hospitaliers. Elle est gérée spécifiquement par le régime général, en tiers-payant. L'AME, depuis la réforme de la CMU, s'adresse aux seuls étrangers en situation irrégulière, hors demandeurs d'asile, et sous condition pour les majeurs de résidence depuis plus de 3 mois sur le territoire. Le nombre de bénéficiaires est estimé à environ 300.000 personnes. Le cas particulier de la prise en charge des détenus n'a pas été étudié non plus : ils n'exposent aucun frais de santé pendant leur détention, et sont en cas d'aménagement de peine ou après leur détention soit assurés sociaux soit bénéficiaires de l'AME dans les conditions générales, avec des spécificités ou difficultés, notamment d'attestation de droits, qu'il demeure nécessaire d'améliorer. Ces deux cas ne sont pas inclus dans les statistiques CNAMTS de FSE et de tiers-payant. Ces deux cas ne sont pas inclus dans les statistiques CNAMTS de FSE et de tiers-payant.

disponibilité de logiciels à jour freine encore en 2017 le tiers-payant dans ces deux cas de prise en charge à 100 % et d'obligation légale :

- l'équipement en matériel de télétransmission des feuilles de soins (pour la part obligatoire) et l'émission d'une demande de remboursement électronique (DRE) pour la part complémentaire. Or selon le GIE Sesam-Vitale, le taux de télétransmission en juin 2017 est seulement de 62 % pour les médecins spécialistes, ce qui constitue de fait un premier frein à la pratique du tiers-payant ;
- l'intégration dans les logiciels de professionnels de santé des fonctionnalités, décrites dans des avenants au cahier des charges SESAM-Vitale et destinées à faciliter leur pratique du tiers-payant, s'effectue à un rythme lent.

Encadré n°3 : les avenants SESAM Vitale facilitant la pratique du tiers-payant

Le GIE SESAM Vitale est chargé de la définition du cahier des charges que doivent respecter les éditeurs de logiciel s'ils souhaitent développer un progiciel compatible avec l'utilisation de la carte vitale de l'assuré. Regroupant les assurances maladies obligatoires et complémentaires, il s'assure de la compatibilité des outils du tiers payant déployés par les différents acteurs, ainsi que de la cohérence du système de facturation.

Différents avenants au cahier des charges SESAM Vitale ont été définis pour faciliter la pratique du tiers-payant :

- Avenant « TPi ACS » :

  Détection bénéficiaire ACS

  Détection du type de contrat A, B ou C

  Calcul en automatique de la part complémentaire et du reste à charge assuré en fonction des garanties du contrat complémentaire

  Positionnement en automatique TP RO+RC en fonction du paramétrage (TPi coordonné AMO ou TP RO & RC)
- Avenant « TP 100 % ALD/maternité » : positionnement en automatique TP RO (assurance maternité ou soins en rapport avec ALD)
- Avenant « TP généralisé » :

  Positionnement en automatique de la facture en TP RO en présence d'une carte Vitale

  Levée du contrôle de fin de droits de base si CV non à jour depuis plus de 12 mois

  Possibilité de transmettre, en automatique au centre support, un rapport suite à un rejet de facture

  Contrôle de doublon de facture

  Capacité de la solution SESAM Vitale de transmettre via un OCT
- Avenant « Suivi des factures en tiers-payant » :

  Exploitation des retours NOEMIE 580 pour faciliter le suivi des factures

  Export des virements pour le rapprochement comptable

Ainsi, à fin décembre 2017, le GIE Sesam Vitale, qui publie ces données chaque semaine, appréciait ainsi le déploiement des avenants tiers-payants les plus récents :

- le déploiement de l'avenant ACS, publié en avril 2015, est bien avancé, avec 94 à 96 % des médecins, dentistes et auxiliaires médicaux ayant mis à jour leur logiciel, le potentiel étant de 98 % du marché compte tenu des développements réalisés par 76 % des éditeurs du marché ;
- le déploiement de l'avenant obligatoire ALD/maternité demeure inachevé deux ans après sa publication : les développements n'ont été assurés que par 49 % des éditeurs représentant 80 % de part de marché. Par rapport à ce potentiel, 79 % des médecins sont équipés, mais seulement 65 % des dentistes, 57 % des auxiliaires médicaux et 53 % des centres de santé ;
- le déploiement de l'avenant intitulé « Suivi des factures en tiers-payant » demeure insuffisant, alors qu'il vise à répondre aux attentes de simplification des professionnels. Publié en décembre 2015, il doit alléger la charge administrative relative au suivi des paiements en unifiant la norme de retour des paiements émis par les régimes vers le professionnel de santé et en prévoyant l'intégration aux logiciels de tableaux de bord de suivi des remboursements et des rejets. Pour un potentiel de 58 % des professionnels, seuls 26 % sont équipés, 29 % des médecins, 22 % des centres de santé et 35 % des dentistes, qui marquent une attente plus forte que les auxiliaires médicaux (24 % d'équipement).

La convention médicale de 2016 a prévu une incitation à la modernisation des outils des médecins libéraux sous la forme d'un forfait structure. Les articles 20, 20.1 et 20.2 de la convention médicale de 2016 détaillent ce forfait structure, dont le montant évolue au titre des années 2017 à 2019 de 250 à 660 points soit 1750 à 4620 € (le point vaut 7 €), avec un premier volet de prérequis qui conditionne le second volet. Les prérequis intègrent un logiciel métier avec logiciel d'aide à la prescription, une messagerie sécurisée de santé, la mise à jour des avenants Sesam-Vitale au 31 décembre précédent, un taux de télétransmission d'au moins 2/3 et l'affichage des horaires d'ouverture du cabinet. Ces prérequis sont valorisés 175 à 280 points soit 1225 à 1960 € pour les trois années citées.

Le versement au titre de 2017 est prévu pour être conditionné par la mise à jour des logiciels intégrant les deux avenants ACS et ALD/maternité, ce qui devrait donc permettre en 2018 une amélioration des taux de pratique de tiers-payant sur les cas obligatoires. L'article 20 indique : « Si l'UNOCAM ne s'engageait pas sur la participation des organismes complémentaires d'assurance-maladie dans les conditions prévues par l'article 15.4.1 (qui concerne le forfait patientèle médecin traitant), les partenaires conventionnels conviennent de réexaminer en 2017 les conditions d'évolution du forfait structure. »

La montée en charge du forfait structure dans le cadre de la convention médicale doit intégrer comme prévu dès que possible l'ensemble des outils logiciels pour simplifier le tiers-payant et regagner du temps médical. Il en va de même pour l'ensemble des professions.

2.1.3 La solution ADRi, efficace pour fiabiliser la facturation, reste insuffisamment déployée et utilisée

Le service ADRi, intégré au logiciel de facturation du professionnel de santé, permet de consulter les droits actualisés du patient au régime obligatoire. Il permet ainsi au professionnel de santé de vérifier la situation d'un patient même en l'absence de carte Vitale, ou de fiabiliser sa facturation en cas d'absence de mise à jour de la carte Vitale.

En cas de dispense d'avance de frais, la consultation d'ADRi, si elle n'apporte pas de garantie de paiement à proprement parler, celle-ci restant liée aux droits inscrits en carte vitale, permet au professionnel de santé de fiabiliser sa facturation et donc de sécuriser son remboursement par l'AMO en s'assurant de la réalité des droits du patient. Ce service peut en outre permettre de mieux identifier les patients ayant droit au tiers-payant obligatoire (vérification des cas de 100 % en lien avec la maternité notamment).

Actuellement, ADRi est une option du cahier des charges SESAM-Vitale, ce qui signifie que les éditeurs de logiciel n'ont pas d'obligation de l'intégrer. En février 2018, environ 70 % des éditeurs ont intégré ce service mais seuls 63 % des centres de santé et des médecins peuvent en disposer. Pour les chirurgiens-dentistes et les auxiliaires médicaux, la présence d'ADRi dans l'offre logicielle est meilleure avec des taux supérieurs à 80 %. Pour ce potentiel, seuls 49 % des médecins étaient équipés et 26 % utilisateurs. Pour les centres de santé, ces taux sont encore plus bas avec 36 % de professionnels équipés et 19 % d'utilisateurs. Toutefois, la tendance reste à la hausse tant pour le déploiement de l'offre que s'agissant de l'équipement et de l'utilisation du service.

La transformation d'ADRi en avenant, obligatoirement intégré au cahier des charges SESAM-Vitale, pourrait être de nature à faire progresser l'offre logicielle. Un effort de communication auprès des professionnels de santé pouvant en disposer restera à faire pour s'assurer de la diffusion du service.

Bien que le tiers-payant des bénéficiaires de l'ACS soit coordonné par le régime obligatoire, des complexités demeurent pour le médecin (8,2 % de hors tiers-payant soit 1 million d'actes médicaux) : une meilleure automatisation des dates de droits et des trois types de contrats (A, B ou C), après interrogation d'ADRi si nécessaire, devrait simplifier et favoriser un tiers-payant effectif.

2.2 Le processus d'amélioration continue mis en place par l'assurance maladie obligatoire doit être renforcé

Le service offert par l'AMO dans le cadre du tiers-payant repose sur un certain nombre d'engagements :

- garantie de paiement dans un délai maximal de 7 jours ouvrés lorsque la feuille de soins est transmise de manière électronique[17] ;
- attention portée aux taux de rejets, qui constituent un indicateur clé de fiabilité du tiers-payant ;
- accompagnement des professionnels de santé via un service de réponse téléphonique et messagerie commun à l'ensemble des AMO, le CESI (centre de services inter-régimes), adossé à la CPAM de la Marne.

