



Inspection générale  
des affaires sociales

# Evaluation de la généralisation du tiers payant

## RAPPORT

Établi par

Emilie FAUCHIER-MAGNAN

Julien MEJANE

Juliette ROGER

Louis-Charles VIOSSAT

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales



## SYNTHESE

L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a été saisie par la ministre des solidarités et de la santé d'une mission sur l'évaluation de la généralisation du tiers payant, afin d'expertiser la simplicité, la rapidité et la fiabilité du tiers payant pour les professionnels de santé. Outre un état des lieux des pratiques actuelles et du niveau de maturité des outils à l'étude par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et par les organismes complémentaires (AMC), un éclairage technique était attendu, pour mettre en lumière les difficultés qui persisteraient et le cas échéant, identifier les conditions techniques permettant de les surmonter dans un calendrier adéquat.

Les travaux de la mission se sont déroulés de la mi-juillet au début du mois d'octobre 2017. La mission a rencontré un grand nombre d'acteurs techniques (gestionnaires du tiers payant, opérateurs de marché), et elle a veillé à accorder une large place aux rencontres avec les professionnels de santé afin d'évaluer l'impact sur leurs processus de travail. Ainsi, les auditions des organisations représentatives des professions de santé ont été complétées par une série d'entretiens avec des professionnels de santé. La mission a ciblé tant des professions qui pratiquent massivement le tiers payant, comme les pharmaciens, les centres de santé, et les infirmiers, que des professions où sa pratique est moins répandue (médecins et chirurgiens-dentistes).

Le tiers payant, qui consiste en un processus de facturation qui dispense le patient d'avance de frais, peut être pratiqué par le professionnel de santé sur la part AMO seule (tiers payant AMO) ou sur la part complémentaire également (tiers payant intégral).

### **1 - Une forte diversité de pratiques du tiers payant selon les professions de santé**

Depuis 2015, la pratique du tiers payant a progressé. Pour le tiers payant AMO, la progression récente est tirée par les cas d'obligations de pratique (patients bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS, affections de longue durée, femmes enceintes) même si des marges demeurent pour atteindre une couverture intégrale des assurés concernés. Pour le tiers payant complémentaire, la hausse est concentrée sur certaines professions (auxiliaires médicaux notamment).

Derrière ce constat global, le tiers payant non obligatoire est aujourd'hui pratiqué à des niveaux très variables selon les professions de santé. Les pharmaciens ont été précurseurs de sorte qu'ils ont une pratique généralisée du tiers payant intégral (93 % des actes). D'autres professions, comme les infirmiers et les centres de santé, pratiquent aussi le tiers payant intégral de manière importante (entre 45 et 75 % des actes). Enfin, certaines professions (médecins, chirurgiens-dentistes) ont une pratique du tiers payant limitée aux cas obligatoires et la pratique du tiers payant intégral y est très faible (4 % pour les chirurgiens-dentistes, 7 % pour les généralistes).

Parmi les facteurs cités par les professionnels pour expliquer cette diversité, on relève :

- des facteurs historiques avec, dans le cas des pharmaciens, une pratique ancienne du tiers payant par les pharmacies mutualistes, un conventionnement collectif très protecteur et le recours massif à des intermédiaires pour gérer le tiers payant ;
- des facteurs organisationnels avec des conditions d'exercice (personnels administratifs dans les pharmacies et les centres de santé) et des modes de facturation (pratique des actes en série par les auxiliaires médicaux) favorables à la pratique du tiers payant ;
- une demande sociale plus forte des patients autour du tiers payant (pharmacies et auxiliaires de santé).

Cette diversité conduit à ne pas surestimer, du moins à court terme, les effets d'entraînement possibles entre professions.

## **2 - Une diversité d'attentes insuffisamment prise en compte par l'AMO et l'AMC**

Les attentes des professionnels de santé sont restées insuffisamment prises en compte tant par les organismes d'AMO que par les organismes complémentaires, qui n'ont pas tiré toutes les conséquences du basculement de leur relation de service de l'assuré vers le professionnel de santé.

A titre d'exemple, les travaux associant les différents régimes obligatoires menés par l'assurance maladie depuis 2015 ont principalement visé les médecins, tandis que les difficultés spécifiques rencontrées par d'autres acteurs (chirurgiens-dentistes, centres de santé) n'ont pas fait l'objet de recensement ni de mesures particulières. De même, les organismes complémentaires ont conçu un dispositif pour faciliter l'identification des droits complémentaires des patients (IDB) en s'appuyant notamment sur l'usage d'une « douchette » pour lire le code inscrit sur l'attestation papier, alors que l'utilisation de cet équipement provoque des réticences fortes de la part de certaines professions de santé (médecins et chirurgiens-dentistes).

## **3 - Une maturité des outils du tiers payant différente en part AMO et en part complémentaire**

Si le tiers payant en part AMO est aujourd'hui globalement considéré comme satisfaisant dans son fonctionnement technique actuel, la pratique du tiers payant intégral demeure complexe, de l'avis des professionnels rencontrés. Le recours à des opérateurs de marché qui gèrent le tiers payant pour le compte du professionnel de santé permet toutefois d'en simplifier la pratique.

L'écart entre AMO et AMC s'explique notamment par le fait que les outils techniques développés pour la pratique du tiers payant complémentaire ne sont pas encore opérationnels. Il renvoie également à une gouvernance très différente de part et d'autre. La gouvernance unifiée de l'AMO, sous l'égide de l'UNCAM, facilite, en effet, les travaux de coordination, et s'appuie sur une norme unique (la carte vitale). Si le cadre d'exercice du tiers payant complémentaire a notablement évolué depuis 2015, sous l'égide de l'association Inter-AMC, les pratiques demeurent encore très variées selon les organismes (supports de droits distincts, nombre élevé d'acteurs dans un environnement concurrentiel, hétérogénéité des systèmes d'informations,...). L'association Inter-AMC semble à mi-chemin dans la mise en œuvre des engagements pris en février 2016 pour simplifier la pratique du tiers payant complémentaire.

## **4 - Des freins à la pratique immédiate du tiers payant**

Le processus du tiers payant AMO est aujourd'hui globalement rapide, fiable et simple lorsque la facturation est sécurisée par la carte vitale (85 % des flux de facturation). Les rejets sont de l'ordre de 1 %, soit environ un dossier par semaine pour un médecin généraliste, et les délais de paiement limités à trois jours avec un paiement sous quatre jours dans 90 % des cas. Des problématiques demeurent, même si elles sont cantonnées à certains publics (par exemple les patients en accidents du travail/maladies professionnelles), et peuvent être plus importantes pour certains professionnels (exemple des chirurgiens-dentistes avec les actes d'examen bucco-dentaires)

Deux outils actuellement en cours de déploiement vont améliorer le fonctionnement du tiers payant AMO, sans être indispensables à sa pratique courante. L'un permettra de sécuriser l'identification des droits (téléservice « ADRI » d'identification des droits en ligne), l'autre de faciliter le suivi des paiements en part AMO et AMC (outil de suivi des factures en tiers payant). Compte-tenu du rythme de déploiement observé sur les dernières solutions logicielles liées au tiers

payant, la mission estime que ces outils devraient être disponibles sur le poste de travail ou le terminal d'une partie significative des professions de santé d'ici à la fin de l'année 2018.

**Le principal frein au développement du tiers payant AMO n'est pas de nature technique mais tient à une confiance encore trop fragile des professionnels de santé.** Ce manque de confiance est largement lié à une méconnaissance des outils et des garanties du tiers payant. L'accompagnement d'ores et déjà développé par l'AMO (centre de service interrégimes, conseillers informatiques et service) devra donc être renforcé et ciblé pour répondre à la crainte d'un surcroît de charge administrative en cas de généralisation du tiers payant.

**Au regard de ces éléments, la mission considère qu'une généralisation est un objectif techniquement réalisable en part AMO à brève échéance sous réserve que soit mis en œuvre un accompagnement renforcé des professionnels de santé.**

**En part complémentaire, des freins techniques demeurent à une pratique simple, rapide et fiable du tiers payant.** La problématique principale est celle de l'identification des droits qui nécessite une saisie complexe des données figurant sur l'attestation papier fournie par l'assureur, et occasionne encore des taux de rejets élevés en raison de droits non mis à jour. L'harmonisation des pratiques de facturation et l'accompagnement unifié des professionnels de santé restent, par ailleurs, en grande partie à construire.

Cette complexité devrait se réduire au fur à mesure du déploiement des outils prévus. Le déploiement rapide de l'outil d'identification des droits (IDB) constitue le levier principal à cet égard. Un déploiement significatif de l'outil auprès des auxiliaires médicaux et centres de santé pourrait être atteint courant 2019 compte-tenu de leur attente forte d'une simplification du processus. La bonne tenue de ce calendrier nécessite toutefois au préalable la reprise d'un dialogue entre l'association Inter-AMC et les éditeurs de logiciel.

Le calendrier de déploiement apparaît plus incertain s'agissant des professions les plus réticentes au tiers payant complémentaire, car les outils ne répondent pas à leurs attentes (notamment le téléservice IDB). La capacité à enclencher une bascule effective vers le tiers payant complémentaire pour ces professions pourrait par exemple passer par une amélioration des outils ou par la mise en place d'incitations permettant, le cas échéant, de financer des intermédiaires pour la gestion du tiers payant.

**En conclusion, la mission considère que la généralisation du tiers payant complémentaire n'est un objectif atteignable techniquement à compter de 2019 que pour certaines professions de santé.**

## **5 – Il est nécessaire de renforcer la mobilisation des acteurs dans la durée**

Le maintien dans la loi de l'obligation de pratique du tiers payant pour tous les patients au 30 novembre 2017 est désormais irréaliste compte-tenu des délais. Il supposerait une évolution très rapide des pratiques au détriment d'un accompagnement renforcé indispensable pour mieux informer les professionnels de santé sur le tiers payant et leurs garanties.

La mission a étudié, sous un angle technique, deux scénarii de généralisation du tiers payant : (1) la suppression de l'obligation, et (2) le report de l'obligation à 2019 (valable en part AMO uniquement et sans sanctions assorties).

Le risque de démobilitation des acteurs est réel dans le cadre du scénario 1. La pratique du tiers payant non obligatoire est demeurée stable depuis 2015, alors même qu'il n'y avait pas de véritable obstacle technique. Cette absence de montée en charge spontanée est toutefois à remettre en

perspective dans un contexte d'incertitude politique et d'oppositions syndicales sur la généralisation obligatoire du tiers payant. Ce scénario suppose un signal fort en matière de tiers payant complémentaire, tel que la mise en place d'un dispositif d'incitation. Il pourrait opportunément être assorti d'une clause de revoyure à horizon 2019.

Enfin, le scénario 2, insuffisant à lui seul pour assurer une généralisation effective, aurait le mérite de maintenir un horizon précis pour le tiers payant AMO et de maintenir la mobilisation des acteurs. Ce scénario nécessiterait, comme l'option précédente, l'adhésion des professionnels de santé, ce qui suppose un travail d'accompagnement renforcé.

La mission n'a pas tranché entre ces deux scénarii, dont elle a fait une analyse exclusivement technique et qui n'ont pas été concertés avec les acteurs du dossier.

Quel que soit le scénario retenu, la poursuite de l'investissement dans le suivi et le pilotage de la montée en charge est indispensable :

- s'agissant du tiers payant AMO, la mission recommande que le comité de pilotage du tiers payant veille à la relance des travaux inter-régimes, au déploiement intégral des outils, et à la mise en place d'un dispositif d'accompagnement renforcé des professionnels de santé ;
- s'agissant du tiers payant complémentaire, la mission recommande la mise en place d'une concertation sous l'égide d'une personnalité qualifiée. Elle viserait dans un premier temps la reprise du dialogue entre organismes complémentaires et éditeurs de logiciels pour permettre un déploiement rapide d'IDB auprès des professions les plus engagées dans le tiers payant intégral.

La mission propose de dissocier les calendriers de déploiement entre AMO et AMC, car la montée en charge est atteignable à court terme en part AMO alors qu'elle serait repoussée dans le temps en cas de synchronisation des deux calendriers.

Sur la part AMC, la mission recommande également un séquençage en deux étapes : d'abord les professions les plus avancées (auxiliaires, radiologues, centres de santé) puis les professions les plus éloignées du tiers payant en part complémentaire (médecins et chirurgiens-dentistes notamment).

Ce schéma est de nature à favoriser l'adhésion progressive des professionnels de santé au tiers payant tout en répondant aux demandes croissantes des usagers.

## SOMMAIRE

SYNTHESE .....	3
RAPPORT .....	9
1 ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES ACTUELLES DU TIERS PAYANT .....	10
1.1 Un tiers payant dont la pratique est très diversifiée.....	10
1.1.1 Une dynamique préexistante, soutenue par le tiers payant obligatoire, mais qui n'est pas arrivée à son terme.....	10
1.1.2 Une situation très contrastée du tiers payant non obligatoire selon les professions de santé.....	13
1.1.3 Une situation d'ensemble favorable, tirée par le tiers payant pharmaceutique et par les cas d'obligation.....	15
1.2 Un processus de tiers payant qui nécessite un socle d'équipement logiciel.....	16
1.2.1 Un processus de facturation qui repose à 95 % sur la télétransmission en part AMO.....	16
1.2.2 La coexistence de plusieurs processus de facturation électronique en tiers payant complémentaire.....	17
1.2.3 Un équipement logiciel essentiel pour le tiers payant.....	18
2 UN TIERS PAYANT AMO GLOBALEMENT SIMPLE, RAPIDE ET FIABLE, MAIS UNE CONFIANCE ENCORE FRAGILE .....	20
2.1 Une identification des droits aujourd'hui simple avec la carte vitale.....	21
2.2 Un paiement par l'AMO rapide et fiabilisé pour les feuilles de soins électroniques sécurisées .....	23
2.2.1 Des délais de paiement rapides (< 5-6 jours) et garantis .....	23
2.2.2 Une fiabilité renforcée, avec des rejets de l'ordre de 1 %.....	24
2.3 Une gestion des paiements encore perçue comme fastidieuse .....	28
2.4 Un accompagnement des professionnels de santé qui monte encore en charge .....	29
3 DES OUTILS QUI CONSTITUENT UN PROGRES MAIS QUI NE SUFFIRONT PAS A GARANTIR UNE MONTEE EN CHARGE RAPIDE ET SPONTANEE DU TIERS PAYANT COMPLEMENTAIRE .....	30
3.1 Un cadre d'exercice du tiers payant complémentaire fortement simplifié mais encore insatisfaisant aux yeux des professionnels de santé .....	30
3.1.1 Une simplification de la gouvernance du tiers payant complémentaire en contrepartie du choix d'un modèle de double flux AMO/AMC.....	30
3.1.2 En dépit de ces évolutions, un tiers payant complémentaire qui suscite encore la défiance d'une partie des professionnels de santé .....	31
3.2 Des modalités d'entrée dans le dispositif fortement simplifiées .....	32
3.3 Une identification des droits des assurés toujours problématique .....	34

3.3.1	Une normalisation inachevée des attestations de tiers payant sur support papier .....	35
3.3.2	Un téléservice d'identification des droits de nature à améliorer significativement l'exercice du tiers payant.....	36
3.3.3	Un téléservice qui pourrait être amélioré pour répondre aux attentes de certains professionnels .....	37
3.4	Un paiement par les AMC moins performant que celui de l'assurance maladie obligatoire.....	38
3.4.1	Des délais de paiement globalement maîtrisés mais plus hétérogènes que ceux de l'assurance maladie .....	38
3.4.2	Une garantie de paiement limitée en pratique .....	39
3.4.3	Un niveau encore élevé de rejets.....	39
3.4.4	Des problèmes de fiabilité qui demeurent sur les circuits en gestion unique .....	40
3.5	Un traitement des factures encore complexe, dans l'attente des outils adaptés.....	41
3.6	Un accompagnement des professionnels de santé qui reste à construire .....	42
4	LES CONDITIONS D'UNE GENERALISATION DU TIERS PAYANT .....	44
4.1	Une généralisation techniquement réalisable en part AMO à brève échéance sous réserve d'un accompagnement renforcé.....	44
4.1.1	Des obstacles techniques qui pourraient être levés d'ici fin 2018.....	44
4.1.2	Un enjeu fort de promotion du dispositif auprès des professionnels de santé vers la généralisation .....	45
4.2	Une généralisation du tiers payant complémentaire qui ne semble atteignable à compter de 2019 que pour certaines professions de santé .....	46
4.2.1	Pour les professions déjà engagées dans le tiers payant complémentaire, une montée en charge qui pourrait être rapide .....	46
4.2.2	Pour les professionnels de santé les plus éloignés du tiers payant complémentaire, des initiatives nouvelles à engager .....	47
4.3	Une montée en charge effective du tiers payant qui pourrait s'effectuer en deux étapes .....	48
4.3.1	Deux scenarii de généralisation du tiers-payant AMO .....	49
4.3.2	Une dynamique à conforter quel que soit le scénario retenu .....	50
	LETTRE DE MISSION .....	53
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES .....	55
	ANNEXE : DONNEES CHIFFREES SUR LE TIERS PAYANT .....	63

# RAPPORT

Par lettre du 5 juillet 2017, la Ministre de la santé a saisi l'Inspection générale des affaires sociales d'un point d'étape concernant la généralisation du tiers payant. La demande exprimée par la lettre de saisine porte sur deux points :

- d'une part, dresser « un état des lieux des pratiques actuelles du tiers payant et du niveau de maturité des outils proposés et à l'étude par l'assurance maladie obligatoire et par les organismes complémentaires » ;
- d'autre part, mettre en lumière « les difficultés qui persisteraient, et les conditions techniques permettant de surmonter ces difficultés dans un calendrier adéquat ».

Les travaux demandés à la mission par cette lettre étaient de nature technique afin d'éclairer les conditions nécessaires à la poursuite de la montée en charge du tiers payant et les impacts des différents scénarii en termes de conduite de projet.

Comme la lettre de mission l'y invitait, la mission a procédé à une consultation large des professionnels de santé, afin de compléter le rapport conjoint AMO/AMC, prévu pour le mois de septembre 2017, par un éclairage issu de l'expérience concrète des professionnels utilisateurs du tiers payant. Cette approche apparaît notamment justifiée par le fait qu'il n'y a pas aujourd'hui une pratique unique mais bien une extrême diversité dans les pratiques et les niveaux de connaissance du tiers payant. Cette approche centrée sur les professionnels a conduit la mission à traiter de façon moins approfondie la question du recouvrement des participations forfaitaires et franchises, ce sujet relevant de la relation assurance-maladie/usager. Il pourrait utilement faire l'objet d'une expertise complémentaire.

La mission s'est notamment attachée à déterminer dans quelle mesure les outils développés depuis deux ans par l'association Inter-AMC et par les régimes d'assurance maladie obligatoire s'appuient sur une analyse approfondie des besoins des professionnels de santé, à identifier les manques éventuels en termes d'outils, et à se prononcer sur leur rythme de déploiement effectif dans les chaînes de facturation.

En termes de champ, la mission a à la fois tenu à privilégier les retours d'expérience de la part de professions plus largement utilisatrices (pharmaciens, centres de santé, et infirmiers) et des professions plus en retrait dans leurs pratiques du tiers payant (médecins et chirurgiens-dentistes).

La mission a conduit, à cet effet, une consultation étendue aux organisations professionnelles (médecins, y compris jeunes généralistes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, infirmiers et centres de santé), complétée d'une trentaine d'entretiens de terrain avec des professionnels de santé, exerçant principalement dans trois départements (Paris, Essonne et Marne).

Elle a également rencontré les associations d'usagers et les principaux gestionnaires du tiers payant (CNAMTS, MSA, RSI, représentants des régimes spéciaux, association Inter-AMC, FFA et FNMF) ainsi que les principaux opérateurs de marché intervenant sur ce champ (organismes concentrateurs techniques, opérateurs de tiers payant et leurs représentants, éditeurs et leurs représentants).

## 1 ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES ACTUELLES DU TIERS PAYANT

### 1.1 Un tiers payant dont la pratique est très diversifiée

Le tiers payant est une pratique de facturation des actes de santé qui dispense le patient d'avancer les frais : celui-ci ne paie que la partie non remboursée de sa consultation chez le professionnel de santé, ce dernier transmet sa facture à l'organisme d'assurance maladie qui le paie directement. Le tiers payant peut être pratiqué par le professionnel de santé sur la part de base (alors remboursée par un organisme d'assurance maladie obligatoire, dit AMO), ainsi que sur la part complémentaire (remboursée par un organisme d'assurance maladie complémentaire, dit AMC). Le tiers payant intégral désigne une pratique du tiers payant sur les deux parts.

Au deuxième semestre 2017, 92 % des actes facturés par les professionnels de santé l'ont été en tiers payant. Ce taux élevé, toutes professions confondues, s'explique d'abord par l'importance relative de la facturation en pharmacie, qui représente environ 65 % des actes facturés, pour lesquels la pratique du tiers payant est quasiment généralisée.

La dynamique de croissance du tiers payant, parfois entretenue par les professionnels eux-mêmes, a également été soutenue par l'instauration d'obligations de pratique du tiers payant, la dernière en date prévoyant la généralisation à l'ensemble des assurés au 30 novembre 2017. Ainsi la mission a distingué, dans son analyse, la pratique d'un tiers payant obligatoire, par opposition à celui pratiqué volontairement par les professionnels de santé.

#### 1.1.1 Une dynamique préexistante, soutenue par le tiers payant obligatoire, mais qui n'est pas arrivée à son terme

##### Encadré 1 : Qu'entend-on par tiers payant obligatoire ?

Jusqu'en 2015, le professionnel de santé était tenu, du fait d'une obligation législative ou conventionnelle, de pratiquer la dispense d'avance de frais en part AMO dans certains cas spécifiques concernant :

- certains publics: bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC), bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé (ACS) en part AMO<sup>1</sup>, bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat (AME), détenus, victimes d'accidents du travail- maladie professionnelle (AT-MP) ;
- certains actes (actes coûteux pour certaines spécialités<sup>2</sup>, actes de prévention) ;
- certains lieux de soins (centres de santé et centres de protection maternelle et infantile notamment).

Le PLFSS pour 2015, puis la loi de modernisation de notre système de santé du 21 janvier 2016, ont prévu une généralisation progressive de la dispense d'avance de frais pour les soins de ville.

Cette généralisation a commencé par les populations les plus précaires ou recourant au système de soins de manière répétitive :

- les bénéficiaires de l'ACS (1 million de personnes) depuis le 1er juillet 2015, sur les parts obligatoire et complémentaire ;
- les patients atteints d'une affection de longue durée (ALD) (11 millions de personnes) et les bénéficiaires de l'assurance maternité à compter du 31 décembre 2016.