Les délais de paiement sont assurés et les pénalités associées en baisse entre le second semestre 2016 et le premier semestre 2017. Pour le régime général, au troisième trimestre 2017 le délai moyen de remboursement des FSE toutes caisses et toutes catégories de professionnels de santé est de 3,02 jours, et de 4 jours pour le neuvième décile[18]. Ces délais sont respectivement de 1,25 et 2 jours pour la mutualité sociale agricole (MSA) et de 1,97 et 4 jours pour le régime social des indépendants (RSI).

[17] Décret n°2016-41 du 3 août 2016 ; articles D. 161-13-3 du code de la sécurité sociale (délai maximal), et article D. 161-13-4 (pénalité)

[18] Délai du 9e décile : 90 % des FSE ont été payées au professionnel de santé dans un délai inférieur ou égal à la valeur indiquée.

Les taux de rejets dans le cadre du tiers-payant des régimes obligatoires pour les feuilles de soins électroniques sont de l'ordre de 1 % globalement, avec une baisse régulière. Pour cela, l'AMO a réalisé des travaux d'harmonisation des règles de traitement des factures en inter-régime, qui vont se poursuivre en 2018 avec la gestion des mutations inter-régimes notamment, ainsi que d'harmonisation des libellés de rejets.

Ces taux doivent continuer à être améliorés, particulièrement en dehors du régime général et pour certains professionnels de santé qui connaissent les taux les plus élevés (3 % chez les chirurgiens-dentistes, 4 % pour les centres de santé notamment). Le cas particulier des accidents de travail et maladies professionnelles, qui présentent des taux de rejet de 3,2% en moyenne pour l'année 2017 pour le régime général, et des difficultés spécifiques hors du régime général, notamment de rectifications tardives, doit également être traité.

Des guides de réduction des principaux rejets par professionnel de santé sont en cours de développement par l'AMO, qui devra poursuivre le travail d'accompagnement profession par profession, au sein de groupes de travail ad hoc. Avec les téléservices de droits obligatoires et complémentaires, diminuer dans les trois ans, au moins par trois le taux global de rejet de 1 % et les autres dysfonctionnements, semble un objectif accessible et partagé, répondant aux attentes des professionnels et dans l'intérêt de tous les acteurs, patients et assureurs compris.

Le CESI continue par ailleurs sa montée en charge. Ouvert aux médecins, centres de santé et dentistes, il sera étendu en 2018 à d'autres professions. Le nombre d'appels connait une tendance à la hausse, avec 1 333 appels hebdomadaires en moyenne. 29 % des contacts sont liés à l'aide à l'exploitation des rejets, 20 % concernent la recherche d'impayés, 36 % regroupent des questionnements autour du tiers-payant (règlement, mise en œuvre, modalités de facturation). S'agissant du régime général, les délais moyens de traitement, de 3 jours en moyenne entre septembre 2017 et mars 2018, sont satisfaisants. Les délais de réponse restent toutefois hétérogènes selon les régimes et doivent encore être améliorés dans le cadre des travaux inter-régimes.

Recommandation n°1 : **Poursuivre l'amélioration continue du tiers-payant RO, avec pour objectif d'améliorer encore les taux de rejets et se rapprocher à trois ans (fin 2020) de 100 % de tiers-payant en ACS, ALD et maternité**

L'enjeu est également de continuer à faire progresser la pratique de tiers-payant pour les trois cas d'obligation légale (ACS, ALD et maternité), avec un potentiel de 21 millions d'actes médicaux supplémentaires en tiers-payant : demeurent hors tiers-payant en 2017 1 million d'actes médicaux en ACS (8 %), 17 millions en ALD (soins en rapport, soit 19 %), et 2,6 millions en maternité (43 %), ou un objectif qui pourrait être proposé à trois ans (fin 2020) de rejoindre le taux de tiers-payant en ATMP ou CMUC soit 98 %.

3 SUR LA PART COMPLEMENTAIRE, LES NOUVEAUX OUTILS SE DEPLOIERONT EN 2018 ET 2019 POUR PERMETTRE UN TIERS PAYANT SIMPLE ET SUR

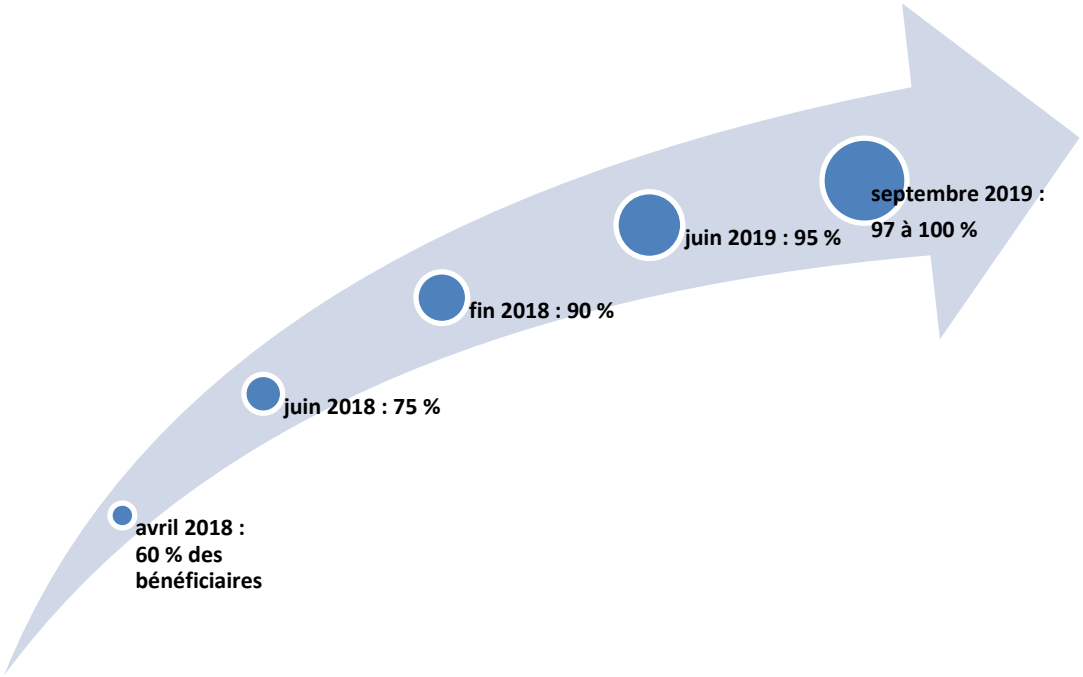
3.1 Le calendrier prévisionnel de déploiement des outils

En vue de l'établissement du présent rapport, des discussions approfondies ont eu lieu avec l'Inter-AMC, les organismes de tiers-payant ainsi que les principaux représentants des éditeurs de logiciel. Elles ont permis de retracer le calendrier prévisionnel de déploiement des téléservices IDB-CLC tel qu'indiqué par ces différents acteurs :

i. **Accrochage des organismes complémentaires aux téléservices IDB-CLC :**

- Selon l'association Inter-AMC, qui a effectué une enquête auprès de ses membres pour les besoins de la mission, cet accrochage, certifié par un laboratoire indépendant, concerne actuellement 60 % des bénéficiaires[19]. La montée en puissance devrait se poursuivre pour atteindre 90 % des bénéficiaires à fin 2018, 95 % en juin 2019 et 97 à 100 % en septembre 2019 comme retracé dans le schéma ci-dessous et en tenant compte de 3 % de non-réponses dans l'enquête inter-AMC ;

Calendrier de raccrochage des complémentaires aux services IDB-CLC



Source : Inter-AMC

- Les entretiens réalisés par la mission avec l'association inter-AMC et avec les organismes de tiers-payant (OTP)[20], qui gèrent le tiers-payant pour un grand nombre de complémentaires, confirment globalement ces chiffres. Ainsi, trois OTP représentant environ 27 millions de bénéficiaires (47 % environ de la population française 2017 couverte par une complémentaire) sont actuellement agréés, quatre autres et une complémentaire gérant seule son tiers-payant (soit 21 millions de bénéficiaires environ) prévoient un agrément en 2018, ce qui donnerait un taux approximatif de 83 % des bénéficiaires à fin 2018 avant prise en compte du raccrochement des délégataires ne passant pas par un OTP ;

[19] Les AMC ont été invitées à déclarer les bénéficiaires ou personnes couvertes en 2017. Selon les indications de la DREES, 95 % de la population française (67 millions en 2017, outre-mer dont Mayotte inclus) est couverte par une complémentaire, dont 6,5 % par la CMUC, soit 88,5 %x67=59,3, soit une cible arrondie à 60 millions de personnes à couvrir par le téléservice IDB-CLC, compte tenu d'un taux indéterminé de doublons. Les pourcentages du schéma sont rapportés à cette cible, en tenant compte de 3 % de non-réponses à fin février. Ces effectifs intègrent vraisemblablement les contrats ACS et la faible part de CMUC gérés par un AMC (respectivement 1,2 et 0,6 millions de bénéficiaires). Ces deux cas de tiers-payant sont obligatoires selon la loi, coordonnés techniquement par le régime obligatoire, et ne nécessitent pas la vérification des droits et garanties par IDB-CLC, compte tenu des informations dont dispose le régime obligatoire.