En l'état du droit, la généralisation à l'ensemble des assurés est prévue au 30 novembre 2017. Compte tenu de la décision du Conseil constitutionnel du 21 janvier 2016, l'application du tiers payant pour la part complémentaire est laissée à l'appréciation des professionnels de santé de ville<sup>3</sup>.

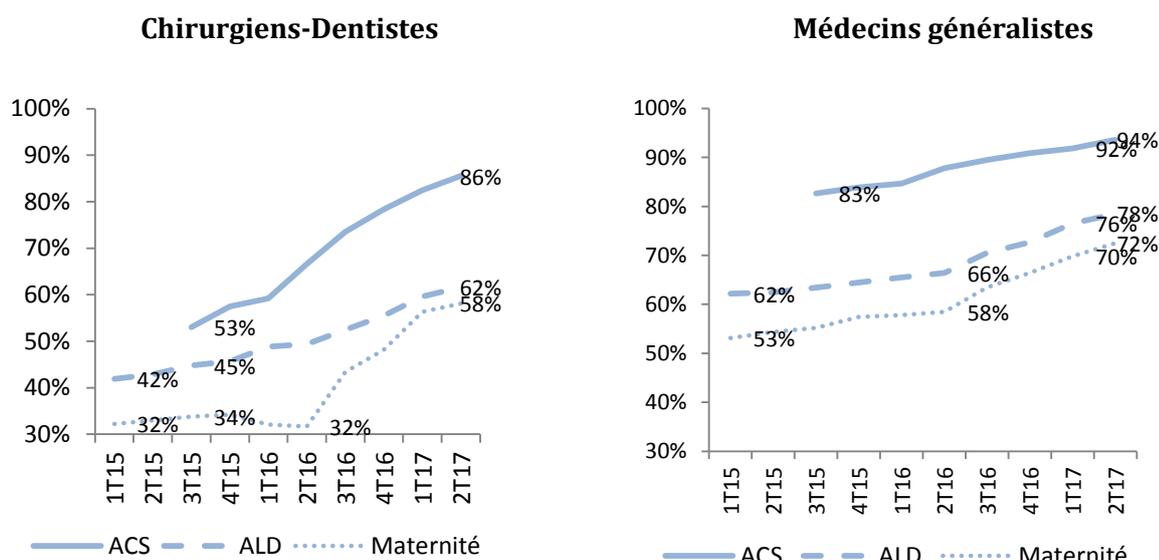
<sup>1</sup> Dans le seul cadre toutefois de la convention médicale.

<sup>2</sup> Actes de spécialité affectés d'un coefficient supérieur à 60 ou d'un tarif égal ou supérieur à 120 euros.

La mission s'est tout d'abord attachée à évaluer l'évolution de la pratique du tiers payant sur les volets obligatoires. Son constat est triple :

- Le tiers payant historique est pratiqué à des niveaux très proches d'une généralisation de fait avec des fourchettes de taux comprises entre 97,3 % et 99,8 % pour les bénéficiaires de la CMUC, et entre 98,4 % et 99,9 % selon les actes facturés dans les centres de santé<sup>4</sup> ;
- S'agissant du tiers payant obligatoire mis en place depuis 2015, beaucoup de professions de santé étaient déjà à des niveaux de pratique élevés avant la mise en place de l'obligation. La mission relève une progression chez les professionnels de santé qui pratiquaient le moins le tiers payant, c'est-à-dire les médecins et les chirurgiens-dentistes :
  - pour les actes pris en charge au titre de l'ALD (*cf. graphique*), l'évolution la plus nette concerne les chirurgiens-dentistes (+20 points), dont moins d'un sur deux pratiquait le tiers payant en 2015, suivis par les généralistes (+15 points) et les spécialistes (+8 points) ;
  - pour les actes facturés en ACS, qui connaissent les plus forts niveaux de progression (+33 points chez les chirurgiens-dentistes, +20 points chez les spécialistes, + 10 points chez les généralistes), et dans une moindre mesure, pour les actes pris en charge au titre de la maternité (+ 20 points chez les généralistes, +10 points chez les spécialistes, +25 points chez les chirurgiens-dentistes).

Graphique 1 : Evolution de la pratique du tiers payant obligatoire chez les médecins et les chirurgiens-dentistes depuis 2015, régime général



Source : CNAMTS

<sup>3</sup> Le Conseil constitutionnel a considéré que le législateur s'était borné « à édicter une obligation relative aux modalités de paiement de la part des dépenses prise en charge par les organismes d'assurance maladie complémentaire (AMC) sans assortir cette obligation des garanties assurant la protection des droits et obligations respectifs du professionnels de santé et de l'organisme d'assurance maladie complémentaire » (décision n° n°2015-727 DC du 21 janvier 2016). L'obligation qui demeure à l'échelle de la loi concerne les organismes complémentaires, tenus d'accepter la facturation en tiers payant à hauteur du tarif de responsabilité dans le cadre des contrats responsables, dès lors que le PS pratique le tiers payant (art L. 871-1 du code de la sécurité sociale).

<sup>4</sup> Faute de données disponibles, la mission n'a pas étudié la pratique du tiers payant obligatoire sur les actes coûteux et sur les actes de prévention

- Des marges demeurent chez les médecins et les chirurgiens-dentistes pour atteindre une couverture intégrale des populations et des actes concernés : si ces deux professions tangentent les 90 % s'agissant du tiers payant appliqué aux bénéficiaires de l'ACS (cf. tableau), les pratiques peuvent demeurer variables ou partielles s'agissant des deux derniers paliers (ALD et maternité).

En définitive, le tiers payant apparaît quasi-généralisé pour les bénéficiaires de l'ACS (99,1 %) et les bénéficiaires d'une prise en charge au titre de l'ALD (98,6 %). Le tiers payant au titre de l'assurance maternité demeure légèrement en retrait (90,4 %) compte tenu notamment de l'importance en volume des actes pratiqués par les spécialistes au sein de cette catégorie.

Tableau 1 : Etat de la pratique du TP de certains actes obligatoire au régime général, par profession au 2<sup>ème</sup> trimestre 2017

	ACS	ALD	Maternité
Généralistes	93,6 %	78,5 %	72,5 %
Radiologues	96,8 %	97,4 %	88,2 %
Spécialistes hors radiologues	87,2 %	80,6 %	45,8 %
Infirmiers	99,8 %	99,9 %	98,2 %
Kinés	98,0 %	98,9 %	87,4 %
Dentistes	85,5 %	61,6 %	58,1 %
Laboratoires	99,8 %	99,9 %	99,6 %
Pharmacies	99,8 %	99,7 %	99,5 %
Centres de santé	99,8 %	99,9 %	99,0 %
<b>Total PS</b>	<b>99,1 %</b>	<b>98,6 %</b>	<b>90,4 %</b>

Source : CNAMTS

Les analyses conduites par la mission concernant les autres régimes que le régime général montrent des taux d'ordre comparable (moins d'1 % d'écart) s'agissant du deuxième trimestre 2017. S'agissant des catégories les plus éloignées du tiers payant, les écarts entre régimes peuvent aller jusqu'à cinq points, sans qu'une avance structurelle de l'un des régimes puisse être relevée systématiquement. Les écarts entre régimes se sont notamment résorbés s'agissant des médecins spécialistes, pour lesquels les écarts étaient de l'ordre de quinze à vingt points en juillet 2016<sup>5</sup>.

Les disparités territoriales illustrent l'hétérogénéité des pratiques. De forts écarts peuvent en effet être observés au sein de la population de médecins, de masseurs kinésithérapeutes et de chirurgiens-dentistes (voir données en annexe) : sur le tiers payant AMO, la pratique du tiers payant varie du simple au double, avec la présence récurrente de certains départements, suggérant l'existence de pratiques locales marquées, tant en faveur qu'à l'encontre du tiers payant.

Outre ces disparités territoriales, on relève une forte hétérogénéité de pratiques selon le secteur d'exercice : s'agissant des patients en ALD, le taux de tiers payant obligatoire s'échelonne en 2017 de 50 % en secteur 2 à 78 % en secteur 1 chez les médecins généralistes et de 63 % à 87 % chez les spécialistes hors radiologues. Un écart du même ordre s'observe s'agissant du tiers payant maternité.

<sup>5</sup> Source : rapport AMO du 30 novembre 2016.

## 1.1.2 Une situation très contrastée du tiers payant non obligatoire selon les professions de santé

En dehors du cadre législatif défini ci-dessus, l'ensemble des professions de santé a eu, sur la durée, la faculté de pratiquer le tiers payant sur la part AMO pour autant que les organismes d'assurance maladie l'acceptaient, tolérance fondée juridiquement par voie conventionnelle<sup>6</sup>. A défaut d'une base conventionnelle, les règles relatives au tiers payant complémentaire sont, quant à elles, définies par la voie de contrats individuels (*cf. partie 3*).

L'analyse des pratiques révèle des différences significatives d'une profession à l'autre (*cf. tableau 3*). Ainsi, le tiers payant AMO s'échelonne entre 10 % chez les chirurgiens-dentistes et 99 % chez les pharmaciens et 93 % chez les infirmiers, les généralistes et les spécialistes conservant une position intermédiaire (20 à 25 %). Les disparités sont encore plus marquées s'agissant du tiers payant dit intégral<sup>7</sup> avec des taux qui vont de 5 % chez les chirurgiens-dentistes et les généralistes (15 % chez les spécialistes) à 92 % chez les pharmaciens, les infirmiers conservant une position médiane (75 %). Ces résultats illustrent le découplage, fréquent à l'échelle de certaines professions, entre la pratique du tiers payant en part AMO et celle du tiers payant complémentaire.

La mission a regroupé les professions de santé en trois sous-ensembles, selon leur pratique du tiers payant (encadré n°2 infra).

Tableau 2 : Pratique du TP non obligatoire au régime général<sup>8</sup> par profession au 2<sup>ème</sup> trimestre 2017

	TP intégral (AMO+AMC)	TP portant au moins sur la part AMO	Hors tiers payant
Dentistes	3,9 %	10,5 %	89,5 %
Généralistes	6,5 %	20,3 %	79,7 %
Spécialistes hors radiologues	17,4 %	23,9 %	76,1 %
Radiologues	40,1 %	65,2 %	34,8 %
Kinés	47,4 %	65,5 %	34,5 %
Infirmiers	75,5 %	92,4 %	7,6 %
Centres de santé	45,1 %	98,4 %	1,6 %
Laboratoires	91,2 %	98,5 %	1,5 %
Pharmacies	93,2 %	99,3 %	0,7 %
<b>Total PS</b>	<b>78,4 %</b>	<b>87,3 %</b>	<b>12,7 %</b>

Source : CNAMTS

<sup>6</sup> Et/ou par des accords locaux s'agissant des médecins.

<sup>7</sup> Ce pourcentage inclut le TP intégral parts AMO+AMC et le TP intégral AMO 100%. A noter que seule l'AMO procède à la consolidation mensuelle d'un indicateur concernant les flux de facturation en tiers payant complémentaire.

<sup>8</sup> S'agissant des taux de tiers payant non obligatoire, la mission relève toutefois des différences significatives entre régimes, qui peuvent aller jusqu'à dix à quinze points s'agissant du RSI.

**Encadré 2 : Trois cas-types dans les pratiques de tiers payant non obligatoire**

**1- Une pratique ancienne et généralisée chez les pharmaciens, sans distinction entre AMO et AMC**

Les acteurs interrogés par la mission s'accordent à distinguer quatre facteurs à l'origine de cette pratique :

- une demande sociale très forte autour du tiers payant, compte tenu d'une généralisation de fait dans les pharmacies mutualistes d'abord, puis dans l'ensemble des officines ;
- le recours massif à des intermédiaires (organismes concentrateurs techniques et/ou sociétés de gestion du tiers payant) qui assurent l'essentiel de la gestion (éclatement des flux, traitement des rejets, recoupement bancaire) en lieu et place des pharmaciens ;
- un conventionnement collectif protecteur mis en place précocement par la profession pour gérer le tiers payant complémentaire (cf. infra) ;
- l'organisation des officines, qui compte tenu de l'importance en volume des flux échangés, sont en mesure de répartir les tâches d'administration et de saisie sur plusieurs intervenants.

**2- Une pratique importante du tiers payant les infirmiers, les radiologues, et les centres de santé, compte tenu d'une attente très forte de leur patientèle**

Si le tiers payant dans les centres de santé relève *stricto sensu* d'une obligation légale, les autres professions expliquent leur niveau élevé d'octroi du tiers payant en part AMO par une demande sociale très forte, celle-ci pouvant elle-même renvoyer à de multiples facteurs :

- des pratiques de facturation d'actes en série, qui majorent les montants exigibles ;
- une attente forte autour du tiers payant compte tenu des pratiques en vigueur à l'échelle de la profession (infirmiers) ;
- une patientèle caractérisée par un taux élevé de populations éligibles au tiers payant obligatoire (importance des patients atteints de pathologies chroniques, en ALD, pour les infirmiers par exemple), ce qui incite à une pratique généralisée du tiers payant ;
- les effets induits par la réglementation conventionnelle sur les actes coûteux (radiologues).

Pour cette catégorie de professionnels, les pratiques en matière d'AMC ne suivent que partiellement celles qui gouvernent le tiers payant obligatoire: le tiers payant intégral concerne ainsi moins de la moitié des cas s'agissant des centres de santé.

Un effet de rattrapage relatif s'observe toutefois s'agissant des centres de santé et des infirmiers, dont les taux de tiers payant intégral progressent d'une dizaine de points depuis 2015 (cf. *infra*). Les professionnels concernés évoquent la forte demande de leur patientèle pour évoquer leur recours au tiers payant, y compris dans des conditions techniques jugées peu satisfaisantes (cf. *partie 3*). Un autre motif invoqué est le nombre élevé d'impayés.

**3- Un recours plus marginal par les autres médecins et les chirurgiens-dentistes**

Cette catégorie de professionnels de santé apparaît à la fois en retrait dans sa pratique du tiers payant en part AMO (un acte sur cinq pour les généralistes, un acte sur quatre pour les spécialistes, un acte sur dix pour les chirurgiens-dentistes) et très peu insérée dans les dispositifs de conventionnement en part complémentaire (cf. *infra partie 3*).

Le tiers payant n'est pas pratiqué de façon homogène par les professionnels de santé. On constate en effet que deux pratiques opposées se distinguent au sein de chaque profession de santé : soit pas ou très peu de tiers payant (entre 0 et 9 % des actes), soit à l'inverse une quasi-généralisation (entre 90 et 100 % des actes).

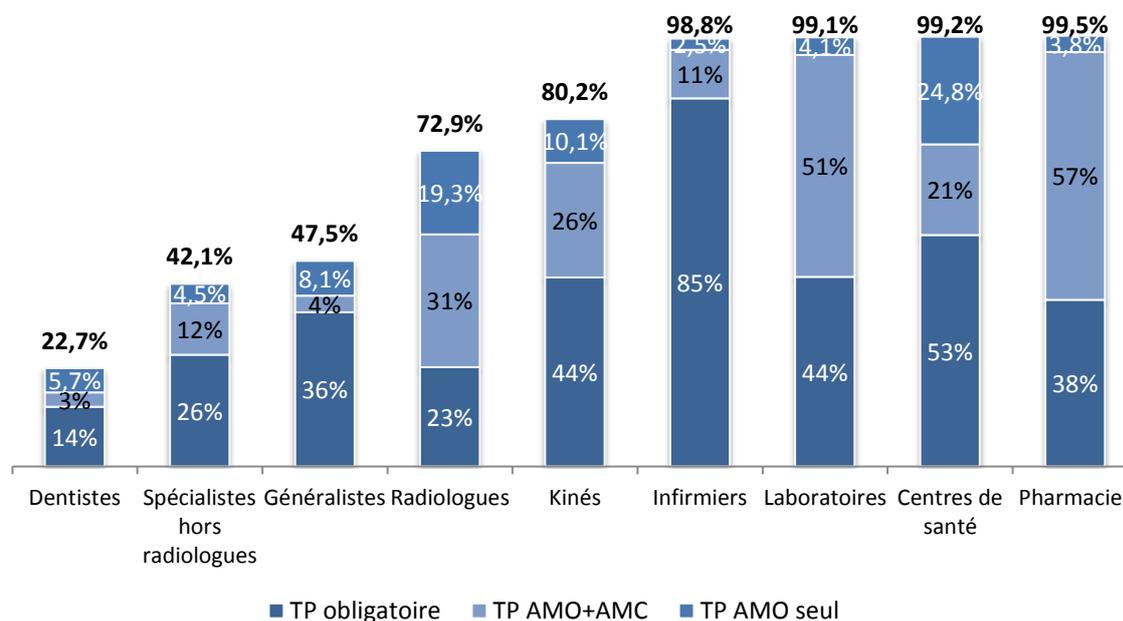
Au final, sur la période de janvier 2015 à juin 2017 :

- la pratique du tiers payant non obligatoire, toutes professions confondues, reste stable autour de 87 % des actes effectués, compte tenu là aussi de l'importance en volume du tiers payant pharmaceutique, déjà largement généralisé avant 2015 ;
- une légère progression, de l'ordre de deux à quatre points, s'observe pour les autres professions. La mission relève l'absence d'une dynamique d'anticipation de l'obligation équivalente à celle qui a pu être observée pour les ACS, les ALD ou la maternité;
- la seule dynamique claire concerne le tiers payant intégral qui connaît une progression de dix points pour les centres de santé et les infirmiers, en dépit des difficultés techniques rencontrées et compte tenu d'une forte demande des patients.

### 1.1.3 Une situation d'ensemble favorable, tirée par le tiers payant pharmaceutique et par les cas d'obligation

Au deuxième semestre 2017, 92 % des actes facturés le sont aujourd'hui en tiers payant AMO et 87 % en tiers payant intégral. Ce pourcentage élevé s'explique d'une part par l'importance relative de la facturation en pharmacie (*cf. supra*), de l'autre par le poids des ALD qui représentent 33 % des actes facturés toutes professions confondues<sup>9</sup>.

Graphique 2 : Répartition des modalités de tiers payant par profession de santé au 2<sup>ème</sup> trimestre 2017, régime général



Source : CNAMTS

La présentation de ces résultats par profession (*cf. graphique 2*) démontre une quasi-généralisation de fait chez les pharmaciens, les centres de santé et les infirmiers. Quoique moins développée, la pratique du tiers payant par les radiologues demeure élevée (>75 % des actes). Enfin, les médecins

<sup>9</sup> Au deuxième trimestre 2017, les actes en ALD au titre du régime général représentaient 33% des actes toutes professions confondues, les actes en CMUC 7% des actes, les actes relevant du risque AT-MP 1% des actes, les ACS 4% des actes et la maternité 1% des actes facturés. Source : CNAMTS.

(généralistes et spécialistes) et plus encore les chirurgiens-dentistes pratiquent sensiblement moins le tiers payant (environ 40 % des actes pour les médecins, contre moins de 25 % pour les chirurgiens-dentistes).

Dans l'hypothèse où le tiers payant obligatoire achèverait sa progression chez les catégories qui demeurent les plus éloignées, le taux global de tiers payant pourrait progresser de six points chez les généralistes et les spécialistes, mais seulement d'un point chez les chirurgiens-dentistes, compte-tenu du faible poids relatif des ALD dans leur pratique.

S'agissant de la part complémentaire, les données fournies par le GIE SESAM vitale sur les flux de tiers payant complémentaire corroborent ces constats de pratique professionnelle. Toutefois, des divergences persistent entre les sources CNAMTS et association Inter-AMC, qui ont toutes deux convenues de travailler à leur rapprochement.

## 1.2 Un processus de tiers payant qui nécessite un socle d'équipement logiciel

### 1.2.1 Un processus de facturation qui repose à 95 % sur la télétransmission en part AMO

Un professionnel de santé peut transmettre une facture de soins à l'assurance maladie obligatoire selon trois modalités techniques :

- la télétransmission d'une feuille de soins électronique (FSE) sécurisée, avec la carte vitale du patient, qui représente près de 84 % des factures qu'elles soient en tiers payant ou non ;
- la télétransmission d'une facture électronique non sécurisée/ dégradée, en utilisant le logiciel de télétransmission mais sans la carte vitale<sup>10</sup>. Ce mode de transmission est utilisé de manière importante par les auxiliaires médicaux (exemple des infirmiers, qui facturent de manière importante des actes en série, et à distance), ainsi que par les centres de santé qui pratiquent le tiers payant de manière quasi-systématique, y compris si le patient n'a pas sa carte vitale ;
- à travers une feuille de soin papier, sans matériel de télétransmission. Ce mode de facturation est encore utilisé de manière importante par les médecins, notamment les spécialistes, pour 12 % de leur facturation.

Tableau 3 : Répartition des factures par types de flux et professions de santé – 1<sup>er</sup> sem. 2017

	Facturation électronique sécurisée	Facturation électronique dégradée	Facturation papier
Médecins	87 %	1 %	12 %
Auxiliaires médicaux	72 %	25 %	3 %
Chirurgiens-dentistes	92 %	1 %	7 %
Pharmacies	87 %	12 %	1 %
Centres de santé	72 %	25 %	3 %
Total des professions de santé (*)	84 %	11 %	5 %

(\*) hors facturation de transports

Source : CNAMTS, voir détail en Annexe

<sup>10</sup> Une facture dégradée peut aussi être émise avec une carte vitale, si le professionnel de santé modifie dans la facture les informations qui figurent sur la carte vitale.

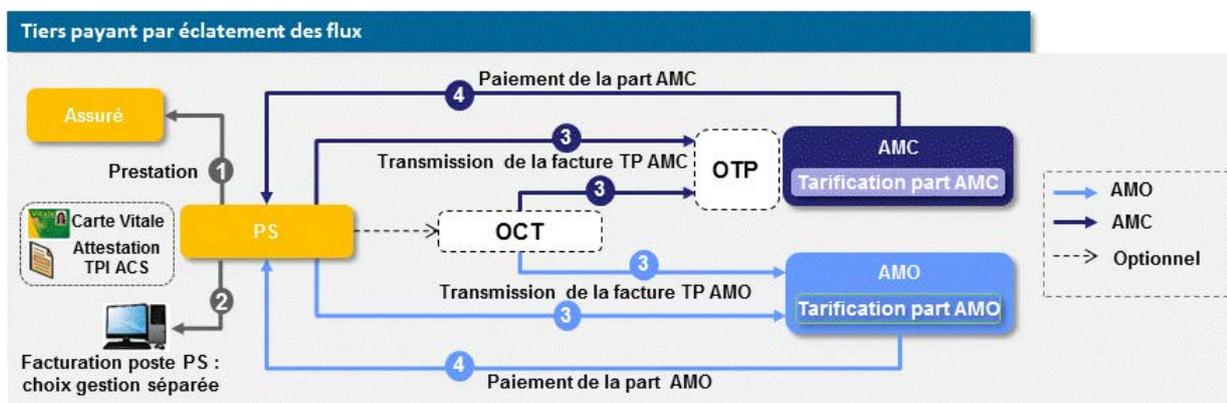
Le mode de facturation dominant, les feuilles de soins électroniques, est aussi le plus simple, quand la facturation papier impose de remplir la feuille de soins, de calculer les droits et de l'acheminer à l'organisme payeur concerné. Il est aussi le plus rapide et le plus fiable pour la pratique du tiers payant, grâce au développement récent de garanties pour le professionnel de santé (*voir partie 2*).

### 1.2.2 La coexistence de plusieurs processus de facturation électronique en tiers payant complémentaire

Le tiers payant complémentaire offre aujourd'hui un paysage très composite en matière de facturation, car il s'est construit historiquement sur une logique de cohabitation entre différents circuits :

- une pratique du tiers payant papier, qui a été le cadre historique de développement du tiers payant à partir des années 1970, sur la base d'accords conclus directement entre certains professionnels de santé et les organismes complémentaires. Cette pratique ne s'est pas éteinte avec le développement de modes de transmission alternatifs. Elle reste cependant très minoritaire, comme en part AMO ;
- une pratique du tiers payant en télétransmission dans laquelle un acteur unique intervient en tant que payeur et gestionnaire unique des deux parts AMO et AMC : cet acteur unique peut être le régime général, dans le cas des bénéficiaires de la CMUC et l'ACS ; ce circuit de flux unique est aussi utilisé par certains organismes qui gèrent simultanément les droits AMO et AMC (MGEN, mutuelles de fonctionnaires, CAMIEG..) ;
- une pratique du tiers payant en télétransmission avec routage des flux AMC via l'AMO : ce circuit a été privilégié par certaines mutuelles et subsiste de manière résiduelle ;
- une pratique de gestion séparée avec éclatement des flux entre AMO et AMC qui font donc l'objet de deux traitements séparés. Cet éclatement peut être réalisé depuis le logiciel du professionnel ou alternativement confié à un fournisseur de services, un organisme concentrateur technique, choisi par le professionnel de santé (modèle développé par les pharmaciens également utilisé par les laboratoires de biologie médicale). Au moment de l'émission de la télétransmission de la facture AMO, un second flux à destination de la complémentaire santé, la demande de remboursement électronique (DRE) est émise. Certains acteurs (plateformes de gestion des réseaux de soins) ont aussi mis en place un autre processus pour la facturation en tiers payant de la part complémentaire (hors DRE), permettant la transmission d'un devis.

Schéma 1 : La facturation de tiers payant intégral en double flux



Source : DSS

Si plusieurs processus de facturation coexistent pour le tiers payant intégral, les derniers développements techniques ont porté sur la pratique de gestion séparée avec éclatement des flux entre AMO et AMC.

### 1.2.3 Un équipement logiciel essentiel pour le tiers payant

Pour être simples, fiables et rapides pour le professionnel de santé, les processus précédemment décrits doivent être automatisés dans leur ensemble. Cette automatisation requiert pour le professionnel de santé un équipement en logiciel de facturation, installé sur son poste de travail ou sur un équipement mobile, afin de gérer les flux d'échanges électroniques avec les organismes payeurs. Depuis 2003<sup>11</sup>, un même équipement permet la télétransmission des feuilles de soins (pour la part de base), et l'émission de la DRE (pour la part complémentaire).

Si l'équipement en télétransmission lui-même est, en principe, obligatoire pour les professionnels de santé, certaines professions demeurent en retrait : ainsi, les médecins spécialistes sont équipés seulement pour 62 % d'entre eux<sup>12</sup>. Or la généralisation du tiers payant, en tant que processus simple, rapide et fiable, ne peut concerner *de facto* que les professionnels de santé qui peuvent télétransmettre.

Tableau 4 : Part des professionnels de santé équipés pour télétransmettre en juin 2017

Professions	Nombre de professionnels de santé	Taux de pratique de la télétransmission
Centres de Santé <sup>13</sup>	2 200	74 %
Chirurgiens-dentistes	41 000	88 %
Infirmiers	93 000	90 %
Masseurs-kinésithérapeutes	75 500	83 %
Laboratoires	4 100	92 %
Médecins généralistes	65 000	85 %
Médecins spécialistes	86 500	62 %
Pharmaciens	22 200	99 %
<b>TOTAL (*)</b>	<b>465 500</b>	<b>76 %</b>

(\*) Certaines professions de santé n'ont pas été détaillées mais sont incluses dans le Total (sages-femmes, orthophonistes ...)

Source : GIE SESAM vitale

Au-delà de la télétransmission qui constitue un prérequis pour un tiers payant simple, fiable et rapide, différentes fonctionnalités sont progressivement intégrées dans les logiciels des professionnels de santé, afin de faciliter leur pratique du tiers payant. Ces différentes

<sup>11</sup> Avec la publication du cahier des charges SESAM Vitale 1.40.

<sup>12</sup> Selon une étude de la CNAMTS (2013), 65% des médecins qui ne télétransmettent pas ont plus de 55 ans. Pour autant, le départ à la retraite de praticiens qui ne télétransmettent pas ne suffit pas à faire augmenter les taux de pratiques de la télétransmission : entre 2006 et 2017, ces taux n'ont pas augmenté concernant les médecins (les généralistes télétransmettaient à hauteur de 85% en 2006, et les spécialistes 64%- données GIE SV).

<sup>13</sup> Les statistiques concernant les centres de santé sont à interpréter avec précaution. Selon le GIE SESAM vitale, le taux est calculé sur la base du fichier de référence des numéros de facturation des centres de santé (ETANAT) fourni par la CNAMTS, qui ne serait pas à jour. Par ailleurs, les centres de santé qui ne télétransmettent pas en SESAM-vitale sont pour la plupart en télétransmission IRIS B2 (non sécurisée).

fonctionnalités font pour la plupart l'objet d'avenants successifs au cahier des charges SESAM-vitale (voir encadré 3 ci-dessous).

**Encadré 3 : Les logiciels des professionnels de santé et le rôle du GIE SESAM vitale**

La facturation ne constitue souvent qu'une des fonctionnalités des logiciels qui incluent également la gestion médicale (dossier patient) ou l'interfaçage avec des appareils de soins ou d'examen.

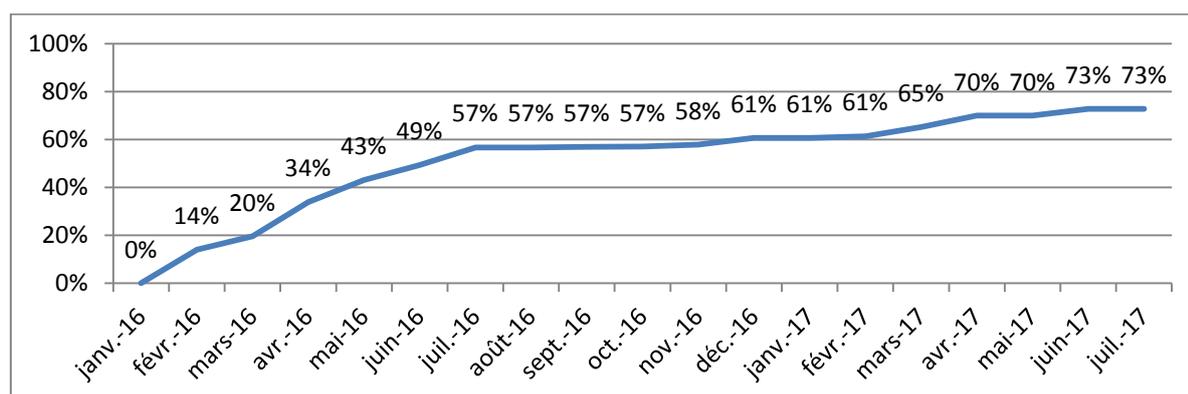
Le marché de l'édition logiciel compte plus de 150 solutions permettant d'équiper les professionnels de santé en gestion de facturation. Le marché est spécialisé par professions de santé, encore très segmenté avec un nombre limité d'éditeurs en position dominante et capable de couvrir plusieurs segments de marché. Selon la FEIMA, principale fédération d'éditeurs de logiciel de professionnels de santé libéraux, le modèle économique dominant repose sur un socle d'abonnement mensuel intégrant le logiciel, les prestations de maintenance et de support- un abonnement moyen (sans service optionnel) s'élevant à 50€/ mois pour les professions paramédicales, 80€/ mois pour les médecins, et 150€/ mois pour les pharmaciens.

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. Selon les éditeurs de logiciel, 70 % des mises à jour des logiciels sont liées à des évolutions réglementaires.

Le déploiement des nouvelles solutions logicielles comporte deux étapes : une première étape d'intégration par les éditeurs de logiciel, à l'issue de laquelle le nouveau produit est disponible et potentiellement déployable ; une seconde étape de déploiement du produit sur le poste du professionnel de santé. Au total, la CNAMTS évalue à dix-huit mois environ le temps de déploiement d'un nouvel outil, dont six à douze mois de temps éditeur, de la phase de développement à la diffusion sur la totalité du parc.

On constate ainsi sur le graphique ci-après, pour l'évolution ALD/ maternité, qu'il faut compter plus de dix-huit mois pour que le potentiel de déploiement d'une solution de facturation atteigne 75 %.

**Graphique 3 : Disponibilité de la mise à jour ALD/ maternité dans les solutions logicielles**



Source : GIE SESAM vitale

Plusieurs facteurs expliquent la progressivité du potentiel de déploiement :

- la fragmentation du marché, les pratiques des éditeurs variant sensiblement ;
- un nombre élevé de mises à jour à intégrer dans les logiciels, qui s'accroissent en file d'attente dans des "roadmaps" chargées. Pour les derniers avenants liés au tiers payant, l'incertitude politique perçue, par les éditeurs, sur le caractère obligatoire du tiers payant les a conduit à déprioriser les évolutions ;

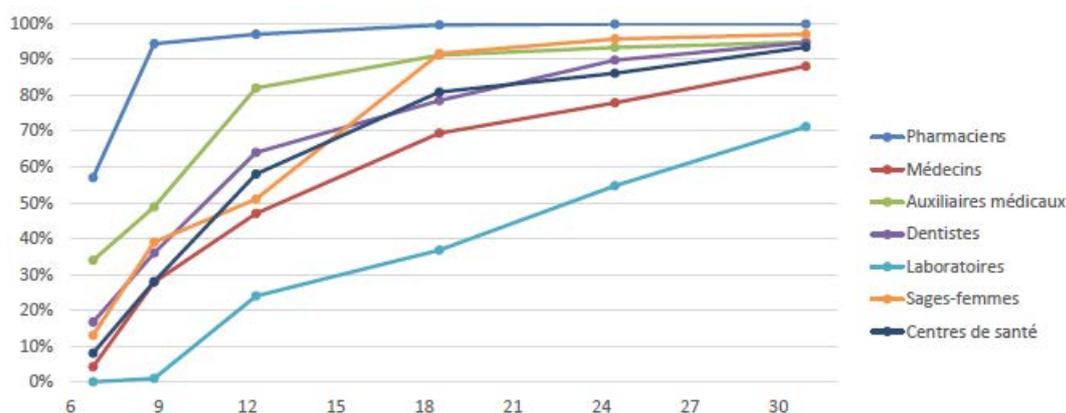
- une pratique de regroupement des avenants dans une unique version nouvelle du logiciel pour limiter le nombre de mises à jour annuelles pour les professionnels de santé.

Au délai de développement et de livraison des éditeurs s'ajoute le délai de déploiement par le professionnel de santé, lequel est libre de mettre à jour sa version lorsqu'il le souhaite. Les médecins sont toutefois incités financièrement à une mise à jour régulière de leur logiciel par la dernière convention médicale (forfait structure<sup>14</sup>).

Les délais de déploiement des mises à jour des logiciels par les professionnels de santé varient selon les professions de santé et selon la nature de la mise à jour.

Si l'on raisonne globalement, de la date de création de l'avenant à l'équipement chez le médecin, l'avenant "Honoraires de dispensation" chez les pharmaciens a été déployé en cinq mois seulement, tandis que dix-huit mois auront été nécessaires pour équiper les deux-tiers du parc des logiciels de l'avenant TPi ACS. Notons que ces mises à jour (avenants TPi ACS et TP ALD/ maternité) conduisent à ce que la pratique du tiers payant soit automatique dans le logiciel du professionnel de santé, pour les publics concernés, sauf si le professionnel en décide autrement (en décochant la case tiers payant).

Graphique 4 : Délai de mise à jour du logiciel des professionnels de santé après publication de la documentation par le GIE – Avenant « TPi ACS » disponible en décembre 2014



Source : GIE Sesam vitale

## 2 UN TIERS PAYANT AMO GLOBALEMENT SIMPLE, RAPIDE ET FIABLE, MAIS UNE CONFIANCE ENCORE FRAGILE

La mission a analysé le processus de tiers payant pour le professionnel de santé, en part AMO, puis en part AMC (partie 3), en décomposant ce processus en quatre phases : identification des droits, paiement par l'organisme, gestion des paiements par le professionnel de santé, et accompagnement des professionnels de santé. Le tiers payant complémentaire comporte, par ailleurs, une phase amont de conventionnement. A chaque stade du processus, la mission a identifié les principaux outils techniques en cours de développement et les difficultés persistantes relevées par les professionnels de santé.

<sup>14</sup> Selon l'article 20 de la convention médicale, l'octroi du forfait structure, destiné à aider les médecins à la gestion de leurs cabinets, est conditionné à l'utilisation des versions des logiciels SESAM-vitale les plus à jour. Le forfait structure dans son ensemble peut représenter une rémunération de 1 750€ en 2017 (et jusqu'à 4 620€ en 2019).

## 2.1 Une identification des droits aujourd'hui simple avec la carte vitale

En part AMO, l'identification des droits s'effectue pour la grande majorité des patients à partir de la lecture de la carte vitale, ce qui ne rajoute pas de charge de travail pour le professionnel de santé, par rapport à une facturation hors tiers payant avec télétransmission. Plusieurs évolutions récentes ont, par ailleurs, contribué à simplifier et sécuriser l'identification des droits en présence de la carte vitale :

- depuis le milieu de l'année 2016<sup>15</sup>, 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 à jour (sous réserve qu'il n'y ait pas d'erreur de cotation ou de facturation). Ceci a contribué à faire chuter les rejets de facturation (voir 2.2 *infra*). Toutefois, l'existence de cette garantie demeure encore méconnue ou mal comprise par les professionnels de santé, notamment lorsque le service d'acquisition des droits en ligne ADRi est utilisé ;
- la protection universelle maladie (PUMA), entrée en vigueur en 2016, garantit la continuité des droits des patients : en particulier, en cas de mutation inter-régimes, les droits du patient doivent être maintenus tant que le régime prenant n'a pas pris le relais. De fait, les professionnels de santé rencontrés par la mission ont confirmé que les patients sans droits étaient devenus extrêmement rares, principalement des situations de patients récemment arrivés de l'étranger ;
- le déploiement depuis 2016 d'ADRi<sup>16</sup>, intégré au logiciel du professionnel de santé. Celui-ci permet de consulter les droits actualisés du patient<sup>17</sup> : le professionnel de santé pourra vérifier la situation d'un patient qui se serait vu reconnaître une ALD, sans que la carte vitale n'ait été mise à jour, et établir une facturation en conséquence. La consultation d'ADRi n'apporte toutefois pas à ce jour de garantie de paiement- celle-ci reste liée aux droits inscrits en carte vitale. Fin août 2017, 25 % des professionnels de santé (35 % des médecins)<sup>18</sup> disposaient de ce téléservice sur leur poste de travail. ADRi permet de vérifier les droits de 97 % des assurés<sup>19</sup>. Si certains dysfonctionnements ont été relevés lors du déploiement du téléservice<sup>20</sup>, sa disponibilité est globalement satisfaisante et en hausse : 90 % des consultations par les professionnels de santé restituent les droits des bénéficiaires (98 % pour le régime général). Les retours des professionnels de santé et des éditeurs de logiciel sur ADRi sont positifs.

Ainsi, lorsque le patient présente sa carte vitale, l'identification des droits est simple et sans impact supplémentaire sur le temps médical pour le professionnel de santé, et la facturation en feuille de soin électronique est sécurisée.

En l'absence de carte vitale, le professionnel de santé n'est pas tenu de pratiquer le tiers payant<sup>21</sup>, à l'exception des patients bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat (AME). Cette absence d'obligation est toutefois méconnue des professionnels de santé et des patients. Par ailleurs, pour ceux qui

<sup>15</sup> Décret n°2016-1069 du 3 août 2016 relatif aux garanties et délais de paiement en cas de pratique du tiers payant.

<sup>16</sup> CDR pour les établissements/centres de soins.

<sup>17</sup> La consultation d'ADRi peut être automatique et transparente pour le PS, déclenchée pour chaque carte vitale, ou "ciblée", c'est-à-dire déclenchée par le professionnel de santé.

<sup>18</sup> Données GIE-SESAM vitale.

<sup>19</sup> Certains petits régimes, comme le régime de l'assemblée nationale ou du Sénat, ne sont pas encore raccordés à ADRi. La CNAMTS prévoit que 98% des assurés soient couverts début 2018, avec l'intégration des bénéficiaires de la CANSSM, du régime de la SNCF et de la CRPCEN.

<sup>20</sup> Pour les allocataires de la MSA et du RSI, les taux de non-réponse du service étaient de 25% début 2017. La CNAMTS a mis en place des correctifs en août 2017, qui ont permis de faire chuter ces taux à moins de 1%. Des dysfonctionnements spécifiques à certains logiciels ont aussi été relevés par des professionnels de santé rencontrés par la mission, mais ces derniers paraissent relativement ciblés et liés à la phase de déploiement du téléservice.

<sup>21</sup> Article D. 161-13-2 du code de la sécurité sociale.

choisiraient de pratiquer le tiers payant sans carte vitale (en flux dégradé ou en flux papier), le professionnel de santé ne dispose aujourd'hui pas de garantie de paiement. C'est notamment le cas des centres de santé, qui pratiquent quasi-systématiquement le tiers payant en part AMO. Or l'utilisation du téléservice ADRI devrait permettre de sécuriser une partie significative de ces flux de tiers payant hors FSE, sous réserve de faire évoluer la garantie de paiement et d'enrichir ADRI (voir recommandation en ce sens dans la partie 4.1).

En dépit de ces garanties et d'une situation jugée globalement satisfaisante, les professionnels de santé ont relevé plusieurs difficultés pratiques dans l'identification des droits, qui sont susceptibles de diminuer le temps médical en présence du patient, ou d'augmenter le nombre de rejets à l'issue du traitement de la part AMO. Ces difficultés, qui sont circonscrites mais peuvent être plus fréquentes chez certains professionnels, sont présentées dans le tableau ci-dessous. Certaines solutions sont en cours de développement, mais d'autres doivent encore être apportées.

**Tableau 5 : Difficultés relevées par les professionnels de santé en matière d'identification des droits**

Configuration	Difficultés pratiques des PS	Solutions existantes/ en projet
Droits non à jour sur la carte vitale	- Mutations entre régimes ou entre statuts non inscrites sur la carte vitale	- Meilleure information sur la garantie de paiement sur la base des droits en carte ; - Déploiement et utilisation d'ADRI ; - Mise en place d'échanges de données avec les régimes étudiants (à l'œuvre) ; - Projets d'automatisation des mutations entre régimes (en cours); - Projet de référentiel interrégime de contrôle pour la PUMA
En l'absence de carte vitale	- Pas de garantie en cas de pratique du TP (ex des centres de santé) ; - En cas de flux dégradé, nécessité d'un envoi papier en parallèle ; - délai d'obtention de carte vitale	- ADRI permet de sécuriser la facturation, mais sans garantie pour le professionnel de santé à ce jour  - Délai de 19 jours selon la CNAMTS
Ayant-droit non inscrit sur la carte vitale	- Cas d'un enfant non inscrit sur la carte d'un parent	Le double rattachement des enfants est possible, mais son déploiement est progressif et pas automatique (à la demande des parents).
Patients bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat	- Absence de carte vitale pour les patients en AME, et obligation de pratiquer le TP : nécessité de TP papier, rejets plus nombreux	
A domicile/ en-dehors du cabinet du praticien/ en exercice libéral en établissement	- Pratique de la télétransmission (et donc du TP) plus complexe	Nécessité d'un outillage spécifique pour télétransmettre à domicile (existant) ou consulter les droits en ligne à distance (en projet)
Sans carte professionnelle de santé (CPS)	- Impossibilité pour le PS de télétransmettre sans CPS, et nécessité de pratiquer le TP en papier ; - Des délais d'obtention de la CPS pouvant aller jusqu'à 4-5 mois selon les témoignages des PS	
Cartes vitales en opposition	La garantie de paiement n'est valable que si la carte vitale du patient n'est pas sur la liste d'opposition. Or à l'exception des pharmaciens, les professionnels de santé n'ont pas accès à cette information au moment de la facturation.	Le référentiel inter-régime de facturation prévoit le paiement de la facture en FSE, même si la carte est sur la liste d'opposition, sauf pour les pharmaciens. Il n'y a toutefois pas de garantie juridique.

Source : mission IGAS

## 2.2 Un paiement par l'AMO rapide et fiable pour les feuilles de soins électroniques sécurisées

### 2.2.1 Des délais de paiement rapides (< 5-6 jours) et garantis

Depuis 2016<sup>22</sup>, lorsqu'un professionnel de santé pratique le tiers payant sur la part AMO en facturant avec une FSE, il est garanti d'être payé dans un délai maximal de sept jours ouvrés<sup>23</sup>. Le non-respect de ce délai entraîne le paiement d'une pénalité<sup>24</sup> versée sur une base semestrielle. Les premières pénalités ont ainsi été versées aux professionnels de santé en juin 2017 et représentent des sommes modestes au regard des montants en jeu (voir tableau ci-dessous). Les différents réseaux d'AMO sont apparus très sensibilisés sur la question des délais et des pénalités et ont pris des mesures de gestion (diffusions de lettres réseaux, tableaux de bord de suivi des délais de paiement, etc.) pour réduire les pénalités qui seront versées au titre du premier semestre 2017.