[20] Les organismes de tiers-payant sont membres de l'association inter-AMC qui en liste une dizaine de taille et statuts divers. Les trois plus importants assurent le tiers-payant pour plus de dix millions de personnes : Almérys, SP Santé et Viamedis. Six autres concernent entre 2 et 5 millions de personnes pour un tiers-payant médecins-auxiliaires : I-Santé, Korelio/Pro BTP, Carte blanche partenaires, ACTIL. Deux organismes sont plus locaux et concernent moins d'1 million de

- Selon les projections de l'association Inter-AMC, le service IDB-CLC serait proche de l'exhaustivité à fin septembre 2019. Sa montée en charge sur cette période sera suivie tant par le GIE Sesam-Vitale que par le programme parallèle et concomitant de dématérialisation du recouvrement des établissements de santé auprès des organismes complémentaires (ROC), qui fait appel aux mêmes annuaires de droits et garanties. Il convient de rappeler que le téléservice IDB-CLC est un outil de fiabilisation et de simplification pour le professionnel, parmi d'autres, du contrat unique inter-AMC à la dématérialisation (demande de remboursement électronique ou DRE adressée à l'AMC) et à la réconciliation bancaire : un taux de couverture des bénéficiaires dépassant 90 % fin 2018 semble donc acceptable par les professionnels qui à cette date ou sur la période auront pu s'équiper des outils logiciels adéquats, qui restent à développer et diffuser.

ii. **Développements par les éditeurs de logiciels intégrant ces téléservices et agrément de leur solution** : aucun éditeur n'a à ce jour été agréé[21] :

- Pour les médecins : la procédure d'agrément est ouverte depuis septembre 2017[22]. Trois éditeurs de logiciels pour médecins ont signé une convention de test avec le CNDA et sont susceptibles d'obtenir un agrément au deuxième trimestre 2018. Les principaux éditeurs restent toutefois, en l'absence de visibilité sur l'orientation des pouvoirs publics, la demande des professionnels et le niveau des tarifications, peu enclins à développer ces services et annoncent en tout état de cause des délais de développement de 12 à 18 mois, tenant compte des délais d'intégration dans une version du logiciel avec d'autres services ;
- Pour les centres de santé, le cahier des charges est commun avec celui des médecins, mais aucun éditeur n'est en phase de test ;
- Pour les auxiliaires médicaux : le cahier des charges de la solution IDB-CLC est en cours de publication et l'agrément devrait être ouvert fin mars 2018. L'appétence des éditeurs de logiciels est plus forte au regard de la demande des professionnels de santé, les deux principaux éditeurs se préparent aux tests ;
- Pour les autres professions qui ont des spécificités fortes et une pratique massive ou élevée du tiers-payant intégral, les adaptations et évolutions n'ont pas encore été définies.

iii. **Déploiement sur le poste de travail des professionnels de santé : selon les acteurs, cette étape pourrait prendre de 6 à 12 mois**, à l'instar de ce qui est observé sur les délais de mise à jour des logiciels des professionnels pour les avenants TPi ACS et TP ALD-MAT. 3 000 médecins libéraux (dont moitié de radiologues) ont signé le contrat unique inter-AMC à ce jour[23].

---

personnes : Progexia et Synergie Mutuelles. Ils gèrent indifféremment pour les trois familles d'AMC, mutuelles, sociétés d'assurance, institutions de prévoyance, directement ou par l'intermédiaire de clients courtiers ou délégataires de gestion. SP Santé et I-Santé sont filiales du même groupe (Cegedim)

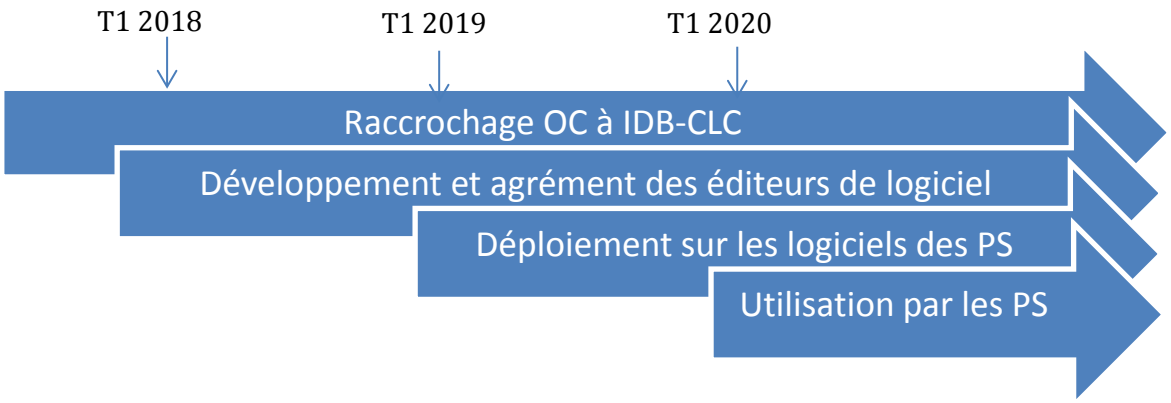
[21] A la demande de l'assurance-maladie, son service basé à Angers, le Centre national de délivrance des agréments (CNDA) vérifie avant sa commercialisation que tout nouveau logiciel de professionnel de santé répond aux cahiers des charges Sesam-Vitale.

[22] Parallèlement aux tests similaires réalisés en matière de facturation des établissements de santé (programme ROC dont la généralisation est prévue pour démarrer en avril 2019), les éditeurs sont donc en situation dès 2018 de faire les développements nécessaires pour les téléservices IDB-CLC et les professionnels concernés de les tester auprès d'une part importante des AMC.

[23] Le mode transitoire prévu par le contrat unique inter-AMC pour une fraction résiduelle de bénéficiaires intègre également la garantie de paiement sur la part complémentaire pour la fraction de bénéficiaires qui demeurerait transitoirement non couverte.

Le calendrier de déploiement des outils IDB-CLC tel qu'il découle de ces indications est représenté ci-dessous.

Schéma 3 : Calendrier prévisionnel de déploiement des téléservices IDB-CLC



Source : Synthèse des différentes positions établie par la mission

Au regard de ces difficultés, et notamment des positions des éditeurs de logiciel médecins et de la lenteur observée pour l'intégration des mises à jour dans les logiciels des professionnels de santé, la tenue d'un tel calendrier supposerait à minima de prendre les mesures suivantes :

- l'intégration de l'option ADRi et de la norme IDB-CLC au sein du cahier des charges Sesam-Vitale, le cas échéant au sein d'un avenant TPG revisité et identifié comme TP généralisable et non plus généralisé, afin d'inciter les éditeurs, notamment des médecins, à l'intégration de ces normes
- l'intégration au label de l'agence des systèmes d'information partagés (ASIP) pour les maisons et centres de santé 2018 des trois avenants (ADRi, IDB-CLC, retours sur paiements 580) et de la réconciliation bancaire;
- l'intégration de ces téléservices dans l'équipement des professionnels au plus tard fin 2019 ou 2020 conditionnerait, à l'exception éventuelle du téléservice IDB-CLC, qui pourrait rester déconnecté compte tenu de sa nature « complémentaire », le versement par la CNAMTS du forfait structure début 2020 ou 2021[24] en application de la convention médicale du 20/10/16 (médecins hors SISA[25]) et de l'accord conventionnel interprofessionnel du 24/7/17 relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles (libéraux en SISA et salariés en centres de santé).

[24] Selon la convention médicale, article 20-1 Premier volet du forfait structure (prérequis), le professionnel doit être équipé d'un logiciel agréé Sesam-Vitale intégrant les avenants au 31/12 précédent. Le premier versement au titre de 2017 a prévu une dérogation pour l'avenant de décembre 2015 Suivi des factures tiers-payant. Il est donc possible, selon la date de transformation des options ADRi et IDB-CLC en avenants, en 2018 ou 2019, de les inclure ou non pour conditionner le forfait structure 2019 ou 2020. IL est possible aussi d'intégrer comme avenant ADRi en 2018 (intégration pour le forfait structure au titre de 2019), afin de conforter la dynamique engagée d'usage d'ADRi, et de procéder de même avec IDB-CLC en 2019 ou à terme (idem intégration décalée au forfait structure 2020 ou à terme). Fin décembre 2017, selon le GIE SV, 40 % des professionnels de santé étaient équipés d'ADRi (et 22 % l'utilisaient) pour un potentiel de 67 % compte tenu des développements réalisés par les éditeurs.

[25] La société interprofessionnelle de soins ambulatoires ou SISA a été créée pour regrouper des professionnels libéraux, favoriser la coordination entre professions et permettre un versement à la SISA, que se répartissent librement les professionnels concernés.