Tableau 6 : Pénalités de retard versées par les principaux régimes d'AMO en 2017

	CNAMTS	MSA	RSI	MGEN	CNMSS
Pénalités versées au titre du S2 2016	640 K€	130 K€	n.c	200 K€	180€
Pénalités prévisionnelles pour le S1 2017	150k€ (janv-avr)	30K€ (janv-avr)	290K€	100 K€ (prev)	n.c
Nombre d'assurés et ayants-droits	Env 55 Mi	6 Mi	4,6 Mi	3 Mi	0,8 Mi

Source : données transmises par les régimes

De fait, en pratique, lorsqu'un professionnel de santé transmet une facture en tiers payant via une FSE, les délais de paiement sont rapides et homogènes. L'analyse des données des quinze régimes figurant en annexe montre que quels que soient les professions et les régimes, un professionnel de santé est réglé entre un et trois jours en moyenne. Les écarts à cette moyenne sont rares et modérés : on constate dans l'ensemble des régimes que 90 % des FSE sont réglées en moins de cinq jours, à l'exception du régime de l'ENIM, qui règle 90 % des FSE en moins de huit jours.

Si l'on considère les factures hors FSE, les délais de paiement aux professionnels de santé sont plus élevés et plus hétérogènes : pour les flux électroniques non sécurisés, entre deux et cinq jours pour les principaux régimes ; pour les flux papiers, entre six et dix-sept jours. On rappelle toutefois que la pratique du tiers payant en flux papier ne s'accommode pas d'un traitement simple et rapide et qu'elle risque d'être peu pratiquée.

<sup>22</sup> Décret du 3 août 2016 cité supra; articles D. 161-13-3 du code de la sécurité sociale (délai maximal), et article D. 161-13-4 (pénalité).

<sup>23</sup> Les règlements sont réalisés dans un délai qui comprend le délai de paiement par le régime et les délais inhérents à l'opération de virement bancaire sur le compte du professionnel, qui peuvent prendre 2 à 3 jours. En intégrant les jours non-ouvrés, ces délais de règlement peuvent souvent excéder une semaine calendaire, même si les payeurs se sont engagés sur des délais de paiement raccourcis.

<sup>24</sup> Le montant de la pénalité est forfaitaire (1€) pour chaque facture payée le huitième jour ouvré ou le neuvième jour ouvré. Pour les factures réglées à compter du dixième jour ouvré, la pénalité est égale à 10% de la part prise en charge par l'assurance maladie. Ces pénalités sont versées au cours du semestre qui suit celui au titre duquel elles sont dues.

Tableau 7 : Délais de paiement des factures en tiers payant en 2017, toutes professions, en jours

	CNAMTS	MSA (mai)	RSI (mai)	MGEN (mai)	CNMSS (juillet)
Feuilles de soins électroniques	2,9	1,2	2,0	2,0	1,9
Flux non sécurisés	2,9	2,5	5,1	1,7	1,8
Feuilles de soins papier	10,8	17,4	6,6	8,0	11,6

Source : données des régimes

## 2.2.2 Une fiabilité renforcée, avec des rejets de l'ordre de 1 %

Pour un professionnel de santé, le taux de rejet des factures constitue un indicateur de fiabilité du tiers payant. Un taux réduit sécurise sa pratique en réduisant le temps passé à gérer les erreurs de paiement et en garantissant son chiffre d'affaires. En 2017, celui-ci était inférieur ou égal à 1 %, pour les principaux régimes (régime général/MSA/RSI), concernant la facturation en feuille de soins électroniques. Le taux est plus élevé pour certains petits régimes spéciaux, mais demeure inférieur à 2 %. Au sein des professions de santé, la distribution des rejets apparaît homogène pour les médecins et les pharmaciens ; en revanche, certains centres de santé, et dans une moindre mesure certains dentistes et infirmiers, ont des taux de rejets significativement plus élevés que les autres<sup>25</sup>.

Les taux de rejet sont significativement plus élevés pour les flux non sécurisés (entre 2,5 et 7 % selon les régimes), comme pour les flux papier (entre 4 et 12 %). Ceci illustre l'importance de la carte vitale pour sécuriser les flux.

Tableau 8 : Taux de rejet des factures en tiers payant en 2017, toutes professions, en %

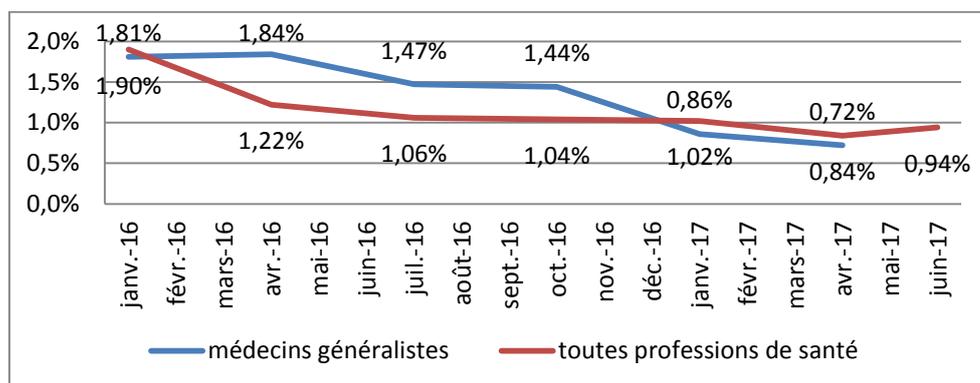
	RG (avr)	MSA (mai)	RSI (mai)	CNMSS (mai)	LMDE (T1)	MGEN (T2)	CAVIMAC (janv)	ENIM (fev)	MFP 96 (mars)
Feuilles de soins électroniques	0,8	0,8	1,0	1,4	1,4	AMO 100 % : 0,5 AMO hors 100 % : 1,4	1,1	0,7	1,9
Flux non sécurisés	4,2	2,5	6,3	5,3	6,8	AMO 100 % : 2,2 AMO hors 100 % : 7,2	6,4	3,7	4,5
Feuilles de soins papier	5,4	9,9	n.c	12,1	4,4	n.c	7,2	4,2	5,0

Source : DSS, CNAMTS et MSA

La fiabilité de la facturation en tiers payant en part AMO avec une FSE s'est sensiblement améliorée depuis 2016, comme en atteste le graphique 5 présenté ci-après. Cette fiabilisation a été rendue possible par des travaux conjoints entre régimes d'AMO, visant à réduire les rejets et supprimer les rejets liés à l'identification des droits comme ceux liés au non-respect du parcours de soins, depuis 2017 (détail dans l'encadré n°2).

<sup>25</sup> La mission ne dispose de données sur la dispersion des rejets que pour le régime général, au premier semestre 2016. Celles-ci montrent que la dispersion est relativement faible pour les médecins et les pharmacies (90% de ces professionnels de santé ont des rejets inférieurs à 2%). La dispersion est plus élevée pour les dentistes (90% des professionnels de santé ont des rejets inférieurs à 3,5%), les infirmiers (90% d'entre eux ont des rejets inférieurs à 3,1%), et surtout pour les centres de santé (90% d'entre eux ont des rejets inférieurs à 6,2%).

Graphique 5 : Taux de rejets des FSE en tiers payant entre 2016 et 2017, toutes professions de santé et médecins généralistes (régime général)



Source : DSS

La diminution des taux de rejets est positivement perçue par la plupart des professionnels de santé rencontrés, en particulier les médecins. Plusieurs difficultés pratiques ont toutefois été relevées, qui illustrent les marges de progrès pour fiabiliser encore davantage la facturation :

- des problématiques spécifiques à certaines professions de santé, qui se traduisent par des taux de rejet plus élevés, notamment pour les chirurgiens-dentistes et les centres de santé (tableau n°10) :
  - la pratique des chirurgiens-dentistes comporte des spécificités mal prises en compte par les AMO, notamment en matière de système d'informations : rejets très élevés sur les factures d'examen bucco-dentaires ; soins longs, par exemple en orthodontie ; double facturation de certains actes sur une même dent autorisée, à la différence des médecins.. ;
  - les centres de santé ont une importante pratique du tiers payant en flux papier ou dégradé, avec des taux de rejet plus élevés, et mettent en avant des difficultés liées aux volumes importants traités (exigences différenciées entre les CPAM).
- les taux de rejet connaissent des variations entre caisses ou entre organismes<sup>26</sup>. D'une part, les principes ne sont pas encore appliqués de manière uniforme par tous les régimes<sup>27</sup>, en raison notamment des temps d'évolution des différents systèmes d'information. D'autre part, les travaux inter-régimes se sont interrompus en 2017, alors que plusieurs thématiques n'ont pas encore été traitées (exemples des ententes préalables ou des pièces justificatives). Certaines pratiques divergent encore, notamment en matière de contrôle des factures, ce qui se traduit par des motifs de rejet qui varient selon les régimes<sup>28</sup> ;

<sup>26</sup> Au régime général, les taux de rejet variaient en 2016 entre 0,7% et 1,7% selon les caisses (hors DOM; 3% en incluant les DOM) ; à la MSA, les taux s'échelonnent entre 0,5 et 1,2% en 2017 ; entre les organismes conventionnés du RSI, les taux de rejet varient entre 0,6% à 3% (toutes professions), et même entre 0,8 et 11% pour les infirmiers (2017). Ces taux concernent les FSE en tiers payant.

<sup>27</sup> A titre d'exemple, certains rejets pour parcours de soins subsistaient encore en 2017, alors que leur suppression devait être effective début 2017 (exemple du RSI). Dans plusieurs régimes (CIMUT, MGEL, MGEN, MSA), la suppression des rejets liés aux droits des patients n'est pas pleinement effective (source: bilan des principes directeurs métiers dressé par la CNAMTS en septembre 2017).

<sup>28</sup> Au régime général, le premier motif de rejet des factures est "prescript inconnu dans Rep. Nat" (environ 15% des rejets en avril 2017); à la MSA, il s'agit de "Dossier ATMP inconnu à la date des soins" (15% des rejets en décembre 2016); au RSI, la première cause de rejet était "Pas d'ALD à la date des soins" en août 2016. Le détail des motifs de rejet figurent en annexe.

- des rejets plus nombreux pour certains publics (voir *infra* tableau n°11) : ainsi, les patients en régime maternité ou accident du travail-maladie professionnelle (AT-MP) connaissent des taux de rejet plus élevés. Pour les patients en AME, le taux de rejet plus élevé apparaît lié à la pratique du tiers payant en flux papier uniquement, et non au statut en lui-même ;
- enfin, des dysfonctionnements techniques ponctuels. Ces problèmes qui peuvent relever des régimes (exemple d'un incident important pour les pharmacies le 3 août 2017) comme des éditeurs de logiciel (intégration des évolutions tarifaires) sont sans doute inévitables, mais il importe de les repérer et de les résoudre rapidement, d'être en capacité d'informer les professionnels de santé car ils génèrent un afflux ponctuel mais massif de rejets que les professionnels peuvent difficilement absorber dans leur gestion quotidienne.

Tableau 9 : Taux de rejet des feuilles de soin électroniques en tiers payant par profession, en %

	RG (S 1 2017)	MSA (date inconnue)	RSI (S1 2017)	CNMSS (juillet 2017)
Chirurgien-dentiste	1,5	2,5	Nd	4
Infirmier	0,9	0,4	4,5	0,8
Médecin	1,1 (généralistes) <sup>29</sup> 0,8 (spécialistes)	1,8	0,9	1,0
Pharmacien	0,7	0,3	0,3	0,9
Centres de santé	3,8	nd	Nd	1,4

Source : données des régimes

Tableau 10 : Taux de rejet des feuilles de soin électroniques en tiers payant par public, en %, régime général en 2017, toutes professions de santé

Maternité	ATMP	ACS	CMUC	AME (flux papier)
2,3	2,9	1,3	1,2	5,9 (vs 5,7 tous publics)

Source : données CNAMTS et DSS

<sup>29</sup> Les taux de rejet présentés pour les médecins sont légèrement supérieurs au taux présenté dans le rapport AMO/ AMC (0,7% de rejets pour les médecins). Ceci s'explique par le fait que le taux présenté par la CNAMTS porte sur la période janvier-avril 2017, alors que les données de la mission sont relatives au premier semestre. Certains incidents de production (mai 2017 notamment) ont conduit à une augmentation du taux. D'après la CNAMTS, ces incidents ont été recyclés par les CPAM, et n'ont pas été visibles des professionnels de santé.

#### Encadré 4 : L'harmonisation de la facturation entre les régimes d'AMO

Selon les régimes de base rencontrés par la mission, le projet du tiers payant a constitué un vecteur important d'harmonisation des pratiques de facturation, sous l'égide de la CNAMTS<sup>30</sup>. Un comité de coordination inter-AMO a réuni à partir de 2015 la CNAMTS, le RSI, la MSA, l'UNRS (à travers la CNMSS), ainsi que depuis peu la MGEN.

Dans ce cadre, des principes d'harmonisation de facturation ont été définis, avec la diffusion mi-2016 de huit principes directeurs métiers (PDM). Ces référentiels inter-régimes visent à garantir l'application des engagements de l'AMO inscrits dans le rapport de février 2016 (garantie de paiement liée à l'usage de la carte vitale; suppression des rejets liés au non-respect du parcours de soins), et plus largement à diminuer les rejets de facturation à travers la définition de règles communes, par exemple sur la date des soins à laquelle s'apprécient les exonérations.

Les travaux inter-régimes ont aussi porté sur la simplification et l'harmonisation des libellés de rejet, afin d'en améliorer la lisibilité pour le professionnel de santé. Ainsi, vingt-trois nouveaux libellés inter-régimes ont été définis. Enfin, l'instance inter-régimes constitue un cadre pour traiter des thématiques inter-régimes sur le tiers payant comme la mise en place du CESI ou le déploiement du système de gestion du tiers payant en flux unique pour l'ACS.

Si un bilan globalement positif peut être tiré des travaux inter-régimes, à la lumière de la baisse des taux de rejets de facturation, la dynamique s'est interrompue en 2017. Ainsi, les travaux de coordination sont à l'arrêt depuis début 2017, faute de ressources à la CNAMTS. Aucun nouveau principe directeur n'a été défini depuis mi-2016, et plusieurs thématiques qui devaient faire l'objet de travaux (ententes préalables, accidents du travail et premiers soins, pièces justificatives, modalités de récupération des indus) ne sont plus à l'ordre du jour. De même, les modalités de recouvrement des participations forfaitaires et franchises (voir encadré *infra*) devaient faire l'objet de travaux inter-régimes qui ont été reportés *sine die*.

#### Encadré 5 : Le recouvrement des participations forfaitaires et franchises

La généralisation du tiers payant soulève la question du recouvrement des participations forfaitaires et franchises auprès des patients. Celles-ci sont actuellement récupérées par compensation sur les prestations effectuées hors tiers payant, ou sur des prestations en espèces, pour 80 % des 1,6 Md€ de participations forfaitaires et de franchises dues chaque année. La généralisation du tiers payant supprime la possibilité de recouvrer ces sommes sur les actes ultérieurs effectués hors tiers payant. Elle implique de définir un ou des dispositif(s) permettant de systématiser le recouvrement direct des montants dus auprès des assurés.

L'article 83 de la loi de modernisation du système de santé prévoit que ces sommes puissent être prélevées sur le compte bancaire de l'assuré après autorisation de ce dernier, dans des conditions fixées par décret. Toutefois, ce décret n'a pas été publié à ce jour.

Pour les assurés qui n'auraient pas transmis une autorisation de prélèvement direct, la principale solution à l'étude est l'envoi d'avis de sommes à payer auprès de l'assuré. Une expérimentation est ainsi menée au régime général depuis 2016, dans vingt-deux CPAM, étendu à dix nouvelles CPAM en octobre 2017. L'expérimentation est centrée sur les patients dont les montants cumulés de participations forfaitaires/franchises sont situés entre 100 et 150 €, le montant de chaque avis de sommes à payer étant limité à 50€. Sont exclus du périmètre les assurés bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS et les redevables de plus de 80 ans. Les modalités de recouvrement proposées sont le paiement en ligne, le virement bancaire ou le chèque. Le bilan de cette expérimentation fait apparaître que 70 % des sommes demandées effectivement recouvrées.

Toutefois, plusieurs régimes sont réticents à s'engager dans ce modèle de recouvrement, en raison des coûts de gestion qu'il occasionnerait. Certains régimes testent ainsi d'autres modèles de recouvrement (par exemple la CNMSS, avec des titres interbancaire de paiement (TIP) en lien avec la DGFIP). D'autres régimes (MSA notamment) peuvent encore récupérer les montants sur d'autres prestations. La mission n'a pas été en

<sup>30</sup> L'article 83 loi de modernisation du système de santé dispose en effet que l'assurance-maladie assume la mission générale de pilotage du déploiement et de l'application du tiers payant.

mesure d'expertiser ce point de façon approfondie mais elle considère que ces approches divergentes attestent de la nécessité de statuer sur un ou des modèles de recouvrement pour l'ensemble des régimes. Or si la thématique du recouvrement des participations forfaitaires et franchises était initialement prévue dans le calendrier des travaux interrégimes, elle n'y figure plus aujourd'hui, sans qu'une solution n'ait été définie.

### 2.3 Une gestion des paiements encore perçue comme fastidieuse

Dès lors qu'il est dématérialisé, le paiement et les éventuels rejets doivent être suivis a posteriori. Pour le professionnel de santé, cette étape de gestion des paiements est perçue comme une charge administrative importante.

La première phase de traitement des rejets a connu un allègement avec la diminution des rejets (voir *supra*). Avec un taux de rejet d'environ 1 %, un médecin généraliste qui facturerait tous ses actes en tiers payant FSE serait confronté en moyenne à un rejet par semaine. Les régimes d'assurance maladie traitent, au demeurant, parfois eux-mêmes certains rejets sans qu'une intervention supplémentaire du professionnel de santé ne soit nécessaire. Pour autant, ce traitement reste perçu comme complexe et chronophage par les professionnels de santé, ce qui les conduit parfois à ne pas traiter les rejets, tant que les cas restent peu nombreux, et à les considérer comme des impayés.

Le manque de lisibilité des motifs reste souvent invoqué malgré le travail de clarification et d'harmonisation des motifs de rejets mené en inter régime (mis en œuvre à partir de 2017), illustré ci-dessous.

Tableau 11 : Exemples de libellé de rejet au régime général

Libellé avant clarification	Libellé après clarification et harmonisation
FACT. DEJA EN TRAITEMENT IRIS	DOUBLE FACTURATION : FACTURE IDENTIQUE DEJA RECUE
ECART TAUX DEMANDE / TAUX CALCULE	TAUX DE PRISE EN CHARGE ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE ERRONE

Source : CNAMTS

La seconde phase de suivi des paiements consiste pour le professionnel de santé à contrôler qu'il a été payé de l'ensemble des sommes qui lui sont dues, en rapprochant les notifications reçues dans son logiciel de facturation avec les virements reçus sur son compte (rapprochement bancaire). Cette phase est plus complexe que le traitement des rejets. En effet, il convient de rapprocher le montant des différentes factures émises avec le paiement reçu, qui peut prendre la forme de flux globalisant plusieurs factures donc plus difficile à réconcilier.

Afin de simplifier le rapprochement des flux, un avenant au cahier des charges SESAM vitale (EV 79 Suivi factures en tiers payant) a été publié en décembre 2015. Ce dernier unifie la norme de retour des paiements émis par les régimes vers le professionnel de santé (norme NOEMIE 580) et prévoit que le professionnel de santé dispose sur son logiciel de tableaux de bord ergonomiques permettant le suivi des remboursements et des rejets des factures en tiers payant sur les parts obligatoire et complémentaire. Cette automatisation permet d'alléger la charge administrative de suivi des paiements, pouvant la rendre plus simple que le suivi des règlements directs par le patient qui nécessite malgré tout un temps administratif pour encaisser et suivre les chèques, les paiements en carte de crédit, et comptabiliser les espèces.

Toutefois, ce module ergonomique de suivi des paiements est encore peu diffusé : seuls 9 % des professionnels de santé en sont équipés (15 % des médecins), alors que 30 % d'entre eux disposaient d'un logiciel proposant cette fonction en août 2017 (ce qui nécessite la mise à jour du logiciel par le professionnel de santé). Par ailleurs, il n'intègre pas systématiquement la fonction de suivi de la bonne réception du virement. Ce dernier service ne peut être rendu obligatoire, les modalités de rapprochement avec les flux bancaires dépendant du libre choix du professionnel de santé, et nécessitant leur accord pour un accès au compte bancaire. Plusieurs opérateurs de marché (éditeurs, OCT ou sociétés de gestion du tiers payant) proposent toutefois un service de rapprochement bancaire pour alléger la gestion du professionnel de santé.

Enfin, ce module ne couvre pas intégralement le suivi des paiements, puisque demeurera le suivi du reste à charge éventuel du patient (cas de dépassements d'honoraire notamment).

## 2.4 Un accompagnement des professionnels de santé qui monte encore en charge

L'accompagnement au tiers payant des professionnels de santé est traditionnellement effectué par un contact direct de ces derniers avec les caisses des régimes obligatoires (ou par un contact avec les éditeurs de logiciel). Depuis 2016, les modalités de support se sont enrichies d'un service commun à l'ensemble des régimes AMO : le CESI (centre de services inter-régimes), adossé à la CPAM de la Marne. Ce centre support inter-régimes, progressivement ouvert aux différentes professions de santé<sup>31</sup>, a été conçu pour répondre à une attente forte des professionnels de santé de disposer d'un interlocuteur unique en cas de difficultés ou de questions relatives au tiers payant. L'assurance maladie s'est engagée dans des délais de réponse variant suivant la nature de la sollicitation. Pour les questions les plus complexes, en particulier relatives à une facture de tiers payant (questions de niveau 2), le CESI transfère les questions au régime payeur, ce qui implique un retour ultérieur vers le professionnel de santé. Le CESI transfère ces questions complexes car il n'est pas en mesure de consulter les bases de facturation des autres régimes. Concernant le régime général, il est en mesure de répondre aux questions relatives à la facturation, mais ne peut pas intervenir pour modifier les factures, et doit alors renvoyer la réclamation à la CPAM concernée.

Si les délais de réponse de niveau 2 sont globalement satisfaisants au sein du régime général (environ trois ou quatre jours), les délais sont plus inégaux concernant les autres régimes : délai moyen de réponse supérieur à dix jours, avec des variations fortes selon les régimes (de trois jours pour la MGEN à 58 jours pour la SMEREP). L'articulation entre réponses de niveau 1 et niveau 2 ainsi que l'information réciproque entre CESI et les autres régimes sont encore perfectibles.