Recommandation n°2 : **Intégrer les nouveaux téléservices ADRi et IDB-CLC au cahier des charges Sesam-Vitale et au label ASIP maisons et centres de santé 2018 afin d'accélérer la dynamique d'équipement des professionnels de santé**

3.2 Les points d'attention et les solutions encore à construire

3.2.1 Sur le plan technique, différents chantiers restent à conduire pour permettre le déploiement des solutions selon le calendrier présenté

En particulier, la mission a identifié les prérequis suivants pour une utilisation fluide des téléservices :

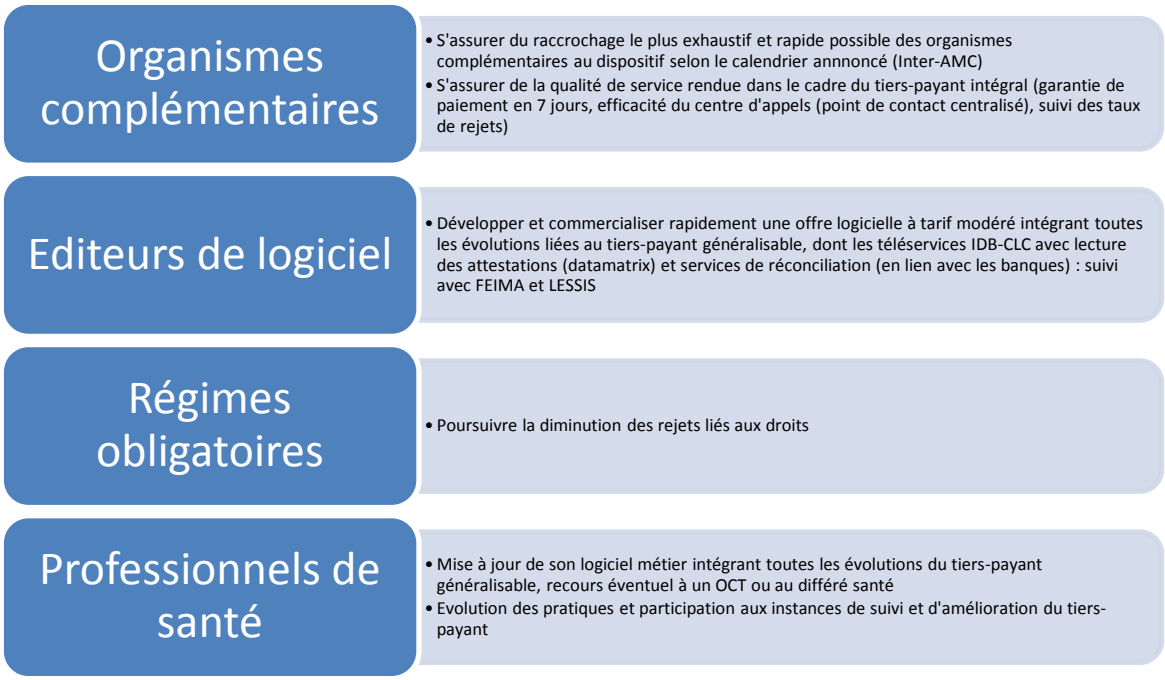
- Le raccrochage quasi-exhaustif des complémentaires au dispositif. A titre indicatif, un taux de 90 % signifierait en pratique qu'une fois sur dix le logiciel du professionnel ne serait pas capable d'identifier et donc de sécuriser les droits pour le patient, et que la garantie de paiement aurait donc comme support les droits inscrits sur l'attestation papier du patient, taux qui semble transitoirement acceptable avant d'atteindre 100 % au plus vite en 2019;
- Le développement par les éditeurs de solutions permettant d'interfacer le logiciel avec des applications sur téléphones mobiles reconnaissant les datamatrix des attestations, qui sont très courantes et gratuites. En l'absence de cet outil, le professionnel de santé devra pour chaque nouveau patient saisir les quatre informations AMC présentes sur l'attestation (principalement numéro de l'AMC et numéro d 'adhérent) ;
- L'équipement du professionnel de santé par l'avenant « Suivi des factures du tiers-payant » et le développement de solutions permettant de réconcilier les flux de facturation avec les flux bancaires de façon simple, s'ils ne sont pas indispensables à la pratique du tiers-payant intégral, doivent en faciliter la pratique et répondent à une forte attente.

Le rapprochement avec les flux bancaires (suivi de la réception du virement) reste un service au libre choix du professionnel de santé, qui nécessite son accord pour l'accès à son compte bancaire. Des opérateurs de marché proposent déjà ce service aux professionnels et se développent (organismes concentrateurs, éditeurs de logiciels).

Enfin, le respect par les AMC des garanties de paiement et la qualité de service sur les réponses aux rejets, notamment dans le cadre du point de contact téléphonique centralisé développé par l'AMC, et basé en Ile-de-France, seront essentiels au bon fonctionnement du système, de même qu'un coût modéré des solutions logicielles. A cet égard, les éditeurs de logiciel n'ont pas pu confirmer de montant prévisionnel pour leur offre dans le cadre de la concertation, la tarification dépendant de l'offre proposée, souvent par paquet de fonctionnalités.

Le schéma suivant récapitule les chantiers à conduire par les différents acteurs afin de déployer les outils du tiers-payant généralisable.

Schéma 4 : Chantiers à conduire par les différents acteurs pour permettre le déploiement des outils du tiers-payant généralisable



Source : Mission

3.2.2 Des solutions complémentaires du tiers-payant sont proposées par certains professionnels de santé

Dans le cadre de la concertation menée, certains professionnels de santé[26], ont fait part à la mission de leur projet de favoriser l'émergence d'un nouvel acteur, Paymed. Cet organisme, qui est à la fois organisme concentrateur techniques (OCT) et établissement de paiement[27], a vocation à offrir à l'ensemble des professionnels intéressés, notamment médecins et auxiliaires, des services de paiement et de traitement des flux.

Le recours à un OCT librement choisi par le professionnel pour faciliter le tiers-payant est prévu dans l'environnement Sesam-Vitale. Ce recours est systématique chez les pharmaciens et les biologistes, avec un acteur prédominant, Resopharma. Il peut permettre d'offrir une solution simple d'éclatement et de réconciliation des flux au professionnel de santé, et prendre en charge l'étape de vérification des droits de l'assuré pour le compte du professionnel. Des discussions ont commencé avec l'inter-AMC pour s'accorder sur les normes utilisées dans ce cadre, avec comme enjeu le maintien de la garantie de paiement offerte par l'inter-AMC.

Alors que les OCT sont prévus dans l'environnement Sesam-Vitale, peu de médecins et auxiliaires ont jusqu'ici fait le choix de recourir à leurs services (respectivement 8 % et 2 %). Si cette situation évoluait, en particulier si un ou des nouveaux acteurs apparaissaient avec des services éprouvés et peu chers, le ou les OCT devraient adopter les normes de droits et de facturation développées par AMO et AMC dans le cadre de Sesam-Vitale. Le recours à un OCT est facultatif, réversible et complémentaire aux outils prévus pour simplifier le tiers-payant. Il peut conforter dans un premier

[26] L'union nationale des professionnels de santé, la fédération française des masseurs-kinésithérapeutes, le syndicat national des masseurs-kinésithérapeutes, la fédération des syndicats pharmaceutiques de France, le syndicat des médecins libéraux.
[27] Voir note 11. Le demande d'agrément auprès de l'ACPR est en cours.

temps le professionnel qui ne traite qu'avec un organisme unique, l'OCT qu'il a choisi et qui gère la complexité des interlocuteurs, procédures et de l'éclatement de la facturation à sa place. Si les outils simplifiant le tiers-payant lui conviennent, après démonstration ultérieure de leur simplicité, il peut à tout moment se passer d'OCT.

Il en est de même du débit différé, alternative au tiers-payant dispensant également le patient d'avancer les frais et plaçant le professionnel en quasi-flux unique : le professionnel peut, à son choix et à ses frais s'il recourt aux services bancaires de différé santé, pratiquer de façon complémentaire en tiers-payant quand il le souhaite, notamment dans les cas d'obligation, et en débit différé pour d'autres publics.

Ces solutions de débit « différé santé », promues notamment par la confédération des syndicats médicaux français (CSMF), peuvent offrir une alternative permettant au professionnel de santé de pratiquer la dispense d'avance de frais. Cet outil diffusé par tous les établissements bancaires suppose toutefois que le professionnel de santé soit équipé d'un terminal de paiement électronique (ou TPE, acceptant une carte bancaire, or seuls environ 50 % des médecins seraient équipés en 2018 selon le GIE cartes bancaires, mais ce taux progresse régulièrement), que l'assuré dispose d'une carte bancaire (10 % des français demeuraient sans carte bancaire en 2014), et que le professionnel de santé souscrive à une telle offre, modérée mais payante, auprès de son établissement bancaire, ce qui semble à ce jour peu fréquent.

4 AU VU DU CALENDRIER DE DEPLOIEMENT DES OUTILS, LA MONTEE EN CHARGE DU TIERS PAYANT GENERALISABLE SERA TRES PROGRESSIVE

4.1 Le tiers-payant pour les derniers cas pris en charge à 100 % par le régime obligatoire peut être rapide

Le tiers-payant pourrait être généralisé aux cas de 100 % RO qui restent à ce jour hors des cas d'obligation : ils concernent essentiellement les pensionnés d'invalidité et diverses situations de prévention ou de prise en charge prévus par la loi :

- Environ 20 % des pensionnés d'invalidité, donc pris en charge à 100 % en RO, restent en dehors des cas d'obligation de tiers-payant (CMUC-ACS-ALD-MAT), soit environ 200.000 personnes pour lesquelles la moitié des actes médicaux demeurent hors tiers-payant (1,5 million d'actes médicaux) ;
- Pour les situations diverses de prise en charge à 100 %, notamment au titre de la prévention, 35 % des actes médicaux pris en charge à 100 % par le RO ne sont pas réalisés en tiers payant, soit 3 millions d'actes médicaux. Pourtant, la pratique des examens bucco-dentaires, pris en charge à 100 % par le RO et réalisés en tiers-payant (500.000 actes dentaires) montre que le tiers-payant est généralisable dans de telles situations, sans prérequis technique (mise à jour ou équipement de logiciels).

Cette pratique de tiers-payant doit être facilitée par les outils logiciels et pourra être suivie dans le temps.

Ces publics et situations, au demeurant limités, apparaissent prioritaires en termes de santé publique, ce que traduit d'ailleurs la prise en charge à 100 % par le RO : ce tiers-payant est simple et accessible, car il ne comprend pas de part complémentaire.

Il représente selon les statistiques 2017 de la CNAMTS près de 5 millions d'actes médicaux encore hors tiers-payant, sur les 12 millions d'actes réalisés soit pour des pensionnés d'invalidité hors

ALD, CMUC-ACS (3,3 millions d'actes dont 1,5 hors tiers-payant), soit pour les exonérations diverses (8,7 millions d'actes dont 3,1 hors tiers-payant).

Cette cible de tiers-payant généralisable est à comparer aux 107 millions d'actes médicaux déjà en tiers-payant 100 % AMO et aux 21 millions d'actes médicaux qui auraient dû être en tiers-payant en 2017. Pour que la pratique de tiers-payant soit rejoigne l'obligation juridique, soit entre dans le généralisable, il est bien entendu nécessaire qu'elle soit la plus simple et automatisée possible.

4.2 Les nouveaux outils permettent de pratiquer le tiers payant généralisable au choix du professionnel globalement ou pour des publics prioritaires

4.2.1 Les centres de santé sont demandeurs d'outils facilitant la pratique du tiers-payant

Les professionnels libéraux des maisons et pôles de santé et ceux salariés des centres de santé sont unanimement demandeurs d'outils logiciels facilitant la pratique du tiers-payant.

Pour les centres de santé, selon les données décembre 2017 du GIE Sesam-Vitale, 25 % des centres utilisent un logiciel agréé par l'agence des systèmes d'information partagés[28] et 75 % des logiciels non agréés. Aucun n'intègre les téléservices IDB-CLC. L'article L. 6323-1-7 du code de la santé publique prévoit que « les centres de santé pratiquent le mécanisme du tiers-payant mentionné à l'article L. 160-10 du code de la sécurité sociale », soit sur la seule part obligatoire. En 2017, tous actes confondus, les centres de santé pratiquent le tiers-payant en 2017 pour 99,1% des actes. Pour les actes hors situation d'obligation, ce taux reste très élevé à 98% : comme indiqué dans le graphique 1, page 13, si 37% de ces actes font l'objet d'une pratique de tiers-payant incluant une part complémentaire, et 8,5% d'un tiers-payant en 100% régime obligatoire, 53% des actes font l'objet d'un tiers-payant du régime obligatoire sans tiers-payant en part complémentaire. Certes, une proportion indéterminée de ces patients ne dispose pas de couverture complémentaire (5% en population générale, 12% pour les 20% de revenus les plus faibles selon l'IRDES). La pratique de tiers-payant intégral peut être grandement améliorée dans les centres de santé qui sont volontaires pour s'équiper des outils du tiers-payant généralisable et les utiliser.

Recommandation n°3 : **Mettre en place un groupe de travail avec les centres de santé, l'AMO et l'inter-AMC pour définir les modalités d'une mise à disposition rapide des outils du tiers payant intégral**

Pour les maisons et pôles de santé, environ 1 000 en France, regroupant 5 000 médecins et 9 000 paramédicaux, 60 % d'entre eux organisés en société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) relèvent de l'accord interprofessionnel cité de 2017 et bénéficieront d'un premier versement annuel socle de 50 000 à 70 000€ s'ils sont équipés d'un logiciel labellisé par l'ASIP. Dix éditeurs pour 11 logiciels sont labellisés par l'ASIP, donc 5 ont un moteur de facturation susceptible d'intégrer les téléservices IDB-CLC et en cours de test au CNDA. Aucune donnée sur les logiciels utilisés n'est disponible par le GIE Sesam-Vitale, les professionnels libéraux des maisons et pôles de santé n'étant pas discernables des autres professionnels pour le GIE. Le premier logiciel chez les médecins généralistes (19 % de part de marché), Hellodoc est labellisé ASIP et n'intègre pas les téléservices AMC. Seule une enquête auprès des CPAM qui reçoivent les factures de logiciel au titre de l'accord interprofessionnel permettrait de préciser les parts de marché éditeurs dans les maisons et pôles de santé.

[28] ASIP, référentiel version 2 pour les trois principaux logiciels Aatlantide, Hellodoc, Maidis avec chacun 8 % des centres.

Recommandation n°4 : **Examiner avec les professionnels de santé exerçant de manière coordonnée (maisons, pôles et pôles de santé), leurs éditeurs, l'AMO, et l'inter-AMC, les modalités pour leur permettre de disposer des outils pour pratiquer le tiers payant intégral sur une base volontaire.**

4.2.2 Les organisations médicales sont demandeuses de tiers-payant généralisable en permanence des soins ambulatoires

Toutes les organisations syndicales de médecins concertées souhaitent, rejoignant les objectifs fixés par les cahiers des charges régionaux de la permanence des soins ambulatoires, que le tiers-payant intégral en PDSA puisse être facilité et généralisé.

33 % des actes de PDSA (activité régulée) sont réalisés hors tiers payant et 29 % en tiers payant RO non 100 %, alors que le tiers-payant sur la part RO est prévu par la convention médicale[29] ; 2 à 3 millions d'actes médicaux majorés sur l'ensemble de la PDSA pourraient ainsi bénéficier des outils du TPG. Comme l'indique l'agence régionale de santé d'Ile-de-France (ARSIF) dans son cahier des charges 2018 de la PDSA, sous l'intitulé **Développer l'accessibilité financière de tous les dispositifs de PDSA par le tiers-payant : «** L'ARS s'inscrit en appui de la démarche précisée par la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie, visant à développer l'accès au tiers-payant dans le cadre de la permanence des soins, en particulier pour les lieux fixes de garde. Cette disposition est de nature à faciliter l'orientation des patients vers un dispositif de PDSA et à réduire sur ce point l'attractivité des services d'urgence. »

Tant en maison médicale de garde ou point fixe qu'en effection mobile, une attention particulière devrait être portée aux systèmes d'information, notamment par les agences régionales de santé, afin que les associations de permanence des soins disposent de logiciels et terminaux adaptés permettant le tiers-payant intégral.

Recommandation n°5 : **Définir les modalités de mise en œuvre rapide d'un tiers payant généralisable en permanence des soins ambulatoires avec les professionnels et associations concernés, le soutien des agences régionales de santé, de l'AMO et l'inter-AMC**

4.2.3 A partir de 2019 et surtout de 2020, le tiers payant pourrait être progressivement pratiqué de façon plus simple et plus fiable pour l'ensemble des usagers

Les outils du tiers payant généralisable intégral pourront être utilisés progressivement à partir de 2019 et surtout à partir de 2020 de façon fiable par les professionnels dont l'éditeur de logiciel aura développé et mis sur le marché cette solution. Les cahiers des charges IDB-CLC publiés à ce jour concernent les médecins, auxiliaires médicaux, centres de santé et sages-femmes, les adaptations aux autres professions restant à définir, en lien avec chacune d'entre elles.

Ces professionnels pourraient ainsi s'engager pour des publics et situations prioritaires, PDSA et télémédecine, jeunes de 18 à 25 ans, personnes en situation de handicap, ALD hors affection principale, ou pourront sur une base volontaire utiliser ces outils pour l'ensemble de leur

[29] Article 13 de la convention médicale « Dans le cadre d'une intervention du médecin d'astreinte consécutive à la demande du médecin chargé de la régulation ou du centre d'appel de l'association de permanence des soins, le patient bénéficie de plein droit d'une dispense d'avance de frais. Cette dispense d'avance de frais est réalisée sur la part des remboursements correspondant à la prise en charge des régimes d'assurance maladie obligatoire.

patientèle, notamment dans les centres de santé et maisons et pôles de santé, et chez de nombreux auxiliaires médicaux.

Les jeunes de 18 à 25 ans sont nombreux hors des cas d'obligation de tiers-payant (ATMP, CMUC, ACS, ALD, maternité), représentant environ 5 millions de personnes sur une tranche d'âge de 6,4 millions selon l'INSEE début 2018, soit 75 % des actes médicaux pour cette tranche d'âge. Pour ces jeunes, la pratique de tiers-payant actuelle est proche de celle observée pour la population générale, avec un taux de tiers-payant hors cas d'obligation légale de 28 % pour les actes médicaux.

Se situant à un moment clé pour l'autonomie personnelle et professionnelle, y compris en termes de prévention et d'accès effectif aux soins, cette population peut être proposée comme public prioritaire aux professionnels de santé dans le cadre du tiers-payant généralisable, pour une pratique volontaire, facilement paramétrable dans le logiciel métier, au choix du professionnel.

Assurés en propre au régime obligatoire depuis la réforme de la protection maladie obligatoire, ils peuvent être couverts par leurs parents pour l'assurance-maladie complémentaire. Compte tenu de l'adossement du régime étudiant au régime général à compter des rentrées 2018 (nouveaux étudiants) et 2019 (tous les étudiants), un facteur de complexité au niveau des droits RO et RC est supprimé pour les professionnels de santé et pour les assurés. Par ailleurs, cette population est identifiable de façon automatisée par le logiciel du professionnel et sa date de naissance en carte Vitale.