Par ailleurs, et faute d'une communication organisée, le CESI reste relativement méconnu des professionnels de santé rencontrés de sorte que sa montée en charge est encore limitée. Au premier semestre 2017, il avait reçu environ 24 000 appels et 16 000 courriels seulement.

En prenant en compte l'ensemble des canaux de contact (CESI, contacts directs avec les CPAM ou avec les régimes, contacts avec les éditeurs), les professionnels de santé rencontrés considèrent qu'ils peuvent obtenir une assistance sur les questions de facturation en tiers payant en part AMO, même si les délais de réponse sont parfois considérés comme longs, et que cette demande d'assistance reste jugée chronophage.

---

<sup>31</sup> Ouverture aux médecins en juillet 2016 et aux centres de santé et dentistes en février 2017; l'ouverture aux masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes et infirmiers est prévue fin 2017. Les horaires d'ouverture (8h-17h du lundi au vendredi, avec deux plages élargies les mercredi et jeudi jusqu'à 20h) ont été adaptées aux attentes des médecins.

En revanche, les outils du tiers payant et les garanties associées demeurent méconnus par les professionnels de santé, ce qui nécessite un renforcement des contacts proactifs vers les professionnels de santé pour une information générale et une formation aux outils. Cette forme d'accompagnement est aujourd'hui assurée par les conseillers informatique service (CIS) de l'assurance maladie, au nombre de 560 début 2017. Les éditeurs de logiciel assurent également une fonction d'information et de formation au tiers payant, à travers leurs services clients.

En conclusion, concernant le tiers payant AMO obligatoire, les professionnels de santé rencontrés par la mission ont témoigné d'un tiers payant aujourd'hui globalement accepté et considéré comme satisfaisant dans son fonctionnement technique. De fait, la mission constate que l'essentiel des outils permettant un tiers payant facile, simple et rapide est aujourd'hui en place, même si certains outils (ADRI et NOEMIE 580) doivent encore monter en charge en 2018 et même si une meilleure prise en compte des spécificités de chaque profession de santé doit encore être recherchée.

Toutefois, les professionnels de santé, et notamment leurs syndicats, craignent toujours un accroissement important de la charge administrative, dans l'hypothèse d'une généralisation du tiers payant AMO : multiplication des rejets, charge accrue pour le recoupement bancaire, problématiques plus importantes de droits des patients, autant de sujets qui risqueraient de diminuer le temps médical. Un important travail d'information et d'accompagnement reste encore à mener pour rassurer les professions de santé sur les conséquences d'une généralisation du tiers payant. Ainsi, en reprenant l'exemple des médecins, compte-tenu de la pratique du tiers payant à hauteur de 50 % aujourd'hui en part AMO, la généralisation ne reviendrait en réalité qu'à un accroissement d'un rejet par semaine en moyenne (doublement des volumes).

Les craintes des professionnels de santé traduisent la fragilité de la relation de confiance entre les régimes d'assurance maladie et les professionnels de santé sur le tiers payant, qui constitue aujourd'hui le principal obstacle à la progression du tiers payant AMO.

### **3 DES OUTILS QUI CONSTITUENT UN PROGRES MAIS QUI NE SUFFIRONT PAS A GARANTIR UNE MONTEE EN CHARGE RAPIDE ET SPONTANEE DU TIERS PAYANT COMPLEMENTAIRE**

#### **3.1 Un cadre d'exercice du tiers payant complémentaire fortement simplifié mais encore insatisfaisant aux yeux des professionnels de santé**

##### **3.1.1 Une simplification de la gouvernance du tiers payant complémentaire en contrepartie du choix d'un modèle de double flux AMO/AMC**

Lors des débats sur les modalités techniques de généralisation du tiers payant, les professionnels de santé ont marqué une préférence forte pour un système de payeur unique dans lequel la gestion aurait été assurée par l'AMO pour le compte des complémentaires.

La volonté des organismes complémentaires de préserver leur autonomie par rapport à l'assurance maladie et de ne pas devenir un payeur aveugle vis-à-vis des assurés<sup>32</sup>, ainsi que la prédominance du modèle de gestion séparée chez les professionnels de santé les plus engagés sur le tiers payant, expliquent notamment que la solution d'une gestion coordonnée par l'AMO n'ait pu être étendue au-delà de la CMU-C et de l'ACS.

En février 2016, les organismes complémentaires se sont engagés, en contrepartie du maintien d'une gestion séparée AMO/AMC, à mettre en place des évolutions pour simplifier l'exercice du tiers payant en part complémentaire. Ainsi, les trois familles se sont organisées au sein de l'association Inter-AMC<sup>33</sup> pour faciliter l'accès des professionnels de santé à un dispositif de tiers payant complémentaire simplifié et unifié.

Au-delà des travaux engagés par l'association Inter-AMC, la pratique du tiers payant complémentaire a été facilitée par certaines évolutions structurelles du paysage des organismes complémentaires, parmi lesquelles la concentration croissante des acteurs<sup>34</sup>, qui réduit *de facto* le nombre d'usines de liquidation, ainsi que le développement graduel des organismes de tiers payant, chargés de gérer et de liquider les factures, mais aussi d'assurer la gestion d'un portefeuille d'adhérents pour le compte des organismes complémentaires. Les cinq principaux OTP couvrent désormais près de 70 % des personnes protégées par une assurance maladie complémentaire. Au final, selon les estimations fournies par l'association 3AS, une trentaine de systèmes d'information seulement gèreraient aujourd'hui la quasi-totalité des flux de DRE des 534 organismes complémentaires.

### 3.1.2 En dépit de ces évolutions, un tiers payant complémentaire qui suscite encore la défiance d'une partie des professionnels de santé

Ce dispositif reste toutefois complexe et éloigné du modèle d'interlocuteur unique souhaité par les professionnels de santé.

Les échanges de la mission avec des professionnels de santé et leurs représentants ont souligné la forte réticence à l'égard du tiers payant complémentaire, qui concentre l'essentiel des griefs d'ordre technique, de la part de professions très fortement utilisatrices, comme l'illustre la pratique des infirmiers (encadré n°4), comme de la part des autres professions qui ont une pratique très marginale du tiers payant complémentaire (*cf.* 1.1).

L'existence d'un éclatement à la source et d'un double flux (FSE, DRE) est toujours mentionnée comme un obstacle dirimant à l'exercice du tiers payant complémentaire, y compris par des professionnels de santé qui pratiquent le tiers payant.

---

<sup>32</sup> Le rapport AMO/AMC de septembre 2017 rappelle la position constante des organismes complémentaires à ce sujet: « confier à l'AMO le rôle de « payeur unique » induirait une dépendance d'un des financeurs à l'égard de l'autre puisque le principe de payeur unique méconnaîtrait la liberté d'organisation des organismes complémentaires et leurs responsabilités de gestion et cela aboutirait à redéfinir, de manière fondamentale, le rôle de chacun des financeurs ».

<sup>33</sup> Cette association regroupe les organismes complémentaires et leurs fédérations, qui siègent au conseil d'administration et assurent par rotation la présidence, ainsi que des gestionnaires et opérateurs de tiers payant. L'association, qui comptait 220 adhérents au 1<sup>er</sup> août 2017 dont 18 IP, 112 mutuelles et 21 sociétés d'assurance, anime toute une série de comités techniques et de chantiers et représente les trois familles auprès des pouvoirs publics et des parties prenantes en matière de tiers payant.

<sup>34</sup> Les vingt premiers représentant la moitié du marché en termes de cotisations collectées et les 100 premiers presque 90% (DREES 2017).

Comme le rappelle le rapport AMO/AMC de février 2016<sup>35</sup>, au-delà de la préférence pour un modèle organisationnel de l'assurance santé en France, le refus exprimé par les professionnels de santé du double flux recoupe plusieurs attentes concrètes, en particulier :

- une procédure de facturation simple, qui n'exigerait qu'une seule manipulation sur le logiciel médical, « en un clic » ;
- une garantie de paiement unique et effective ;
- un seul interlocuteur pour gérer l'ensemble des problèmes d'identification des droits, de rejets et de réconciliation des flux de paiement, évitant aux professionnels d'être contraints de naviguer entre de multiples front-offices.

La mission a tenté d'évaluer le fonctionnement du tiers payant complémentaire à l'aune de ces différentes attentes.

**Encadré 6 : Une pratique complexe du tiers payant intégral avant le déploiement des outils de l'association Inter-AMC : l'exemple des infirmiers libéraux**

Les infirmiers libéraux ont une pratique ancienne du tiers payant en part AMO, mais on observe sur une période récente une croissante importante de la pratique du tiers payant intégral par cette profession. Les motifs invoqués par les infirmiers rencontrés sont une demande forte des patients, une facilité pratique (absence de transport d'argent liquide), ainsi qu'une limitation des impayés. La pratique d'actes en série, qui conduit à des montants de factures plus élevés, semble aussi favoriser le tiers payant.

En l'absence d'outils facilitant la pratique du tiers payant intégral, le processus de facturation du tiers payant intégral par les infirmiers sans recours à un intermédiaire apparaît complexe et chronophage :

- conventionnement auprès d'une vingtaine d'organismes ;
- demande systématique auprès du patient de l'attestation de couverture complémentaire et, pour plusieurs infirmiers rencontrés, prise en photo systématique de cette attestation avec un smartphone ;
- saisie des données au retour en cabinet ;
- des difficultés dans l'émission ou le retour des DRE auprès de certains organismes complémentaires (qui semblent amoindries depuis janvier 2017<sup>36</sup>) ;
- un pointage des paiements AMO et AMC chronophage, avec pour l'AMC des rejets nombreux liés aux droits des patients (absence de garantie de paiement sur les droits en carte).

Cette complexité est pour partie liée à un exercice majoritairement à domicile, qui peut rendre la télétransmission plus complexe selon l'équipement utilisé.

Les outils en cours de développement par l'association Inter-AMC apparaissent toutefois en mesure de simplifier significativement le processus décrit précédemment, et de diminuer la charge de travail administratif afférente.

### 3.2 Des modalités d'entrée dans le dispositif fortement simplifiées

L'association Inter-AMC a élaboré et rendu opérationnel depuis janvier 2017 un « référentiel contractuel » composé de contrats de tiers payant et d'un mandat à destination des AMC<sup>37</sup>.

<sup>35</sup> Cette solution dite du « flux unique de paiement » peut prendre diverses formes, allant du déploiement dans les logiciels des professionnels de santé d'outils de réconciliation automatique des flux de paiements reçus, jusqu'à la mise en place de structure de gestion intermédiaire prenant en charge pour le compte des professionnels de santé, l'essentiel de la gestion des flux d'information et de paiement en direction et en provenance des organismes payeurs.

<sup>36</sup> Les organismes complémentaires sont tenus depuis le 1er janvier 2017 d'accepter la facturation en tiers payant à hauteur du tarif de responsabilité dans le cadre des contrats responsables, dès lors que le professionnel de santé pratique le tiers payant (art L. 871-1 du code de la sécurité sociale).

La mise en place par l'association Inter-AMC de ce contrat unique, qui est depuis février 2017 pour les professionnels concernés<sup>38</sup> la porte d'entrée unique dans le tiers payant complémentaire, représente un progrès à plusieurs égards :

- il leur permet avec une seule signature en ligne sur le site (plateforme unique) et la fourniture de leurs coordonnées et de leur RIB, de pratiquer le tiers payant avec l'ensemble des organismes membres de l'association Inter-AMC, leurs délégataires de gestion et leurs opérateurs de tiers payant, au lieu de devoir signer autant de conventions et envoyer autant de fois leurs coordonnées et leur RIB qu'il y a d'organismes différents;
- il donne accès à un niveau harmonisé d'engagements de la part des organismes complémentaires (conformité technique, délais et modalités de paiement) et de l'association Inter-AMC (prise d'effet, durée et résiliation du contrat).

Ce dispositif prévoit une diffusion régulière des tables de convention aux professionnels de santé, qui laisse toutefois subsister des circuits parallèles<sup>39</sup>. Les tables de convention permettent le bon aiguillage des lots de factures vers les organismes complémentaires ou leurs délégataires.

Ce dispositif apparaît à ce stade insuffisamment connu des professionnels de santé :

- le nombre de contrats de tiers payant signés, près de 45 500 au 15 septembre 2017, demeure encore limité, en particulier s'agissant des médecins et des chirurgiens-dentistes : seuls 2 % des médecins sont signataires, soit 1 420 généralistes et 266 spécialistes (hors radiologues), contre un quart des auxiliaires médicaux ;
- après le basculement du stock des professionnels de santé qui étaient déjà signataires de contrats individuels, en particulier des auxiliaires médicaux, le flux de nouvelles adhésions s'est tari progressivement, comme le montre le schéma qui suit :

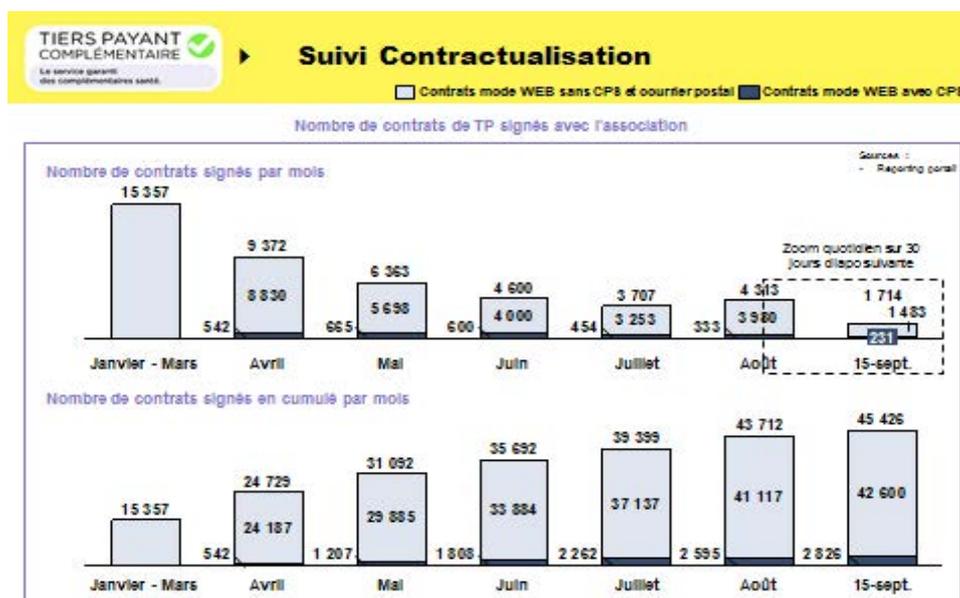
---

<sup>37</sup> Le contrat de tiers payant Inter-AMC est signé entre le professionnel de santé et chaque organisme complémentaire membre de l'association Inter-AMC, au nom et pour le compte de chaque AMC qui lui a donné mandat.

<sup>38</sup> Les organismes complémentaires ont l'obligation de donner mandat à l'association Inter-AMC pour les médecins, les sages-femmes, les centres de santé non dentaires, les auxiliaires médicaux et les radiologues, et en ont la faculté pour les professions à réseaux (chirurgiens-dentistes, audioprothésistes, centres dentaires, opticiens) pour la couverture du seul ticket modérateur. Les pharmaciens et les biologistes, couverts par des solutions ad hoc, ne sont pas concernés par ce dispositif. Les professionnels de santé concernés sont désormais tenus de signer ce contrat s'ils souhaitent faire du tiers payant complémentaire avec les organismes membres de l'association Inter-AMC.

<sup>39</sup> Certains organismes continuent à envoyer leurs propres tables, à rebours des consignes données par l'association Inter-AMC.

Schéma 2 : Nombre de contrats signés avec l'association Inter-AMC entre janvier et septembre 2017 (par mois, et en cumulé)



Source : Association Inter-AMC

- l'existence et les contours du dispositif sont très mal connus - une partie des professionnels évoquant, par exemple, toujours la nécessité de devoir envoyer leurs coordonnées administratives et leur RIB aux organismes complémentaires ;
- certains professionnels déplorent enfin l'absence de couverture de l'ensemble du périmètre des organismes complémentaires. Cette lacune apparaît très relative : l'association Inter-AMC couvre aujourd'hui 49 des 50 premiers organismes complémentaires et 95 % de la population hors CMU<sup>40</sup> : un professionnel de santé signant le contrat Inter-AMC est aujourd'hui, en réalité, en mesure de pratiquer le tiers payant complémentaire avec la quasi-totalité de ses patients.

La communication autour du portail et du contrat unique est néanmoins trop limitée en raison du choix fait par l'association Inter-AMC de ne pas faire de promotion de ces outils avant que les services en ligne IDB ne soient déployés et opérationnels.

### 3.3 Une identification des droits des assurés toujours problématique

L'identification des droits des assurés est citée comme un problème majeur par les professionnels de santé à double titre :

<sup>40</sup> Sans tenir compte de certains petits porteurs de risques qui délèguent la gestion du tiers payant à leur OTP sans être eux-mêmes formellement membres de l'association Inter-AMC.

- elle est source de perte financière en cas de rejets de la facture. Ces rejets sont occasionnés par des erreurs d'identification des droits des assurés dans le contexte du nombre élevé des organismes complémentaires, de la diversité des garanties et d'un turn-over important des salariés/assurés<sup>41</sup>. Par ailleurs, la connaissance par les patients eux-mêmes du ou des organismes complémentaires dont ils relèvent est moindre que de leur situation au regard de l'assurance maladie obligatoire ;
- la saisie manuelle des informations relatives aux patients et à leurs garanties, qui s'effectue à partir de la lecture visuelle des données sur les attestations des assurés, est consommatrice de temps et source d'erreurs potentielles, et donc de rejets. La saisie est d'autant plus complexe qu'il n'existe pas de support unifié d'attestation des droits complémentaires des patients.

### 3.3.1 Une normalisation inachevée des attestations de tiers payant sur support papier

L'association Inter-AMC a engagé un processus de normalisation des attestations de tiers payant sur support papier afin d'en faciliter la lecture pour les professionnels de santé et d'en supprimer la saisie manuelle récurrente. L'identification de la complémentaire (numéro d'AMC) et des paramètres de facturation sont, en principe, présentés de façon identique depuis janvier 2017. Selon l'association Inter-AMC, seules quatre informations (« pavé d'identification ») doivent désormais être saisies par le professionnel de santé pour identifier la complémentaire du patient lors de sa première visite, mais aussi à chaque changement/renouvellement de l'attestation.

La lecture de ces informations demeure toutefois malaisée, les professionnels pointant un certain nombre de difficultés, qu'illustrent les deux exemples d'attestations présentées ci-dessous :

- la persistance d'attestations papier antérieures au processus d'harmonisation ou établies selon l'ancien modèle (20 % des attestations émises depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017) qui sont toujours en circulation ;
- la cohabitation de plusieurs numéros d'AMC, qui s'explique selon l'association Inter-AMC par le fait que les OTP ont positionné sur les attestations papier un numéro de télétransmission à l'écart du numéro d'AMC ;
- une insuffisante harmonisation de certains libellés (PHAR/LABO/AUXM), point confirmé par l'association Inter-AMC qui indique que les éléments de garantie n'ont pas été normalisés dans l'attente du service en ligne IDB ;
- un problème de taille et de lisibilité des caractères ;
- une hétérogénéité dans l'identification des patients (NIR ouvrant-droit, NIR individuel, numéro d'adhérent).

---

<sup>41</sup> L'association Inter-AMC a indiqué à la mission que ce taux serait de l'ordre de 5 à 10 % par an. Dans une étude parue en 2011, l'INSEE estimait la mobilité annuelle inter-entreprises à 6 % des salariés, ce qui corroborerait cette estimation.

Schéma 3 : Exemple de deux attestations papier en circulation en 2017

**Almerys** (GENERALI Gestion Santé)  
 Tél. assurés: 0 969 365 365  
 Tél. praticiens: 0825 826 214  
 N° de carte: 20160017883939  
 N° de télétransmission/DRE: 98532001  
 N° Adhérent AC4097623  
 Période de validité: 01/01/2017 au 31/12/2017

PHAR	BIO	RAD	AUX	SE	SDENT	TRA	MCS	HOSP	AUD
100%	100%	100%*	100%	100%*	100%	100%	100%*	OUI**	OUI**
100%	100%	100%*	100%	100%*	100%	100%	100%*	OUI**	OUI**

**Harmonie Mutuelle**  
 TSA 22001  
 14093 CAEN CEDEX 09  
 Tél.: 0 980 980 880 (numéro non surtaxé) Fax: 02 31 27 57 79  
 Tél. tél. transmission: 4422467  
 Code tél. transmission: 4422467  
 HMTPG: 479834012, MU  
 TPHM: tp-harmonie.net; 479834012; MU  
 Période de validité: du 01/01/2017 au 31/12/2017  
 N° adhérent: 21098934  
 N° AMC: 44224671  
 Typ. conv: MU CSR: 024

PHAR	OPAL	DENT	AUXM	LARA	EXTE	COSL	TRAN	HOCF	***	***	***
(1)	(2)	(3)				HMTPG		(4)			
100	***	100	100	100	100	100	100	100			

(1) Y COMPRIS PH2 - LPP100% - (2) Sur prise en charge - (3) Prothèse et Orthodontie: sur devis détaillé - (4) FJH ILLIMITE  
 Date d'édition: 11/11/2016  
 \*Les taux, RC inclus, s'appliquent dans le cadre du respect du parcours de soins sans remboursement des franchises.

Source : Mission IGAS

Les nouvelles attestations papier sont dotées d'un code Datamatrix (QR code ou « flashcode »). Les informations d'identification recueillies grâce au code Datamatrix sont, en principe, automatiquement intégrées dans le logiciel du professionnel de santé et permettent l'identification du patient et de ses garanties.

Le recours à cette fonction, au demeurant peu répandue, présente toutefois certaines limites, soulignées par les interlocuteurs de la mission. Les professionnels rejettent le principe de l'achat et l'utilisation d'un dispositif de lecture du code Datamatrix, la "douchette", dont le coût est de l'ordre de 50 à 100€, et qui constituerait un lecteur supplémentaire sur le bureau en cabinet, en plus de la carte vitale, et de la carte de crédit. On pourrait, de ce point de vue, tester opportunément avec les médecins des solutions de lecture du datamatrix par smartphone<sup>42</sup> qui fonctionne déjà pour certains infirmiers.

### 3.3.2 Un téléservice d'identification des droits de nature à améliorer significativement l'exercice du tiers payant

Conscients des nombreuses limites des attestations papier, les membres de l'association Inter-AMC ont travaillé dès l'origine à l'élaboration d'un service en ligne d'identification des droits des assurés (IDB), dans le même esprit qu'ADRI<sup>43</sup>.

<sup>42</sup> Souvent couplée à des solutions de facturation à distance sur smartphone.

<sup>43</sup> Ce téléservice, IDB, est complété par un second téléservice, CLC, qui assure le calcul en ligne des montants à la charge de l'AMC, et représente un avantage par rapport à ce qu'offre ADRI.

Ce service devrait constituer une très importante valeur ajoutée pour les professionnels de santé, en leur offrant une identification immédiate sur leur logiciel des droits de leurs patients, une garantie de paiement effective (*cf. infra chapitre 3.4.2.*), et une vision également immédiate du calcul des montants remboursés et du reste à charge.

Son utilisation effective suppose que soient remplies deux conditions principales :

- d'une part, la conformité technique des systèmes d'information doit être assurée. Les AMC interfacées ne représentent à ce jour que 28 % de la population des assurés. L'objectif initialement fixé à 90 % à la fin de 2017 ne devrait être atteint, selon l'association Inter-AMC, que dans le courant de l'année 2018 ;
- d'autre part, les téléservices doivent être intégrés dans les dernières versions de logiciels, qui doivent elles-mêmes être déployées sur le terrain. Les éditeurs de logiciels médicaux ont depuis septembre 2017 la faculté d'intégrer IDB/CLC dans leurs logiciels<sup>44</sup> et les premières phases de test auprès des utilisateurs sont prévues fin 2017/début 2018, pour les premiers éditeurs. S'agissant des logiciels d'auxiliaires médicaux, le calendrier annoncé par le GIE SESAM vitale est un développement possible par les éditeurs à partir de fin 2017.

Or, le sujet du déploiement se pose différemment selon les professions de santé :

- le déploiement sur la totalité du parc devrait se faire dans les délais éditeurs habituels s'agissant de professions de santé en partie déjà engagées dans le tiers payant complémentaire ;
- le calendrier de déploiement par les éditeurs des logiciels médecins et chirurgiens-dentistes apparaît, aux dires de l'ensemble des acteurs, très incertain compte tenu de l'absence de demande de la part de leurs clients, de la concurrence d'autres développements logiciels importants et des désaccords apparus entre l'association Inter-AMC, les éditeurs et les organisations de professionnels de santé concernant la prise en compte des besoins utilisateurs.

En l'absence d'éléments nouveaux, il est peu probable qu'un nombre significatif de professionnels de santé disposent sur leurs logiciels, dans leur cabinet, de l'accès aux téléservices IDB/ CLC avant le courant de l'année 2019.

### 3.3.3 Un téléservice qui pourrait être amélioré pour répondre aux attentes de certains professionnels

Au-delà du temps de déploiement qu'il nécessite, le téléservice IDB présente, par ailleurs, quelques limites qui plaident, au sens de la mission, pour poursuivre les travaux sur cet outil :

- il ne dispense pas le professionnel de santé de saisir le numéro d'AMC, sauf à ce qu'il se dote d'un lecteur de datamatrix, ce qui semble peu probable vu l'unanimité des réticences à ce sujet (*cf. supra*) ;

---

<sup>44</sup> Le cahier des charges des téléservices IDB/CLC a été publié fin 2016; depuis septembre 2017, les éditeurs de logiciel peuvent passer les tests de vérification de conformité auprès du CNDA (Centre national de dépôt et d'agrément), l'organisme qui certifie que les logiciels respectent le cahier des charges.

- il ne permet pas de connaître la situation de l'assuré à l'égard de l'ensemble des assureurs complémentaires, mais uniquement de celui figurant sur l'attestation. Faute d'annuaire unique des assurés, et en raison du refus de la plupart des organismes complémentaires de partager leurs fichiers d'assurés<sup>45</sup>, le professionnel de santé ne sera pas en mesure de savoir si des droits ont été ouverts à l'assuré en dehors de l'organisme déclaré ou figurant sur l'attestation ;
- enfin, du fait du nombre important de bases de données appelées par le téléservice, son architecture technique serait plus fragile que celle d'ADRI. La phase de démarrage du téléservice sera d'autant plus déterminante pour tester la solidité de l'architecture technique.

Par ailleurs, d'autres services d'identification des droits ont été développés par des intermédiaires du tiers payant (OCT, OTP). La mission n'a pas été en mesure d'expertiser ce point de façon approfondie. Il apparaît toutefois opportun de s'assurer de la compatibilité de ces différents services sur les postes des professionnels de santé. Le développement à terme d'une norme unique mériterait aussi d'être expertisé.

### 3.4 Un paiement par les AMC moins performant que celui de l'assurance maladie obligatoire

#### 3.4.1 Des délais de paiement globalement maîtrisés mais plus hétérogènes que ceux de l'assurance maladie

Le contrat élaboré par l'association Inter-AMC inclut un engagement de virement dans un délai maximal de sept jours ouvrés après l'envoi de la DRE (porté à vingt jours en cas de demande de remboursement papier), identique à celui proposé en part AMO.

La mission relève toutefois l'absence d'un dispositif de suivi équivalent à celui mis en place par l'AMO, faute notamment d'un indicateur unique de suivi des délais<sup>46</sup>.

Compte tenu de ces éléments, la mission n'a pu collecter que des données partielles auprès d'un panel d'opérateurs représentant environ 40 % du marché. D'après ces données, les délais de paiement des opérateurs de tiers payant sont de l'ordre de deux jours, et donc proches de ceux des principaux régimes d'AMO.

Les données transmises à la mission par un opérateur de marché font état de délais plus longs dans certains petits organismes non intermédiés, dépassant parfois dix jours. L'absence d'un dispositif organisé de pointage des écarts rend difficile un travail actif sur ces retards.

---

<sup>45</sup> Le dossier est connu et a déjà fait l'objet de débats internes qui n'ont pas pu déboucher. Dans le cas du fichier national des résiliations automobiles, les assureurs ont pourtant été capables de trouver dans le passé des solutions adaptées pour accéder entre eux à leurs fichiers. Ce fichier a été créé par les assureurs en vue de leur permettre de vérifier les informations communiquées par un nouvel assuré sur sa situation auprès du précédent assureur. L'accès au fichier est réservé aux sociétés d'assurance membres d'une association ad hoc (l'AGIRA). Lorsqu'un contrat d'assurance est résilié, soit par l'assuré (situation rencontrée dans trois cas sur quatre), soit par l'assureur, l'assureur communique à l'AGIRA des informations sur le contrat résilié. Le fichier des résiliations automobile est ensuite consulté par les sociétés d'assurance chaque fois qu'elles souhaitent vérifier si les informations déclarées par l'assuré au moment de la souscription du nouveau contrat sur ses antécédents sont conformes à sa situation réelle.

<sup>46</sup> Certains des organismes rencontrés par la mission évoquent la nécessité d'ouvrir un chantier d'harmonisation des indicateurs, à articuler autant que possible avec les indicateurs de délais internes mis en place par certains opérateurs de tiers payant.

### 3.4.2 Une garantie de paiement limitée en pratique

Dans le dispositif actuel, la garantie de paiement offerte par l'AMC, qui repose sur la présentation d'une attestation papier à jour par le patient, est moins favorable que celle offerte par l'AMO, puisque le professionnel de santé n'a aucune garantie que les droits des patients sont toujours à jour, a fortiori compte tenu du turn-over déjà évoqué des bénéficiaires de couverture complémentaire.

Les entretiens conduits par la mission ont également montré que :

- les pratiques sont disparates : c'est notamment le cas dans l'hypothèse de droits non à jour, certains organismes acceptant de payer une fois, d'autres limitant le paiement à certains seuils ;
- les organismes complémentaires sont opposés à la mise en place d'un dispositif de mutualisation tel qu'il découlerait de la mise en place d'une garantie de paiement sur la base des droits en carte, équivalente à celle offerte par la carte vitale. Un tel dispositif permettrait de compenser les éventuelles pertes de certains organismes complémentaires, qui auraient à couvrir les dépenses de santé de patients qui n'ont plus de droit.

Cette difficulté devrait être partiellement levée par le déploiement des services en ligne (IDB), qui permettra à l'avenir une garantie de paiement sur la base des droits en ligne pour les professionnels de santé, qui sera matérialisée par un numéro d'engagement repris dans la DRE<sup>47</sup>.

### 3.4.3 Un niveau encore élevé de rejets

L'absence d'une garantie de paiement sur la base des droits en carte se traduit en pratique par des taux de rejets structurellement plus élevés que ceux des AMO : selon des données recueillies de janvier à juin 2017 auprès du panel évoqué précédemment, le taux de rejet à l'échelle de deux populations-cibles (médecins et auxiliaires médicaux) était compris entre 3,6 % (en juin) et 5,2 % (en janvier, période de renouvellement de beaucoup de contrats). Il s'agit d'un niveau de rejets trois à cinq fois supérieur à celui de l'AMO (si l'on considère les flux sécurisés). Les données transmises à la mission par un opérateur de marché et par plusieurs organismes complémentaires non intermédiés font même état de taux de rejet légèrement supérieurs, proches de 6 %.

Les taux de rejets des factures des pharmaciens, un peu inférieurs à 2 % selon l'association Inter-AMC et un syndicat de pharmaciens, seraient moindres en raison de la maturité des services (déploiement de services d'identification en ligne). Ils demeurent toutefois élevés par rapport à ceux de l'assurance maladie.

Les données fournies par l'association Inter-AMC et par un opérateur de marché (*cf. tableau infra*) montrent que les principales causes de rejet sont dues à des problèmes d'identification et de droits<sup>48</sup> :

---

<sup>47</sup> Le contrat de l'association Inter-AMC prévoit en effet que « la garantie de paiement du médecin est obtenue, après vérification des droits et calcul de la part complémentaire, qui font l'objet d'une interrogation en ligne réalisée automatiquement par le logiciel du médecin » (article 6.2). Le contrat ne donne pas d'autre détail sur la durée et l'opposabilité de la garantie de paiement.

<sup>48</sup> Le rapport AMO/AMC de février 2016 évaluait à 75% des cas les rejets de facture dus à des erreurs d'identification de la complémentaire Santé du patient ou de ses droits.

Tableau 12 : Principaux motifs de rejets des DRE

Motifs de rejet	Données Inter-AMC	Données opérateur de marché
Bénéficiaire inconnu	25,9 %	61 %
Droits non ouverts	16,7 %	
PS inconnu de l'AMC	18,9 %	2 %
Garanties non couvertes	16,3 %	1 %
Factures déjà payées	4,2 %	18 %
Erreurs de facturation par le PS		15 %
Données incorrectes	7,6 %	

Source : Association Inter-AMC et opérateur de tiers payant

La marge de réduction des taux de rejets liée au déploiement et à l'utilisation effective d'IDB apparaît donc potentiellement très importante. Selon les estimations de l'association 3AS, le taux de rejet des factures des pharmaciens devrait, dans cette hypothèse, être de l'ordre de 0,5 %.

Par ailleurs, l'association Inter-AMC n'a pas entamé à ce jour de travaux d'harmonisation des pratiques de facturation, à l'image de ceux qui sont menés par les régimes d'assurance maladie obligatoire (actions pour réduire les taux de rejet en définissant des consignes de traitement des factures; simplification et harmonisation des libellés de rejets de facture, etc.), qu'il conviendrait de lancer.

#### 3.4.4 Des problèmes de fiabilité qui demeurent sur les circuits en gestion unique

Les organismes complémentaires gestionnaires du régime obligatoire ont maintenu des circuits de facturation en flux unique via l'AMO (flux NOEMIE 687, NOEMIE 303 pour ce qui concerne les sections locales mutualistes notamment), qui cohabitent toujours avec la DRE. Ces circuits semblent parfois connaître certains dysfonctionnements pour des raisons qui s'attachent à la qualité des flux retours transmis aux organismes complémentaires, pouvant se traduire par des erreurs de routage<sup>49</sup> et/ou par des paiements incomplets<sup>50</sup>.

Si des travaux de fiabilisation sont actuellement en cours<sup>51</sup>, le maintien de ces circuits mériterait d'être évoqué dans le cadre des instances communes à l'AMO et à l'AMC (comité de pilotage du tiers payant), dans un contexte où l'essentiel des efforts doit être porté sur l'amélioration du dispositif porté par l'association Inter-AMC, et fondé sur l'usage de la DRE.

<sup>49</sup> Par exemple, le paiement de la part complémentaire à l'assuré au lieu du médecin, entraînant des réclamations de ce dernier en cas de tiers payant intégral ; ou, à l'inverse, le paiement de la part complémentaire au médecin et non à l'assuré en cas de tiers payant pratiqué sur la seule part AMO.

<sup>50</sup> Parmi les cas cités à la mission : i) certains organismes complémentaires qui gèrent par délégation la couverture de base de leurs assurés n'envoient pas les flux électroniques aux organismes en charge de la part complémentaire; ii) les assurés couverts par la CAMIEG par la seule part complémentaire (environ 90 000 assurés) ne peuvent pas, en raison de problèmes informatiques, se voir appliquer le tiers payant sur la part complémentaire.

<sup>51</sup> En vue d'établir une nouvelle annexe du cahier des charges Noémie OC.

### Encadré 7 : La situation des chirurgiens-dentistes au regard du tiers payant complémentaire

Comme en part AMO (voir partie 2), la pratique des chirurgiens-dentistes comporte des spécificités pour la facturation en tiers payant complémentaire. Le financement par les organismes complémentaires des soins dentaires est particulièrement élevé (39 % en 2014 selon la DREES<sup>52</sup>), de sorte que la pratique du tiers payant intégral revêt une importance particulière.

Trois types d'actes peuvent être distingués au regard du régime complémentaire :

- les actes opposables, pris en charge par les complémentaires santé sans difficultés particulières;
- les actes à entente directe (prothèses, orthodontie notamment), pour lesquels les modalités de remboursement par les complémentaires sont très complexes, et très individualisées selon les contrats des assurés. Ceci rend le calcul du reste à charge particulièrement complexe ;
- les actes sans prise en charge par l'assurance maladie (actes hors nomenclatures). Pour ces actes, les chirurgiens-dentistes sont dans l'incapacité de pratiquer le tiers payant, car il n'est pas possible techniquement d'émettre une DRE sans avoir émis de feuille de soins vers l'assurance maladie obligatoire au préalable.

Par ailleurs, pour un certain nombre d'actes, la transmission d'un devis est nécessaire préalablement à l'exécution de l'acte de soins dentaires. La pratique du tiers payant complémentaire imposerait pour ces actes une transmission du devis à l'AMC sans contrevenir au secret médical, ce qui pose des difficultés techniques particulières. Celles-ci semblent avoir été résolues par les plateformes de gestion de réseaux de soins, qui ont développé le tiers payant complémentaire auprès de professions qui émettent des devis (opticiens notamment).

A ce jour, les outils en cours de développement dans le cadre de l'association Inter-AMC ne prennent pas en compte les spécificités des chirurgiens-dentistes.

### 3.5 Un traitement des factures encore complexe, dans l'attente des outils adaptés

La charge administrative associée à la gestion des rejets et au suivi des virements demeure importante du fait d'un nombre conséquent de rejets et du faible déploiement du module ergonomique de suivi des paiements, commun à l'AMO (*cf. partie 2.3*).

A ce jour, la délégation de la gestion à des intermédiaires (*cf. encadré*) demeure la seule option immédiatement disponible pour gérer cette charge. Selon les acteurs, le socle de services proposé est variable et peut inclure, de manière similaire à la part AMO, la prise en charge des rejets, une avance de trésorerie<sup>53</sup> et le suivi de la bonne réception des virements sur le compte bancaire.

---

<sup>52</sup> "La complémentaire santé - Acteurs, bénéficiaires, garanties", édition 2016, DREES.

<sup>53</sup> Sous la forme d'un paiement consolidé par acte.

### Encadré 8 : Les intermédiaires de gestion du tiers payant

Traditionnellement orientée vers les pharmaciens, cette offre s'est développée depuis deux ou trois ans en directions des auxiliaires médicaux et des médecins. Elle est portée par une grande variété d'acteurs : organismes concentrateurs techniques, éditeurs, sociétés dédiées. Elle va au-delà des services d'éclatement des flux classiquement proposés par les organismes concentrateurs techniques.

Les services proposés, en réponse au besoin d'appui des professionnels les plus engagés dans le tiers payant, incluent :

- une avance de trésorerie (engagement de paiement de un à trois jours selon les contrats), avec un paiement unique par acte qui peut intervenir sur un compte dédié ;
- la prise en charge des rejets et la gestion des litiges ;
- le suivi de la bonne réception des virements sur le compte bancaire (la norme Noémie 580 n'intégrant pas cette fonction de manière systématique) ;
- la restitution d'une information consolidée sur les paiements par acte sur un espace dédié.

Des services peuvent aussi être proposés en complément, parmi lesquels :

- la gestion du conventionnement et des tables de convention pour le compte du professionnel ;
- le suivi des engagements de délai des assurances maladies et, le cas échéant, du versement des pénalités de retard ;
- une assistance à l'utilisation des logiciels.

Le modèle de facturation est généralement proportionnel au flux de facturation pour les pharmaciens, forfaitaire pour les médecins, dans une fourchette comprise entre 50 et 150 euros par mois selon les acteurs, selon la gamme et le niveau de service proposé.

### 3.6 Un accompagnement des professionnels de santé qui reste à construire

Le point de contact centralisé (PCC) mis en place par l'association Inter-AMC s'est construit sur la base d'un cahier des charges proche de celui du CESI, le centre de services interrégimes développé par l'AMO (*cf. partie 2.4*) : l'objectif est de proposer à terme un support multicanal (téléphone, mail), qui doit permettre d'apporter une aide au professionnel en cas d'incident de facturation, mais sans devenir pour autant un point de passage obligé<sup>54</sup>.

A ce stade, le service offert par le PCC est limité à une réponse de premier niveau, c'est-à-dire à des questions informatives d'ordre général sur le tiers payant ou à des questions liées au contrat Inter-AMC<sup>55</sup>. La courbe d'appels au PCC suit d'ailleurs étroitement la courbe des adhésions au contrat Inter-AMC, avec un pic de plus de 1 000 appels par jour lors de la mise en place de la plateforme, et aujourd'hui environ 200 appels par jour (*cf. partie 3.2*). Ce dispositif est globalement très peu connu des professionnels rencontrés par la mission.

En l'état actuel, si l'on excepte les professions ayant massivement recours à des intermédiaires, chaque professionnel doit donc s'adresser à une très grande diversité d'interlocuteurs en cas d'incident dans la facturation. Ce mode de fonctionnement multiplie le temps passé à la gestion des rejets, et peut même constituer un obstacle au paiement lorsque, comme l'ont souligné les professionnels rencontrés par la mission, il pouvait être difficile de joindre les organismes complémentaires.

<sup>54</sup> Il est précisé que le PCC « n'a pas vocation à se substituer totalement aux services mis en place par les AMC (ou leurs opérateurs) pour dialoguer avec les professionnels de santé », mais uniquement de jouer un rôle d'orientation en cas de demande du professionnel.

<sup>55</sup> Les motifs « informations générales sur le tiers payant », « demandes de contractualisation » et « assistance à la contractualisation » représentent plus de 80% des demandes selon le rapport AMO/AMC.

La mise en place d'une réponse de niveau 2 (questions relatives à la facturation) est actuellement en phase d'expérimentation, selon des modalités de fonctionnement similaires au CESI<sup>56</sup>. Cette évolution apparaît indispensable compte tenu du niveau des rejets évoqué plus haut.

Le souhait des professionnels de disposer d'un interlocuteur unique, le refus d'une partie d'entre eux d'avoir avec un contact direct avec les organismes complémentaires, rendra particulièrement nécessaire de travailler à une réponse des organismes complémentaires la plus fluide et la plus harmonisée possible. Le PCC devra se nourrir autant que possible des premiers retours d'expérience du CESI, s'agissant notamment de l'harmonisation des modes des réponses des régimes et de la mise en place du rapport de réclamation normalisé<sup>57</sup>.

En conclusion, le cadre d'exercice du tiers payant complémentaire a été fortement simplifié et harmonisé même si l'association Inter-AMC semble à mi-chemin dans la mise en œuvre des engagements de simplification pris en février 2016 et si le tiers payant complémentaire demeure, à ce jour, complexe aux yeux des professionnels utilisateurs.

Si l'on met de côté les professions les plus anciennes dans le tiers payant, qui délèguent tout ou partie de leur gestion à des intermédiaires, le souhait des professionnels d'avoir une identification aisée des droits du patient, un nombre d'interlocuteurs le plus limité possible et des conditions de facturation harmonisées n'est pas aujourd'hui satisfait.

L'amélioration des conditions d'exercice du tiers payant complémentaire repose, par ailleurs, sur quelques outils qui sont aujourd'hui peu ou pas déployés :

- le téléservice IDB, qui lèvera une partie des difficultés liées à l'identification des droits (cf. partie 3.3.3), et semble susceptible d'enclencher une baisse très significative des taux de rejet ;
- le module de suivi des paiements, qui doit faciliter le traitement des rejets et le suivi des paiements.

Si ces outils permettront d'améliorer sensiblement la pratique du tiers payant pour les professionnels de santé qui pratiquent aujourd'hui, ils devront vraisemblablement évoluer encore pour répondre aux attentes des professionnels plus réticents au tiers payant. Enfin, la reprise du dialogue entre organismes complémentaires, éditeurs de logiciel et professionnels de santé est un préalable au déploiement d'IDB à une grande échelle.

---

<sup>56</sup> Transfert des questions complexes au régime payeur avec un retour ultérieur vers le professionnel de santé.

<sup>57</sup> Il s'agit d'un message constitué automatiquement à la demande du professionnel de santé via son logiciel de facturation, dès lors qu'il est en difficulté face à une facture en tiers payant depuis au moins sept jours, qui est transmis au Centre de support AMO ou AMC. L'association Inter-AMC indique qu'elle sera en capacité de recevoir ce rapport en 2018 (mais cela suppose ensuite un temps de développement et de déploiement par les éditeurs).

## 4 LES CONDITIONS D'UNE GENERALISATION DU TIERS PAYANT

### 4.1 Une généralisation techniquement réalisable en part AMO à brève échéance sous réserve d'un accompagnement renforcé

La pratique du tiers payant non obligatoire est demeurée stable depuis 2015, alors même qu'il n'y avait pas de véritable obstacle technique (*cf. partie 1.1*). Si cette absence de montée en charge spontanée est à remettre en perspective, dans un contexte d'incertitude politique et d'oppositions syndicales sur l'avenir de la généralisation obligatoire du tiers payant, elle souligne la nécessité d'un accompagnement renforcé des professionnels de santé, afin de renforcer la confiance encore fragile dans les process existants et face aux craintes d'une charge accrue en cas de changement d'échelle dans la pratique de la facturation en tiers payant.