La même logique de proposition de cibles prioritaires, facilitée par le logiciel métier, peut être intégrée dans les discussions avec les professionnels de santé, conventionnelles ou techniques, autour des outils du tiers-payant généralisable :

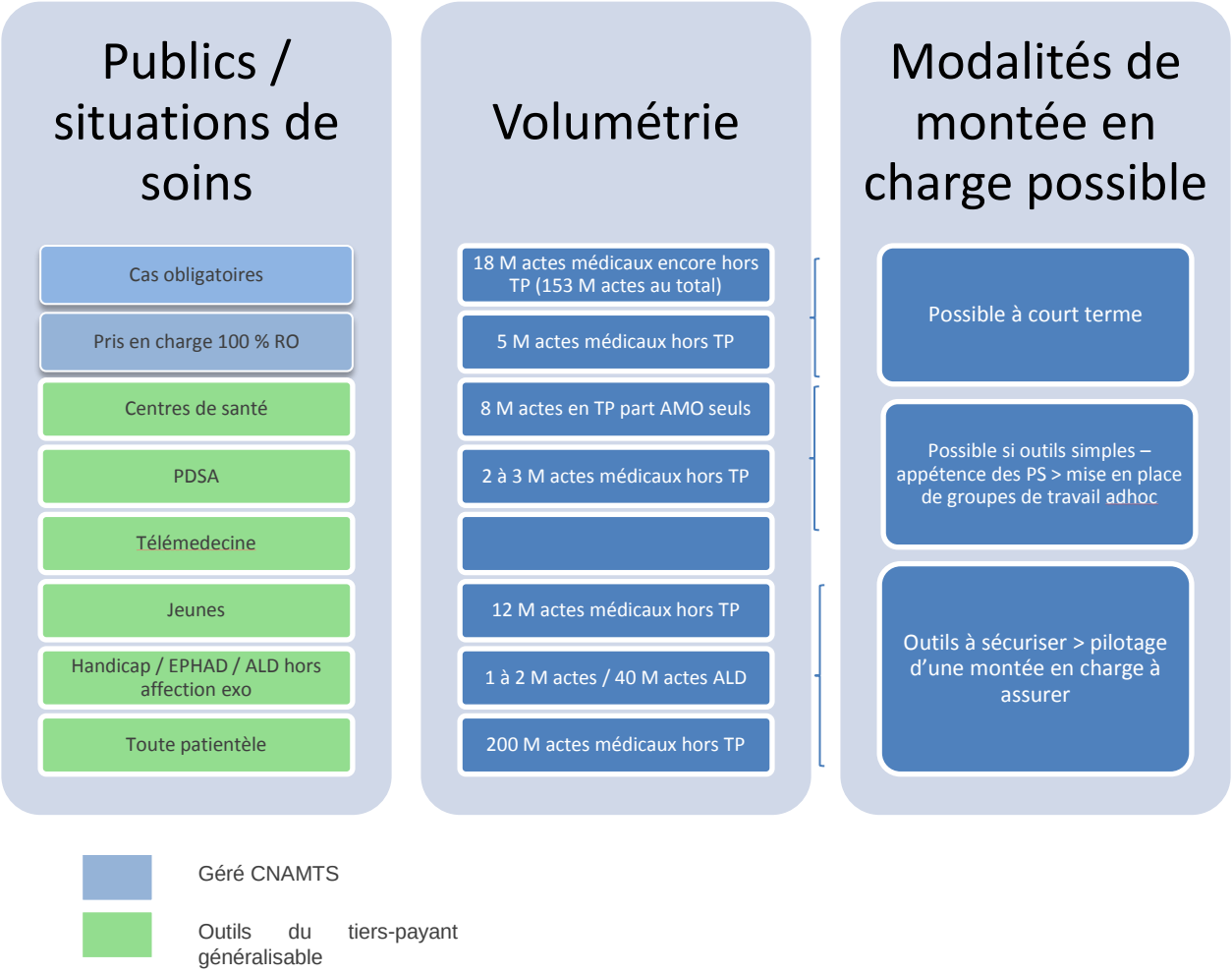
- Pour les patients pris en charge à 100 % par le RO (pensionnés d'invalidité et situations diverses de prévention, dépistage, etc…),
- Pour les situations de PDSA et de télémédecine,
- Pour les jeunes de 18 à 25 ans révolus (moins de 26 ans),
- Pour les personnes handicapées (la population en situation de handicap est partagée entre les pensionnés d'invalidité, pris en charge à 100 % au RO, les bénéficiaires d'allocations sous condition de ressources (allocation adultes handicapés AAH), et ne relèvent pas tous de l'ALD)
- Pour les soins non en rapport avec une ALD, qui représentent 30 % des actes et 13 % des dépenses remboursables pour les personnes en ALD, cas d'obligation de tiers-payant uniquement pour les soins en rapport avec l'ALD et pris en charge à 100 % par le RO.

Si l'année 2018 est mobilisée par les développements, tests et agréments des premiers éditeurs, l'expérience des évolutions récentes montre qu'il faudra un à deux ans après commercialisation pour que la démonstration d'une pratique simple et fiable du tiers-payant convainque progressivement les médecins et autres professionnels et que la pratique se développe : les indicateurs de suivi et les outils de pilotage existent, mais un très important travail préalable de pédagogie, de démonstration et de conviction reste à faire, en commençant par améliorer très sensiblement les taux de rejets ou de dysfonctionnement, la qualité des retours d'information et des centres d'appels téléphoniques, en un mot l'accompagnement des professionnels.

Par ailleurs, selon la montée en charge des outils du tiers-payant généralisable, peut être posée la question d'un tiers-payant sur la seule part du régime obligatoire, pour les professionnels qui souhaiteraient le pratiquer. C'est actuellement une situation fréquente en PDSA, ce que justifient les montants propres aux tarifs conventionnels des actes médicaux réalisés en PDSA. En l'attente d'une fiabilité totale et démontrée des outils relatifs à la part complémentaire, cette solution d'attente pourrait également être suivie et discutée avec les professionnels de santé.

Le schéma ci-dessous récapitule par type de situations / publics le nombre d'actes potentiellement concernés ainsi que les positions exprimées par les professionnels de santé dans le cadre de la concertation.

Schéma 5 : Potentiel de tiers-payant généralisable



Source : mission

5 UN PILOTAGE RENFORCE, UNE GOUVERNANCE CLARIFIEE

5.1 Le comité de pilotage du tiers-payant, instance large pilotée par l'Etat

La démarche de tiers-payant généralisable nécessite, pendant toute sa montée en charge, prévisible sur quatre ans 2018-2021, un pilotage et une gouvernance renforcée, des engagements des acteurs aux différents niveaux et une communication pédagogique auprès des professionnels et des assurés. Le comité de pilotage prévu par la loi 2016-41 et le décret 2016-439 du 12 avril 2016 pour 3 ans peut poursuivre sa mission, en lien avec les discussions conventionnelles évoquées plus haut.

En particulier, les indicateurs de suivi développés devront continués à être suivis au sein du comité de pilotage, en fixant le cas échéant des cibles partagées :

- Taux de montée en charge du tiers-payant par public, obligatoire et hors obligatoire ;
- Déploiement, équipement et utilisation des logiciels ;
- Taux de rejets par profession ;
- Délais de paiement.

Recommandation n°6 : **Pérenniser le comité de pilotage du tiers-payant et structurer un tableau de bord partagé permettant de suivre la montée en charge du tiers-payant et la qualité de service rendu aux professionnels de santé**

5.2 Renforcer le dialogue par profession pour les organismes d'assurance maladie obligatoires et complémentaires

La démarche d'amélioration continue engagée par l'AMO doit être poursuivie avec une attention accrue aux difficultés rencontrées profession par profession.

S'agissant des complémentaires, une telle démarche doit être aujourd'hui construite. Elle doit s'articuler autour d'un dialogue profession par profession, et doit permettre d'instaurer un processus réactif de remontée des attentes et des difficultés rencontrées.

En outre, une clarification avec les professionnels des modalités du tiers-payant généralisable est nécessaire. Pour l'ensemble des professions, les bases conventionnelles sont en général anciennes (souvent 2007) et non actualisées depuis. Ainsi par exemple dans la convention nationale des infirmières et infirmiers libéraux du 22 juin 2007, les avenants plus récents n'ont pas modifié la rédaction qui pose comme règle le paiement direct des honoraires, et indique : « en dehors des cas de dispenses légales (AME, CMU, AT,…), l'infirmier libéral peut accepter, dans des cas exceptionnels justifiés par des situations sociales particulières, le paiement différé des honoraires[30] ».

Sans revenir sur certains principes, notamment selon lequel « la procédure de dispense d'avance des frais est laissée à l'appréciation de l'infirmier », à tout le moins chaque convention nationale devrait à terme intégrer le changement de contexte intervenu avec la loi 2016-41 modifiée, actualiser la liste des obligations légales, ne pas qualifier d' « exceptionnels » les cas justifiés de tiers-payant, et laisser chaque professionnel définir sa pratique de tiers-payant, qui peut être globale pour certains libéraux (les logiciels métiers laissent toujours la possibilité de revenir au paiement direct, si le patient le souhaite ou selon l'appréciation du professionnel, hors cas d'obligation légale), ou tournée vers certains publics et situations prioritaires.

Cette déclinaison du tiers-payant généralisable pourra ainsi intégrer les discussions entre pouvoirs publics, AMO et AMC, d'une part et les professionnels d'autre part, y compris dans les avenants conventionnels de toute nature, et celles en comité technique interprofessionnel (COTIP) dans la gouvernance du GIE Sesam-Vitale ou en lien avec l'ASIP pour le référentiel fonctionnel des maisons et centres de santé et son label e-santé.

Après cette étape, nécessaire sans retarder les travaux entre l'assurance-maladie obligatoire et complémentaire et chaque profession, d'autant qu'elle correspond au délai de maturation des

[30] Point 5.2.7 de la convention nationale des infirmiers et infirmières libérales.

solutions techniques, le législateur pourrait compléter, sur ces nouvelles bases définies avec les professionnels, l'article 83 de la loi 2016-41 modifiée, en précisant les modalités du mécanisme de tiers-payant pour la part complémentaire et les garanties qui lui sont associées, déjà définies pour la part obligatoire.

Recommandation n°7 : **Poursuivre en 2018 les groupes de travail profession par profession permettant une remontée des besoins, un suivi du déploiement du tiers-payant généralisable et une communication pédagogique auprès des professionnels et des assurés, et engager à terme une rénovation des bases conventionnelles.**

Clémence MARTY-CHASTAN Jean DEBEAUPUIS

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Autorité responsable	Echéance
1.	Poursuivre l'amélioration continue du tiers-payant RO, avec pour objectif d'améliorer encore les taux de rejets et se rapprocher à trois ans (fin 2020) de 100 % de tiers-payant en ACS, ALD et maternité	DSS, RO	2018
2.	Intégrer les nouveaux téléservices ADRi et IDB-CLC au cahier des charges Sesam-Vitale et au label ASIP maisons et centres de santé 2018 afin d'accélérer la dynamique d'équipement des professionnels de santé	DSS, RO, RC, ASIP	2018
3.	Mettre en place un groupe de travail avec les centres de santé, l'AMO et l'inter-AMC pour définir les modalités d'une mise à disposition rapide des outils du tiers payant intégral	DSS, DGOS, RO, RC	2018
4.	Examiner avec les professionnels de santé exerçant de manière coordonnée (maisons, pôles et pôles de santé), leurs éditeurs, l'AMO, et l'inter-AMC, les modalités pour leur permettre de disposer des outils pour pratiquer le tiers payant intégral sur une base volontaire	DSS, DGOS, RO, RC	2018
5.	Définir les modalités de mise en œuvre rapide d'un tiers payant généralisable en PDSA avec les professionnels et associations concernés, le soutien des agences régionales de santé, de l'AMO et l'inter-AMC	DSS, DGOS, RO, RC	2018
6.	Pérenniser le comité de pilotage du tiers-payant et structurer un tableau de bord partagé permettant de suivre la montée en charge du tiers-payant et la qualité de service rendu aux professionnels de santé	DSS, RO, RC	2018
7.	Poursuivre en 2018 les groupes de travail profession par profession permettant une remontée des besoins, un suivi du déploiement du tiers-payant généralisable et une communication pédagogique auprès des professionnels et des assurés, et engager à terme une rénovation des bases conventionnelles.	DSS, RO, RC	2018

LETTRE DE MISSION

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Le Directeur de cabinet *Paris, le* - 4 DEC. 2017

N/Réf : D-17-029381

NOTE
A l'attention de Madame Nathalie DESTAIS
Cheffe de l'Inspection Générale des Affaires Sociales

Objet : appui à la concertation sur la mise en œuvre du tiers payant

A la suite du rapport rendu par l'Inspection générale des affaires sociales sur l'évaluation de la généralisation du tiers payant en octobre 2017, le Gouvernement a présenté un amendement au Parlement dans le cadre du débat sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 pour préciser ses engagements en matière de montée en charge du tiers payant.

Eclairée des constats de l'Inspection générale, la ministre des solidarités et de la santé a en effet souhaité changer de méthode en mettant en place d'abord les outils pour faciliter cette pratique de facturation, tant sur la part obligatoire que complémentaire. Aussi, tout en maintenant l'objectif de la loi de santé, l'obligation de généralisation du tiers payant à l'ensemble de la population au 30 novembre 2017 a été supprimée. Une concertation, avec l'assurance maladie obligatoire, complémentaire, les représentants des professionnels de santé, des assurés et des éditeurs de logiciels doit être menée au cours des prochains mois afin de définir un calendrier précis de mise en œuvre opérationnelle et technique du tiers payant intégral. Cette concertation devra permettre aussi d'identifier les publics prioritaires pour lesquels un accès effectif au tiers payant devrait être garanti au-delà des patients prioritaires qui sont déjà obligatoirement couverts par le tiers payant. Un rapport tirant les conclusions de cette concertation doit être remis au Parlement avant le 31 mars 2018.

Je souhaite que l'Inspection générale puisse apporter un appui à la conduite de cette concertation et à l'élaboration du rapport qui en tirera les conclusions. L'expertise acquise par les membres de l'Inspection lors des missions précédentes sur le tiers payant facilitera ainsi l'approfondissement des travaux sur le calendrier de mise en œuvre et l'identification des publics prioritaires. Cette mission se déroulera de décembre 2017 à fin mars 2018 auprès de la direction de la sécurité sociale.

Je vous remercie par avance de l'attention et de la diligence que vous apporterez à la mise en œuvre de cette mission.

Gilles de MARGERIE

14 AVENUE DUQUESNE – 75350 PARIS 07 SP

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Pouvoirs publics :

Cabinet de la Ministre : Dr. Jacques-Olivier Dauberton, conseiller technique

Cabinet du Premier Ministre : Guillaume Couillard, conseiller technique

Présidence de la République : Marie Fontanel, conseillère sociale

Direction de la sécurité sociale : Mathilde Lignot-Leloup, directrice, François Godineau,

Agence des systèmes d'information partagés : Nicole Janin, Emmanuel Clout

Direction générale de l'offre de soins : Gilles Hebbrecht, chef de projet ROC

ARS Ile de France : Yannick Le Guen, Eric Lepage, Pierre Ouanhon

IGAS : Louis-Charles Viossat, Julien Méjane, Juliette Roger

Assurance-maladie obligatoire :

CNAMTS : Nicolas Revel, Directeur général, Delphine Champetier, directrice de cabinet, Anne-Lore Coury DDOS, Denis Richard, Jean-Michel Jodry, DSI

GIE Sesam-Vitale : Jacques de Varax, directeur, Anthony Gomes,

Centre national de délivrance des agréments (CNDA) : Mr Fenwick, chef de projet

Assurance-maladie complémentaire :

Association inter-AMC : Philippe Dabat, président, directeur délégué AG2R La Mondiale, Christophe Lapierre, vice-président Mutualité française, directeur système d'information santé, Pierre François, vice-président, FFA, Swiss life, Anne-Marie Berger, FFA, directrice santé, Evelyne Guillet, comité technique des institutions de prévoyance, directrice santé et MDS,

FNMF : Albert Lautman, directeur général

Association 3AS et Organismes de tiers-payant (OTP) : Jérôme Tillette de Mautort, Almérys, directeur du développement et des partenariats, Carte blanche partenaires, Jean-François Tripodi, directeur général, Jean-Luc Cambot, DSI, Korelio/Pro BTP, Olivier Nique, directeur des partenariats santé, Jean Rancati, DSI, Salim Hassini, directeur général adjoint, Viamedis, M. Givet, ACTIL,

MGEN : Christophe Laffon, vice-président du groupe MGEN- responsable de l'assurance, Christine Boudineau, directrice technique opérationnelle, Fabrice Mercier, direction technique opérationnelle, responsable de la réglementation AMO, Catherine Hochet, direction technique opérationnelle, responsable de la réglementation AMC et du tiers payant, Christophe Cazelle, direction technique opérationnelle

Editeurs de logiciel :

Fédération des éditeurs d'informatique médicale et paramédicale ambulatoire (FEIMA), Francis Mambrini, président, Pierre-Henri Comble, CEGEDIM, directeur marketing et prospective (OTP SP santé et Isanté), Dany Huppenoire, Cegedim Medical Systems, Les entreprises des systèmes d'information sanitaires et sociaux (LESISS), Marianne Cimino, directrice générale, SEPHIRA, Régis Senegou, directeur général, Patricia Launay, chef de produit, Sébastien Guschet Pratilog, Philippe Nicot, Président directeur général, Pyxistem,

Représentants des usagers :

France Assos Santé : Féreuze Aziza, chargée de mission assurance-maladie, Daniel Bideau

Professionnels de santé :

Union nationale des professions de santé : Daniel Paguessorhaye, président, Philippe Besset, animateur du GT4 informatique, William Joubert, secrétaire général

MG France : Dr. Jean-Louis Bensoussan et Dr. Gilles Urbejtel, CSMF : Dr. Jean-Paul Ortiz, président ; Le Bloc : Dr. Jérôme Vert ; SML : Dr. Philippe Vermesch, président ; FMF : Dr. Jean-Paul Hamon, président. Reajgir, : Yannick Schmitt, président ;

SOS médecins, Dr. Pierre-Henri Juan, président, Dr. Denis Smadja, secrétaire général,

Chirurgiens-dentistes : Union dentaire, Philippe Denoyelle, président, Marcel Perroux, vice-président, Jean-Denis Roche, Matthieu Delbos, FSDL, Benoit Berty, UNECD, Gérard Morel, Vice-Président, CNSD

Pharmaciens : Philippe Gaertner, FSPF, président, Philippe Besset, vice-président, Gilles Bonnefond, USPO, président, Bertran Carlier, conseiller technique,

Sages-femmes : Marie-Anne Poumaer, présidente UNSSF,

Biologistes : François Blanchecotte, président du syndicat des biologistes

Radiologues : Jean-Philippe Masson, président de la fédération nationale des médecins radiologues