#### 4.1.1 Des obstacles techniques qui pourraient être levés d'ici fin 2018

Le socle d'outils nécessaires à la pratique du tiers payant a globalement été déjà déployé à la faveur de la mise en œuvre du tiers payant obligatoire. Les évolutions à apporter sont résiduelles et concernent :

- une relance des travaux inter-régimes pour renforcer encore la fiabilité de la facturation pour l'ensemble des professionnels de santé. Trois axes de progrès peuvent être identifiés :
  - l'application dans l'ensemble des régimes des principes de facturation d'ores et déjà harmonisés (ex des libellés de rejets simplifiés) ;
  - la définition de nouveaux principes directeurs, permettant notamment de diminuer les rejets chez les professions de santé qui rencontrent des difficultés particulières de facturation (exemple des chirurgiens-dentistes) ;
  - une meilleure consultation de chacune des professions de santé, tant pour prioriser les prochains travaux inter-régimes que pour veiller à l'application uniforme des principes de facturation dans la pratique.
- le déploiement à l'échelle de l'ensemble du parc logiciel, et de l'ensemble des régimes d'AMO, d'ici à la fin 2018, d'ADRi et du module de suivi des paiements (norme NOEMIE 580), compte-tenu du rythme de déploiement observé sur les dernières solutions logicielles liées au tiers payant. Ces outils permettent de faciliter encore la pratique du tiers payant, et notamment du tiers payant obligatoire ;
- l'introduction d'une garantie de paiement liée à ADRi, y compris en l'absence de carte vitale, afin de renforcer la fiabilité des flux dégradés (pour lesquels les taux de rejet demeurent très élevés). Il conviendrait donc de concevoir et tester à brève échéance des modalités d'authentification du patient à travers les services en ligne, sans que la charge d'authentification ne soit trop lourde pour le professionnel de santé. Dans ce schéma, la carte vitale resterait le principal moyen d'authentifier les patients<sup>58</sup>.

Cette période transitoire pourrait être utilisée pour statuer sur le (ou les) dispositif(s) de récupération des participations et des franchises, en tenant compte des résultats de l'expérimentation conduite par la CNAMTS.

---

<sup>58</sup> Un projet d'e-carte vitale est expérimenté à partir du 1er semestre 2018, ce qui atteste de la nécessité de moderniser la carte vitale aux services en ligne.

#### 4.1.2 Un enjeu fort de promotion du dispositif auprès des professionnels de santé vers la généralisation

La mise en œuvre du tiers payant obligatoire a déjà permis à l'ensemble des professionnels un premier test des outils disponibles, sur des volumes limités de facturation. L'extrême diversité des niveaux de connaissance du tiers payant, ainsi que l'arrivée de nouveaux outils plaident pour des solutions d'accompagnement supplémentaires, pour renforcer la confiance des professionnels de santé dans la capacité du tiers payant à être rapide, fiable et simple, en vue d'une généralisation. Cet accompagnement gagnerait à être ciblé sur les professionnels et les zones géographiques aujourd'hui en retrait dans la pratique du tiers payant, plutôt que par une approche globale et indifférenciée. Cet accompagnement serait de nature à permettre la couverture intégrale des populations pour lesquelles le tiers payant est aujourd'hui un droit (bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS, ALD, femmes enceintes).

Une plus grande mobilisation du réseau des conseillers informatique service sur le tiers payant est, à cet effet, souhaitable afin de promouvoir les nouveaux outils, d'améliorer la compréhension de la facturation et des garanties associées au tiers payant. En particulier l'effort de communication pourra porter sur l'absence d'obligation de pratique du tiers payant en cas de non-présentation de la carte vitale. L'accompagnement des professionnels de santé apparaît d'autant plus essentiel pour renforcer la fiabilité de la facturation que l'essentiel des rejets est maintenant lié à des erreurs de facturation du professionnel de santé (double facturation ou erreurs de cotation). La mission a relevé des initiatives intéressantes à la CPAM de la Marne : mise en place d'un nouvel accompagnement personnalisé pour réduire les rejets des professionnels de santé, complémentarité entre les services de production et les CIS, etc. Au niveau national, des guides d'aide à la facturation, notamment pour les pharmaciens, sont en cours de conception.

Une meilleure articulation avec l'accompagnement des éditeurs de logiciels apparaît aussi souhaitable, afin notamment que les CIS aient davantage de visibilité sur le calendrier de déploiement des outils des éditeurs.

En complément, une plus grande mobilisation des délégués de l'assurance maladie (DAM) sur la pratique du tiers payant obligatoire est également nécessaire.

La prochaine convention d'objectifs et de gestion de la CNAMTS, en cours de négociation, pourra inclure un accompagnement renforcé des professionnels de santé par l'assurance maladie<sup>59</sup>.

---

<sup>59</sup> L'évaluation de la COG CNAMTS 2014-2017 recommandait ainsi à l'assurance maladie de construire une relation de confiance et un partenariat avec les professionnels de santé, de façon plus prioritaire qu'aujourd'hui, afin de tirer les conséquences du tiers payant qui induit un changement de centre de gravité dans la relation de service, des assurés vers les professionnels de santé. Le renforcement de l'écoute-clients et la construction d'une stratégie inter-régimes étaient ainsi recommandés. "Evaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2014-2017 de la CNAMTS- Qualité de service et organisation du réseau- Emilie FAUCHIER-MAGNAN, Valérie SAINTOYANT, septembre 2017, n°2017-008R et Idem, Gestion du risque – septembre 2017, Julien MEJANE, Jean-Louis REY et Louis-Charles VIOSSAT.

## 4.2 Une généralisation du tiers payant complémentaire qui ne semble atteignable à compter de 2019 que pour certaines professions de santé

La mission considère que deux types de situations doivent être distingués : certaines professions de santé, quoique critiques quant au fonctionnement actuel du tiers payant complémentaire, indiquent ne pouvoir s'y soustraire à court ou moyen terme compte tenu de la demande croissante de leur clientèle ; c'est le cas des auxiliaires de santé et des centres de santé. D'autres professions de santé restent plus éloignées du tiers payant complémentaire, en particulier les médecins et les chirurgiens-dentistes.

### 4.2.1 Pour les professions déjà engagées dans le tiers payant complémentaire, une montée en charge qui pourrait être rapide

Le déploiement rapide de l'outil d'identification des droits (IDB) constitue selon l'ensemble des interlocuteurs de la mission le levier principal pour conforter la dynamique de progression du tiers payant observée dans certaines professions (celles dont la pratique du tiers payant intégral s'échelonne entre 40 % et 75 % des actes facturés, soit les auxiliaires médicaux, les centres de santé et les radiologues). La garantie qui l'accompagne constitue un élément de confiance indispensable à la pratique du tiers payant, en l'absence d'une garantie des droits en carte actuellement équivalente à celle offerte par les AMO.

Comme indiqué en partie 3.3, le développement d'IDB est déjà possible depuis septembre 2017 par les éditeurs de logiciels médecins et centres de santé, et devrait l'être à compter de la fin 2017 par les éditeurs de logiciels des auxiliaires médicaux. Compte tenu de la forte demande des auxiliaires médicaux et des centres de santé pour une simplification de la pratique du tiers payant complémentaire, le déploiement jusqu'au poste du professionnel de santé pourrait être au moins aussi rapide que celui des avenants associés au tiers payant obligatoire, par exemple l'avenant TPI ACS. Le temps de déploiement de ce dernier s'est échelonné entre 12 et 24 mois selon les professions (pour un taux de déploiement auprès de 80 % des professionnels de santé). Dans ce schéma, un déploiement significatif de l'outil auprès des auxiliaires médicaux et centres de santé serait atteint courant 2019. Toutefois, la bonne tenue de ce calendrier nécessite au préalable la reprise du dialogue entre l'association Inter-AMC et les éditeurs.

Cette période transitoire pourrait opportunément être utilisée par l'inter-AMC pour améliorer le fonctionnement des outils existants (*cf. encadré*).

### Encadré 9 : Les axes d'évolution du dispositif de l'Inter-AMC

La mission considère que différents axes de travail permettraient d'améliorer à brève échéance le dispositif déployé par l'Inter-AMC:

- l'harmonisation intégrale des supports de droits, au-delà du pavé actuel (en incluant notamment harmonisation des libellés PHAR/LABO/AUXM et des numéros DRE) ;
- la mise en place d'un circuit unique de diffusion et d'actualisation des tables de convention (avec en cible une consultation de ces tables par téléservice) ;
- la mise en place de modalités de suivi des délais harmonisées entre les OC, qui permettraient d'objectiver les progrès accomplis vis-à-vis des professionnels ;
- le déploiement d'une réponse harmonisée des organismes complémentaires aux questions relatives aux incidents de facturation (questions dites de niveau 2), dans le prolongement de l'expérimentation actuellement conduite avec une dizaine d'organismes volontaires ;
- l'harmonisation des pratiques de facturation (libellés de rejets, évolutions des pratiques pour limiter les rejets) ;
- la compatibilité des différentes normes techniques pour l'identification des droits ;
- enfin l'élargissement du conventionnement à l'ensemble des OC<sup>60</sup>.

Pour les professions déjà engagées dans le tiers payant complémentaire, le gain qui peut être obtenu de ces améliorations serait très substantiel.

#### 4.2.2 Pour les professionnels de santé les plus éloignés du tiers payant complémentaire, des initiatives nouvelles à engager

L'association Inter-AMC évoque la nécessité d'un travail de pédagogie sur les outils existants en direction des professionnels les plus éloignés du tiers payant complémentaire, afin « *de démontrer que les outils qu'ils proposent sont de nature à fiabiliser et simplifier la facturation, sans ajouter de charge administrative* »<sup>61</sup>. Dans le même ordre d'idées, certains opérateurs évoquent la possibilité d'ouvrir à titre transitoire à des professionnels non signataires le bénéfice des garanties associées au contrat de l'association Inter-AMC.

Ces actions sont nécessaires mais quelle que soit la qualité du travail d'accompagnement qui pourra être réalisé autour des outils existants, la mission estime qu'elles seront insuffisantes pour permettre une montée en charge rapide et spontanée du tiers payant AMC chez les professions concernées.

Par ailleurs, l'absence d'un réseau équivalent à celui des conseillers informatique service pour l'AMO en limite fortement la portée : le travail de présentation des outils repose dans les faits souvent sur les éditeurs ou les intermédiaires (OCT et sociétés de gestion du tiers payant).

---

<sup>60</sup> L'association Inter-AMC couvre aujourd'hui environ 95% des personnes protégées, mais dans les faits une part plus importante, certains petits porteurs de risques déléguent leur gestion à un OTP sans être eux-mêmes formellement membres de l'association Inter-AMC.

<sup>61</sup> Source : rapport AMO/AMC, octobre 2017.

Dès lors, des évolutions plus structurelles pourraient être envisagées, autour des pistes suivantes :

- 1- L'évolution des outils: l'association Inter-AMC a initié un échange avec les représentants des professionnels de santé qui le souhaitent et avec les éditeurs pour présenter les outils existants

Il est indispensable de poursuivre cette démarche, avec pour objectif la mise en place d'une base unique, donnant en temps réel une vision consolidée des organismes complémentaires des affiliés (cf. partie 3.3).

- 2- La mise en place de dispositifs d'incitation, avec deux principales variantes :

- La mise en place d'une rémunération au flux des professionnels de santé par les assurances maladies (AMO et AMC)

La logique qui sous-tend cette option est de permettre aux professionnels de santé qui le souhaitent de financer le recours à des organismes concentrateurs ou à des intermédiaires. Sans répondre à une demande explicite des médecins, cette solution permettrait de masquer la complexité du tiers payant grâce à la mise en place d'un interlocuteur unique, tout en neutralisant le coût financier induit pour les professionnels de santé. Par ailleurs, elle apparaît cohérente avec les dernières évolutions du cahier des charges SESAM vitale<sup>62</sup>. La mission estime en première approximation le coût pour les financeurs d'une telle mesure entre 20 et 50 millions d'euros<sup>63</sup>.

Cependant, outre le fait que son impact sur la montée en charge du tiers payant pharmaceutique n'est pas démontré, cette solution ne serait mobilisable pour les médecins qu'à horizon de la prochaine convention médicale, ce qui en limite l'intérêt.

- L'inclusion de la norme IDB au cahier des charges SESAM vitale pourrait également être envisagée, afin de conditionner l'obtention du forfait structure au déploiement effectif d'IDB

Il s'agirait d'étendre un levier d'incitation qui existe déjà pour une partie des avenants liés au tiers payant AMO. Cela implique, par symétrie, d'inscrire ADRI dans le cahier des charges SESAM vitale<sup>64</sup>. Contrairement à la piste précédente, cette option ne constituerait qu'une incitation à l'équipement. Elle apparaît également plus cohérente que la précédente avec les évolutions engagées par la CNAMTS dans le cadre du dernier avenant à la convention médicale (logique de rémunération forfaitaire en fonction de l'équipement informatique, du taux de télétransmission et d'usage de service facilitateurs).

### 4.3 Une montée en charge effective du tiers payant qui pourrait s'effectuer en deux étapes

En matière de mise en œuvre, le maintien d'une synchronisation entre les calendriers de déploiement sur les volets AMO et AMC aboutirait à repousser dans le temps un horizon de montée en charge atteignable à court terme en part AMO.

---

<sup>62</sup> Le module OCT est obligatoire depuis l'avenant 10.

<sup>63</sup> Deux modalités de calcul ont été retenues: d'une part, une rémunération d'un montant identique à celle des pharmaciens (10 centimes par flux), pour un flux estimé à 200 millions par an; d'autre part, le coût du recours à un intermédiaire du tiers payant (500€ par an).

<sup>64</sup> Cette décision pourrait être prise dans le cadre du comité de coordination de maîtrise d'ouvrage du GIE SESAM vitale. Elle n'impliquerait pas, selon la mission, de revenir sur la gouvernance mise en place depuis 2016, fondée sur des maîtrises d'ouvrage distinctes pour certains projets.

Compte tenu des éléments évoqués ci-dessus, la méthode proposée par la mission est la suivante :

- atteindre, dans un premier temps, une généralisation à toutes les professions de santé sur la part AMO et un tiers payant intégral pour les professions les plus engagées dans le tiers payant (auxiliaires médicaux, radiologues, centres de santé) ;
- atteindre dans un deuxième temps une généralisation pour les professions les plus éloignées du tiers payant en part complémentaire (chirurgiens-dentistes et médecins) par une amélioration graduelle des outils ou par la mise en place de dispositifs d'incitation.

#### 4.3.1 Deux scénarii de généralisation du tiers-payant AMO

**Le maintien en l'état de la date du 30 novembre 2017 dans la loi, désormais irréaliste compte-tenu des délais très resserrés, impliquerait pour certains professionnels un changement de pratique très rapide.**

Si l'on tient compte des niveaux de tiers payant actuels, la bascule vers un tiers payant généralisé porte des objectifs ambitieux qui nécessitent d'embarquer la majorité, si ce n'est la quasi-totalité des actes certaines professions de santé : 80 % des actes des chirurgiens-dentistes, 65 % des actes des généralistes et 60 % des spécialistes hors radiologues. Les conditions de réussite de ce virage important, dans un délai de moins de deux mois, et avec les contraintes explicitées précédemment, sont compromises compte-tenu des outils et des modalités d'accompagnement existants, sauf à assumer un écart possiblement durable entre la cible de généralisation et la pratique effective.

La mission a étudié deux scénarii de généralisation du tiers payant : (1) la suppression de l'obligation, et (2) le report de l'obligation à 2019 (valable en part AMO uniquement et sans sanctions assorties).

##### **1- La suppression du cap fixé par la loi laisserait aux acteurs le soin de convenir de la dynamique du tiers payant, avec un risque de démobilisation collective**

La suppression de l'obligation renvoie aux professionnels de santé et aux acteurs de marché le soin de convenir entre eux des modalités pratiques de montée en charge du tiers payant. C'est dans ces conditions que le tiers payant a été généralisé chez les pharmaciens, les laboratoires, et dans une moindre mesure chez les auxiliaires de santé.

Le risque serait que les acteurs de l'AMO ralentissent ou diffèrent les travaux restant à conduire, compte tenu de l'importance des évolutions restant à engager côté AMC, et ce alors que les conditions techniques préalables à une généralisation en part AMO sont assez proches d'être réunies. Du côté des AMC, l'incertitude perçue sur le maintien d'un cap législatif a déjà conduit certains éditeurs à déprioriser certaines évolutions.

Compte tenu de ce risque fort de désinvestissement des acteurs, ce scénario suppose de s'accompagner d'un signal fort en matière de tiers-payant complémentaire tel que la mise en place d'un des dispositifs d'incitation vus au 4.2.2 ci-dessus. Il pourrait opportunément être assorti d'une clause de revoyure à horizon 2019, qui serait, le cas échéant, l'occasion de reposer la question de l'obligation en l'absence d'évolution significative du tiers payant AMO.

## **2- Différer l'obligation sur la part AMO à 2019 permettrait de maintenir un cap clair, mais insuffisant à lui seul pour permettre la généralisation**

Ce scénario permettrait le maintien d'un cap clair sur un horizon acceptable du point de vue technique, laissant aux différents acteurs le temps d'intégrer les évolutions à conduire dans leurs agendas.

Toutefois, le principe de l'obligation, de droit sur certains actes, n'est pas à lui seul suffisant pour permettre d'atteindre la généralisation sur l'ensemble des professionnels de santé, comme en témoigne la pratique des médecins et des chirurgiens-dentistes sur l'ALD, la maternité et l'ACS.

Pour être efficace, elle nécessiterait, comme le scénario précédent, l'adhésion des professionnels de santé, ce qui suppose un travail d'accompagnement renforcé pour parachever les évolutions attendues notamment en part AMO.

La mission n'a pas tranché entre les deux scénarii, dont elle a fait une analyse exclusivement technique, et qui n'ont pas été concertés avec les principaux acteurs du dossier.

### **4.3.2 Une dynamique à conforter quel que soit le scénario retenu**

Quel que soit le scénario retenu, la mission considère qu'une généralisation du tiers payant nécessite :

1- S'agissant du tiers payant AMO, la reprise des travaux dans le cadre du comité de pilotage du tiers payant<sup>65</sup>, sous l'égide de la DSS, avec les objectifs suivants d'ici à 2019 :

- finaliser le déploiement à l'échelle de l'ensemble du parc logiciel, et de l'ensemble des régimes d'AMO, de l'outil ADRi et du module de suivi des paiements (norme NOEMIE 580), en lien avec le GIE SESAM vitale ;
- introduire une garantie de paiement liée à ADRi, y compris en l'absence de carte vitale ;
- veiller à la reprise des travaux interrégimes (dans le cadre du comité inter-AMO présidé par l'UNCAM), visant l'application uniforme de principes de facturation harmonisés à l'ensemble des régimes et la définition de nouveaux principes pour mieux prendre en compte les besoins spécifiques de certaines professions de santé (chirurgiens-dentistes) ;
- assurer un suivi du dispositif d'accompagnement renforcé qui pourrait être mis en place par la CNAMTS dans le cadre de sa convention d'objectifs et de gestion;
- accompagner la mise en place en interrégimes d'une solution unique de récupération des participations forfaitaires et des franchises, une fois le décret publié.

2- S'agissant du tiers payant complémentaire, la reprise du dialogue, et l'approfondissement des travaux sous l'égide d'une personnalité qualifiée en charge de la coordination stratégique du projet, dans un cadre associant les organisations professionnelles et les éditeurs, avec plusieurs objectifs :

---

<sup>65</sup> Le comité de pilotage du tiers payant a été créé par l'article 83 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016. Son fonctionnement est précisé par le décret n°2016-439 du 12 avril 2016. Il associe un large panel d'acteurs (représentants des usagers, représentants des professionnels de santé, représentants des AMO et AMC, et représentants de l'Etat. Créé pour une durée de trois ans, il est sensé se réunir deux fois par an. Or si deux réunions se sont tenues en 2016 (juin et décembre), aucun comité n'a été réuni en 2017.

- assurer un suivi homogène des statistiques du tiers payant complémentaire (délais de paiement, rejets, taux de pratique tous circuits confondus) ;
- assurer un suivi étroit de la montée en charge du téléservice IDB-CLC, en lien avec le GIE SESAM vitale, avec en cible une généralisation d'ici 2019 pour les professions ayant les plus forts niveaux de pratique du tiers payant AMC (infirmiers, centres de santé, radiologues) ;
- améliorer les outils développés par l'association Inter-AMC et mettre en place une réponse harmonisée des organismes complémentaires aux questions relatives aux incidents de facturation ;
- étudier, s'agissant des professions aujourd'hui les plus éloignées du tiers payant complémentaire, les pistes d'amélioration de l'outil IDB-CLC et la mise en place d'un dispositif d'incitation sur la base du forfait structure<sup>66</sup>.

Les modalités de mise en œuvre des mesures proposées pourraient s'inscrire dans le cadre d'un protocole d'accord conclu entre le ministère chargé de la santé, l'AMO et l'association Inter-AMC. Par ailleurs, il est indispensable que les besoins des professionnels de santé soient pris en compte dans l'ensemble des travaux qui seront conduits, dans une approche qui permette d'adapter les outils aux spécificités de chaque profession de santé et de tirer toutes les conséquences du basculement de la relation de services des assurances maladie de l'assuré vers le professionnel de santé.

Emilie FAUCHIER-MAGNAN

Julien MEJANE

Juliette ROGER

Louis-Charles VIOSSAT

---

<sup>66</sup> En lien avec l'UNCAM sur ce dernier point.



# LETTRE DE MISSION



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

*La Ministre*  
Cab AB/GDM/EN- D 17-016696

*Paris, le* - 5 JUL. 2017

NOTE

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

## **Objet : Mission sur l'évaluation de la généralisation du tiers payant**

Dans un objectif d'amélioration de l'accès aux soins, l'article 83 de la loi de modernisation de notre système de santé, promulguée le 26 janvier 2016, a prévu une généralisation progressive du tiers payant pour les professionnels de santé en ville, sur la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, le Conseil Constitutionnel ayant censuré l'obligation, pour les professionnels de santé, de pratiquer le tiers payant sur la part complémentaire. Ainsi la prise en charge en tiers payant est devenue un droit pour les patients atteints d'une affection de longue durée ou couverts au titre du risque maternité depuis le 31 décembre 2016 et doit concerner l'ensemble des assurés à compter du 30 novembre 2017.