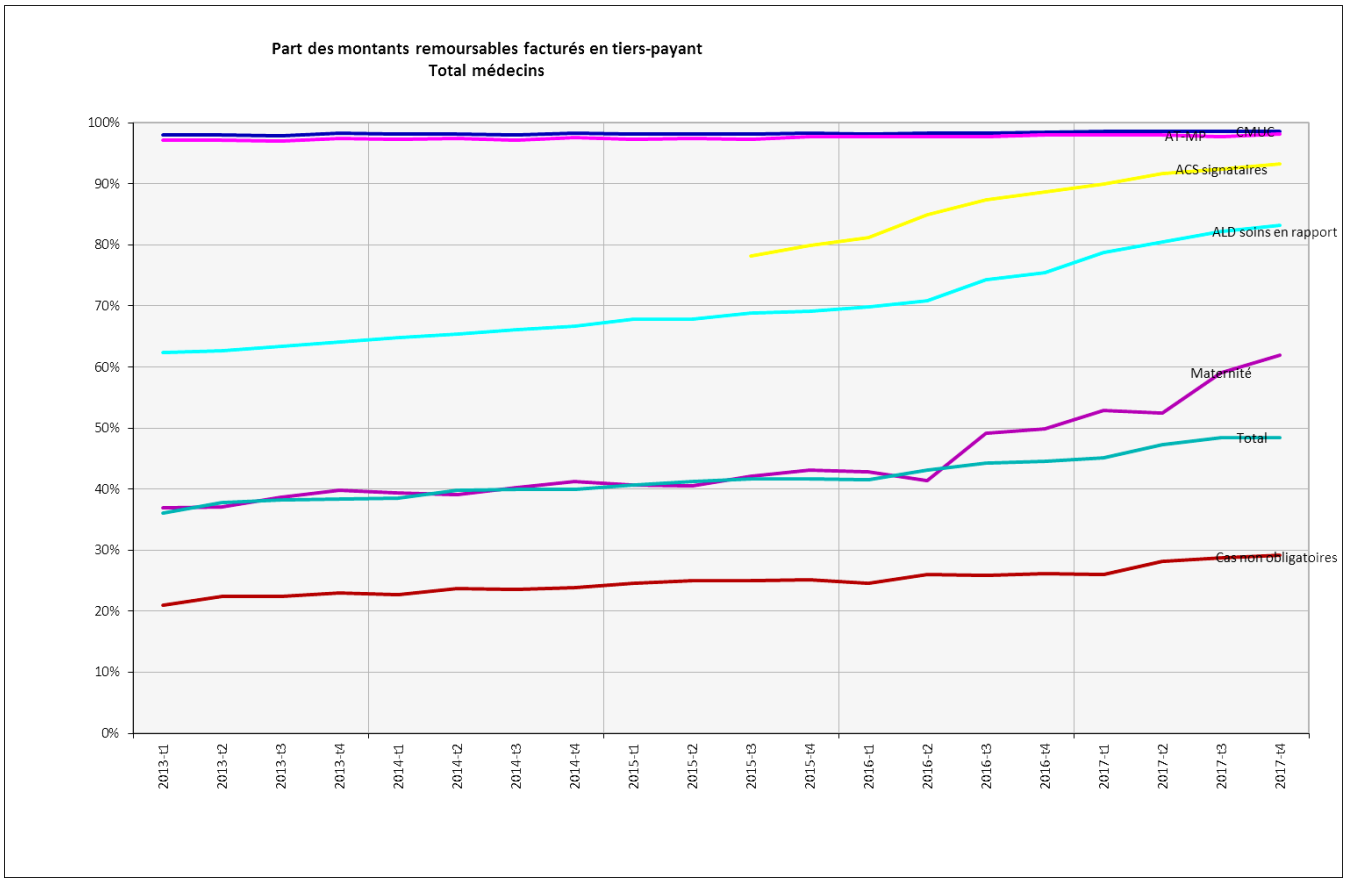
Fédération nationale des centres de santé : Céline Legendre, directrice, Madame Parrain, CMS Saint-Denis, Dr. Manuellan, directeur médical CMS Montreuil,

Fédération française des maisons et pôles de santé : Dr. Pascal Gendry, président,

Infirmières et infirmiers : Philippe Tisserand, président FNI, Catherine Kirnidis, présidente SNIIL,

Masseurs-kinésithérapeutes : Patrick Corne, secrétaire général FFMKR, Tristan Maréchal, vice-président, SNMKR.

ANNEXE 1 : TAUX DE TIERS-PAYANT SUR LES ACTES MEDICAUX SELON LES CAS D'OBLIGATION OU VOLONTAIRE



Source : CNAMTS

ANNEXE 2 : LISTE DES ORGANISMES COMPLEMENTAIRES LES PLUS IMPORTANTS

Annexe 5. Les 50 premiers organismes complémentaires en 2016

					Nbre moyen bénéficiaires	
Siren	Nom	Type	CP	Assiette TSA	CMU-C	ACS
538 518 473	HARMONIE MUTUELLE	M	75 015	2 298 984 464 €	134 609	148 221
775 685 399	MGEN	M	75 748	1 709 351 471 €	11 264	13 711
310 499 959	AXA FRANCE VIE	A	92 000	1 601 034 626 €	13 332	16 747
333 232 270	AG2R REUNICA PREVOYANCE	IP	75 014	1 177 557 012 €	0	0
784 621 468	BTP PREVOYANCE	IP	75 006	1 149 285 256 €	8 148	0
410 005 110	HUMANIS PREVOYANCE	IP	41 260	954 405 594 €	1 278	0
322 215 021	SUISSE SANTE	A	92 682	881 888 075 €	0	1 281
775 685 340	MUTUELLE GENERALE DES PTT	M	75 013	870 461 474 €	10 219	48 439
775 691 181	MALAKOFF MEDERIC PREVOYANCE	IP	75 009	803 628 784 €	1 483	0
602 062 481	GENERALI VIE	A	75 009	747 158 088 €	0	6 110
317 442 176	EOVI MCD MUTUELLE	M	26 028	741 291 629 €	47 108	60 034
542 110 291	ALLIANZ I.A.R.D	A	75 113	637 510 876 €	20 599	2 104
311 799 878	ADREA MUTUELLE ALPES DAUPHI	M	14 028	573 073 328 €	25 171	36 329
503 380 081	MUTUELLE UNEO	M	92 120	569 223 893 €	2 843	0
775 606 361	MNH	M	45 200	564 807 952 €	6 762	0
340 234 962	ASSURANCES G.LES FRANCE VIE	A	75 002	539 185 440 €	0	0
777 927 120	VIASANTE	M	24 020	534 918 232 €	5 888	0
352 406 748	ASSURANCES CREDIT MUTUEL IARD	A	67 096	533 778 748 €	16 931	1 117
352 358 865	PACIFICA	A	75 724	511 798 243 €	26 171	60 358
340 427 616	GROUPAMA GAN VIE	A	75 008	498 993 237 €	331	168
412 367 724	QUATREM ASS. COLLECTIVES	A	75 009	477 596 007 €	0	0
775 678 584	MUTUELLE NALE TERRITORIALE	M	75 009	456 414 323 €	6 352	10 157
331 542 142	MAAF SANTE	M	79 036	435 691 913 €	46 186	0
784 718 256	MALAKOFF MEDERIC MUTUELLE	M	75 009	432 821 654 €	1 658	0
318 990 736	UNI PREVOYANCE	IP	94 300	427 614 903 €	0	91
440 048 882	MMA IARD	A	72 030	408 585 753 €	11 094	14 119
779 558 501	MACIF-MUTUALITE	M	79 037	369 704 574 €	16 466	124 064
304 217 904	APGIS	IP	94 300	337 254 819 €	733	21
775 627 391	MUTUELLE APREVA	M	59 306	298 829 880 €	15 108	27 498
397 498 783	KLESIA PREVOYANCE	IP	75 017	298 327 278 €	18	4
306 522 665	AVIVA ASSURANCES	A	92 270	283 135 298 €	5 133	9 197
302 927 553	MICILS	M	69 300	254 905 422 €	1 625	15 701

Source : Fonds CMU

SIGLES UTILISES

ACPR Autorité de contrôle prudentiel et de résolution
ACS Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé
ADRi Automatisation des droits
ALD Affection de longue durée
AMC Assurance-maladie complémentaire
AME Aide médicale de l'Etat
AMO Assurance-maladie obligatoire
ARS Agence régionale de santé
ASIP Agence des systèmes d'information partagée
AT, AT-MP, ATMP Accident du travail-maladie professionnelle
CAMIEG Caisse d'assurance-maladie des industries électriques et gazières
CDRi Consultation des droits
CESI Centre de services inter-régimes
CMU, CMU-C, CMUC Couverture maladie universelle complémentaire
CNAMTS Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés
CPS Carte de professionnel de santé
CSMF Confédération des syndicats médicaux français
DGOS Direction générale de l'offre de soins
DRE Demande de remboursement électronique
DREES Direction de la recherche des études statistiques
DSS Direction de la sécurité sociale
FMF fédération des médecins de France
FSE Feuille de soins électronique
GIE Groupement d'intérêt économique
LPS Logiciel de professionnel de santé
MGEN Mutuelle générale de l'éducation nationale
MG France Médecins généralistes de France
MMG Maison médicale de garde
MSA Mutualité sociale agricole
NOEMIE Norme ouverte d'échanges entre l'assurance-maladie et les intervenants extérieurs
OC, OCAM Organisme complémentaire d'assurance-maladie
OCT Organisme concentrateur technique
OTP Organisme de tiers payant
PDSA Permanence des soins ambulatoires

PS Professionnel de santé

RC Régime complémentaire

RO Régime obligatoire

ROC Recouvrement auprès des organismes complémentaires

RSI Régime social des indépendants

SISA Société interprofessionnelle de soins ambulatoires

SML Syndicat des médecins libéraux

TLA Terminal local applicatif

TP Tiers payant

TPE Terminal de paiement électronique

TPG Tiers-payant généralisable (ou généralisé)

TPi, TPI Tiers-payant intégral

UNOCAM Union nationale des organismes complémentaires d'assurance-maladie