Aujourd'hui l'état des lieux montre que la pratique du tiers payant est variable, selon le profil de l'assuré et le type de prestation effectuée, mais aussi, de manière significative, en fonction de la profession de santé considérée. Le tiers payant est ainsi massivement pratiqué par l'ensemble des professionnels de santé, pour les publics fragiles, en situation de précarité ou atteints de pathologie chronique. En revanche, la pratique est plus hétérogène dans les autres cas. Le tiers payant est quasi généralisé, y compris souvent sur la part complémentaire, chez les pharmaciens ou dans les laboratoires d'analyse médicale, alors que l'avance de frais continue d'être la règle chez les dentistes et les médecins libéraux, même si une certaine dynamique semble être enclenchée auprès de ces derniers.

Afin d'accompagner la généralisation du tiers payant, des engagements ont été pris par les organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire pour améliorer la facturation en ville et faire évoluer les outils de nature à faciliter la pratique du tiers payant par les professionnels de santé à partir de leurs logiciels. .

Alors que la date envisagée pour la généralisation du tiers payant à tous les assurés approche, je m'interroge à la fois sur les solutions proposées et leur niveau de réponse aux attentes des professionnels de santé, mais aussi sur la portée de l'obligation sous-jacente. Je suis en effet convaincue que, si les outils sont simples, les professionnels de santé adhéreront au dispositif, sans nécessité de les y contraindre. Mon souhait est donc de m'orienter vers un tiers payant généralisable, qui ne remette pas en cause l'avancée qu'il apporte en matière d'accès aux soins, mais qui permette aux professionnels de se l'approprier du fait de sa simplicité, de sa fiabilité, et du caractère vérifiable des flux de paiement, tant sur la part obligatoire que sur la part complémentaire.

.../...

14 avenue Duquesne - 75350 PARIS 07 SP

Je vous demande en conséquence de bien vouloir diligenter une mission chargée d'expertiser la simplicité, la rapidité et la fiabilité du tiers payant par les professionnels de santé, à partir de l'état des lieux des pratiques actuelles et du niveau de maturité des outils proposés et à l'étude par l'assurance maladie obligatoire et par les organismes complémentaires. La question des modalités d'information des professionnels de santé sur les droits ouverts des assurés, et des responsabilités à cet égard, pourra également être abordée. La mission mettra en lumière les difficultés qui persisteraient, et s'attachera, le cas échéant, à identifier les conditions techniques permettant de surmonter ces difficultés dans un calendrier adéquat. .

Il vous appartiendra de consulter l'ensemble des acteurs concernés, représentants des professionnels de santé, mais aussi des usagers, organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire, afin de recueillir leurs observations.

Les conclusions de la mission devront m'être remises dans un délai de trois mois.

Vous bénéficierez, pour mener à bien vos travaux, de l'appui de la Direction de la Sécurité Sociale et des principales caisses d'assurance maladie obligatoire. Par ailleurs, au vu des échanges déjà intervenus sur ce dossier avec le Secrétariat Général pour la Modernisation de l'Action Publique, il m'apparaîtrait pertinent que vous puissiez bénéficier également de leur expertise.

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



Agnès BUZYN

# LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

## PROFESSIONNELS DE SANTE

### Organisations de médecins

#### CSMF

Dr Jean-Paul ORTIZ, président  
Dr Béatrice FAZILLEAUD, vice-présidente  
Dr Stéphane LANDAIS

#### FMF

Jean-Paul HAMON, président  
Florence ZEMOUR

#### Le BLOC

Dr Philippe CUQ, président

#### MG France

Dr Claude LEICHER, président  
Dr Jacques BATTISTONI, premier vice-président  
Dr Gilles URBEJTEL, trésorier  
Dr RUINART, membre de la commission paritaire locale de la Marne

#### SML

Dr Philippe VERMESCH, président  
Dr Sylvie BAUER, secrétaire générale

#### REAGIIR

Dr Yannick SCHMITT, vice-président

## **Organisations de chirurgiens-dentistes**

### CNSD

Dr Catherine MOJAĀSKY, présidente de la confédération nationale des syndicats dentaires  
Dr Gérard MOREL, vice-président, chargé des relations AMO-AMC et avec les éditeurs de logiciel

### Union dentaire

Dr Philippe DENOYELLE, président  
Dr Jacques LE VOYER, président de la commission informatique  
Dr Jean-Marc CORROYEZ

## **Organisations d'infirmiers**

### ONSIL

Laurent KERFYSER, président Centre-Val-de-Loire  
Anik SANHES, administratrice nationale  
Vassila BRUNEL, administratrice nationale

### SNIL

Catherine KIRNIDIS, présidente  
François CASADEI, membre du conseil d'administration

## **Organisations de pharmaciens**

### FSPF

Philippe GAERTNER, président  
Christophe KOPERSKI, président de la commission Protection sociale.

### USPO

Dr Gilles BONNEFOND, président (entretien téléphonique)

## **Organisation de centres de santé**

### Fédération nationale des centres de santé (FNCS)

Richard LOPEZ, président, médecin généraliste  
Céline LEGENDRE, gestionnaire de centres de santé

## **Autres professionnels de santé**

Dr Christophe BEZANCON, médecin généraliste  
Dr Alain FOULON, médecin généraliste  
Dr Chloé DELACOUR, médecin généraliste

Dr Renaud MILLER, médecin généraliste  
Dr Peggy DEPONTAILLER, médecin généraliste  
Dr Nicaise BERGERE, médecin généraliste  
Dr NEF, médecin généraliste  
Dr Tiphaine LOISEAUX, médecin généraliste  
Dr VERON, médecin généraliste  
Dr Clément BECKER, médecin généraliste  
Dr Jean-Luc LEYMARIE, médecin généraliste  
Dr. Richard HANDSCHUH, médecin généraliste  
Dr. Agnès GIANNOTTI, médecin généraliste  
Dr BARTHES, médecin généraliste  
Dr RUINART, médecin généraliste

Dr DESROUSSEAUX, chirurgien-dentiste  
Dr Jean-Marie MOTHERON, chirurgien-dentiste  
Dr Bruno NOBRE, chirurgien-dentiste  
Dr Jorge BRION, chirurgien-dentiste  
Dr DESROUSSEAUX, chirurgien-dentiste  
Dr OHAYON, chirurgien-dentiste

Marie-Christine CARLESIMO, infirmière  
Mme BOURQUIN, infirmière  
Mr LORIN, masseur-kinésithérapeute

Yehoram HOURI, directeur du centre de santé Jean-Jaurès

### **Représentants d'usagers**

#### France Assos santé

Marc MOREL, directeur  
Danièle DESCLERC-DULAC, membre du bureau

#### FAS (ex FNARS) (entretien téléphonique)

Alexis GOURSOLAS, responsable du service Stratégie et analyse des politiques publiques  
Marion QUACH-HONG, chargée de mission Santé et Etudes

### **REGIMES D'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE**

#### Caisse nationale d'assurance maladie

Nicolas REVEL, directeur général  
Delphine CHAMPETIER, directrice de cabinet du directeur général  
Richard VIEAU, direction déléguée aux opérations, responsable du département organisation et marketing

Frédéric MERLE, direction déléguée aux opérations, direction de la maîtrise d'ouvrage, département des projets métiers

Denis RICHARD, direction déléguée à la gestion et à l'organisation de l'offre de soins, responsable du service de la maîtrise d'ouvrage informatique

Franck ROBIN, direction déléguée à la gestion et à l'organisation de l'offre de soins, adjoint au chef de service de la maîtrise d'ouvrage informatique

Bruno NOURY, direction déléguée à la gestion et à l'organisation de l'offre de soins, responsable du département SESAM-vitale- support

Mickaël AZOULAY, consultant en appui à la mise en oeuvre du tiers payant

Jean-Michel JODRY, chef de projet tiers payant

#### Caisse primaire d'assurance maladie de Marne

Aurélie COMBAS-RICHARD, directrice

F. GALVAUX, responsable du département remboursement des soins et revenus de remplacement

D. TYMCZYK, responsable département relation PS

C. REMY, responsable dép. aide au pilotage et prospective

F. TERRASSE, sous-directeur Régulation et action en santé

T. PETITJEAN, conseiller informatique service

B. PREVOST, conseiller informatique service

C. DOLOMIE, agent Comptable

L. JOURNEE, responsable du CESI (Centre de Services Inter-régimes)

B. VERGE, responsable Adjoint du CESI

#### Régime social des indépendants

Pascal PERROT, médecin-conseil national, directeur DGRAS

Alain MASCLAUX, adjoint du directeur DGRAS

Julien LESREL, responsable du département des prestations santé

#### RAM

Luc LEBRETON, direction des gestions et du développement, responsable de la division métier et développement

Yannick THUILLIER, direction des gestions et du développement, responsable du département prestations

#### MSA

Ghislaine ROSAY, cabinet de la direction générale

Christina CUENCA-LOPEZ, responsable de la maîtrise d'ouvrage stratégique en santé

Bruno LEMARCHAL, directeur métier santé et identification

Franck DUCLOS, directeur délégué ux politiques sociales

Philippe BUREAU, responsable du département Suivi métier santé (réseau des caisses)

Union nationale des régimes spéciaux

Laurent FAVRE, secrétaire général de l'UNRS, chef du service Etudes et Partenariats de la CNMSS  
Régis DUBOIS, agent comptable de la CNMSS

CAMIEG

Bruno NEGRONI, directeur

**REGIMES D'ASSURANCE MALADIE COMPLEMENTAIRE (ASSOCIATION INTER-AMC)**

Mutualité française

Albert LAUTMAN, directeur général de la mutualité française  
Christophe LAPIERRE, directeur des systèmes d'informations, mutualité française

Fédération française de l'assurance (FFA)

Véronique CAZALS, directrice santé  
Anne-Marie BERGER, responsable de l'informatique santé

Centre technique des instituts de prévoyance (CTIP)

Evelyne GUILLET, directrice santé et modernisation des déclarations sociales

Harmonie mutuelle

Maurice GOURDON, directeur MOA Gestion

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

Fédération des Mutuelles de France

Julien CAUDRON, responsable Santé Prévoyance

Solimut Mutuelle de France

Olivier KREMEURT, directeur des Systèmes d'information

## **Organismes de tiers payant et intermédiaires**

### Almerys

Jérôme TILLETTE de MAUTORT, directeur des relations institutionnelles

### Viamédis santé

Marc LO BONO, directeur général

Salim HASSINI, directeur général adjoint

### Korelio/Pro BTP

Pierre-Henri DARNAULT, chef de projet

### Cegedim

Pierre-Henri COMBLE, Directeur Marketing et Prospective Cegedim INSURANCE SOLUTIONS

### Résopharma

Philippe BESSET, PDG de Résopharma

Philippe DAUBIAN, DSI

Marc RAZAFY

### Santeffi

Paul-Henri CHEMINAL, directeur général

### Sicorfé

Franck DELPIERRE, directeur général

### AGETIP

Jean-Claude WARLOP, directeur

## **Editeurs de logiciel**

### Fédération des éditeurs d'informatique médicale et paramédicale

Francis MAMBRINI, président

### Compugroup

Mohamedi AZEHAF, directeur de projet

Julien FAUGEROLLE, responsable qualité

### Cegedim Logiciels médicaux

Dany HUPPENNOIRE, directeur général  
Stéphane DUBOIS

SEPHIRA

Régis SENEGOU, directeur général  
Sébastien MONDU, directeur des systèmes d'informations  
Patricia MANET, responsable marketing

Pyxistems

Philippe NICCOT, directeur général  
Nathalie BITON, associée

Julie Systems

Anthony MARIE-LOUISE, responsable du service client et de la formation  
Caroline VONG-LEGRAND responsable marketing et communication  
Ludovic ROUMIEUX, responsable service R&D

**Autres**

GIE SESAME vitale

Carole FONGUE-KAYSER, secrétaire générale  
Anthony GOMES DE CARVALHO, directeur santé  
Sébastien HOUGET, directeur de projet (facturation SESAM vitale)

## **ADMINISTRATIONS**

### Cabinet du Président de la République

Marie FONTANEL, conseillère solidarités et santé

### Cabinet du Premier Ministre

Franck VON LENNEP, chef du pôle santé, protection sociale, politiques sociales

Guillaume COUILLARD, conseiller technique santé

### Cabinet de la ministre des solidarités et de la santé

Gilles de MARGERIE, directeur de cabinet

Jacques-Olivier- DAUBERTON, conseiller chargé de la sécurité sanitaire

### Direction de la sécurité sociale

Mathilde LIGNOT-LELOUP, directrice

Monica BOSI, cheffe de projet

### IGAS

Anne-Marie BROCAS, présidente du HCAAM

Hubert GARRIGUE-GUYONNAUD

# ANNEXE :

## DONNEES CHIFFREES SUR LE TIERS PAYANT

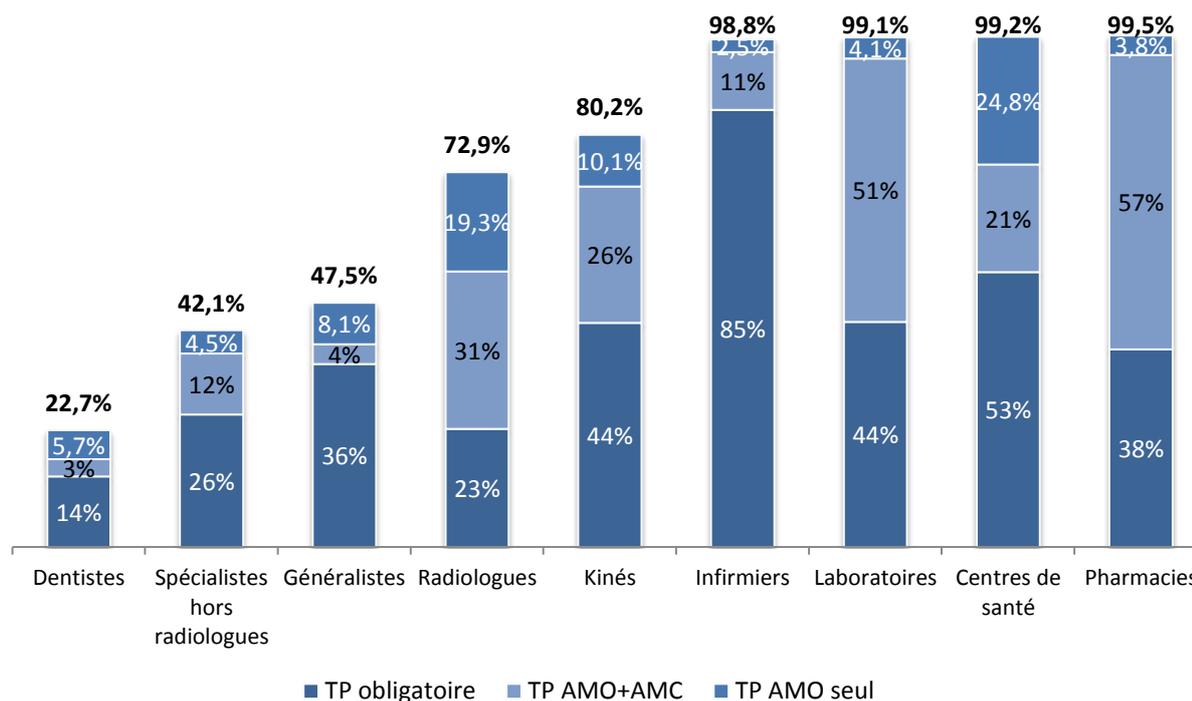
### 1 DONNEES SUR LA PRATIQUE DU TIERS PAYANT

#### 1.1 La pratique du tiers payant par les professionnels de santé

##### 1.1.1 Une pratique diversifiée

Le tiers payant n'est pas pratiqué de façon homogène par les professionnels de santé. On constate des différences importantes, en partie liées à la proportion de tiers payant obligatoire au sein de la patientèle.

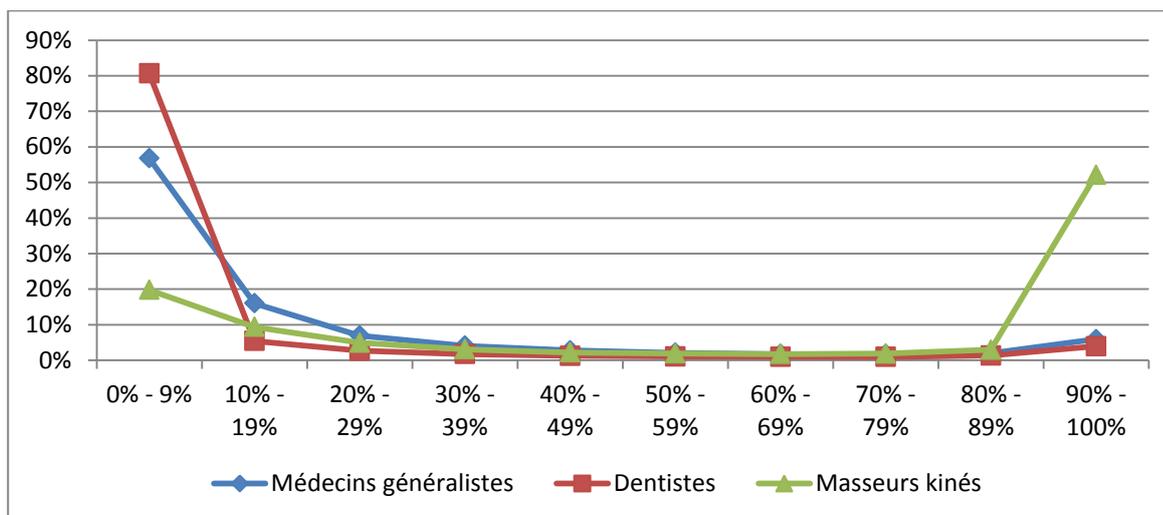
Graphique 1 : Part des actes en tiers payant par professions de santé, 2<sup>ème</sup> trimestre 2017



Source : CNAMTS

Les pratiques des professionnels de santé à l'égard du tiers payant ne sont pas distribuées de façon homogène et se concentrent aux deux extrémités des courbes : absence de tiers payant (0-9 % des cas) ou à l'inverse pratique généralisée (90-100 % des cas).

Graphique 2 : Distribution de la pratique du tiers payant, régime général au 1<sup>er</sup> semestre 2017



Source : CNAMTS

Lecture du graphique : en abscisse le % d'actes en tiers payant par professionnel, en ordonnée le % de professionnel de santé correspondant. Par exemple 80 % des chirurgiens-dentistes pratiquent entre 0-9 % de leurs actes en tiers payant.

### 1.1.2 Les disparités territoriales

La pratique du tiers payant obligatoire varie selon les départements. Les tableaux ci-dessous illustrent, pour les différentes professions, l'importance de ce facteur géographique.

Tableau 1 : Pratique du tiers payant obligatoire par département (hors DOM) et professions de santé

#### 4 départements ayant les taux plus bas et les taux plus élevés - 1<sup>er</sup> semestre 2017

Masseurs kinésithérapeutes		Dentistes (omni.+ ODF)		Médecins	
Maine-et-Loire	51 %	Haute-Savoie	8 %	Vendée	25 %
Vendée	52 %	Vendée	8 %	Mayenne	30 %
Sarthe	52 %	Lozère	9 %	Paris (Ville)	31 %
Paris (Ville)	52 %	Savoie	9 %	Cotes-d'Armor	32 %
Pas-de-Calais	98 %	Pas-de-Calais	40 %	Corse-du-Sud	64 %
Bouches-du-Rhône	99 %	Seine-St-Denis	48 %	Pas-de-Calais	65 %
Corse-du-Sud	100 %	Haute-Corse	60 %	Haute-Corse	66 %
Haute-Corse	100 %	Corse-du-Sud	66 %	Seine-St-Denis	67 %

Source : CNAMTS, données du régime général

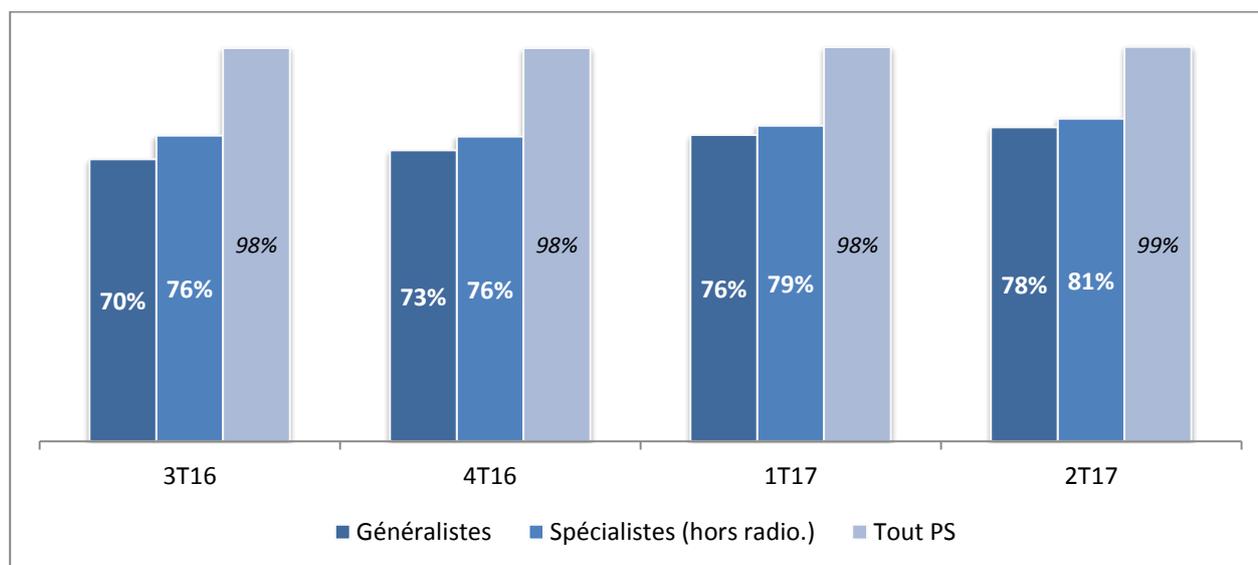
Afin d'illustrer les disparités territoriales, ces chiffres n'intègrent pas les DOM, où les taux de tiers payant sont très élevés, proches de 100 %, pour des motifs historiques. A la Réunion par exemple, un dispositif de gratuité des soins, dit des "bons roses", préexistait à la mise en œuvre de la

télétransmission au début des années 2000, du fait d'une précarité importante, et a été à l'origine d'une généralisation de facto du tiers payant.

### 1.1.3 Le tiers payant obligatoire chez les médecins et chirurgiens-dentistes

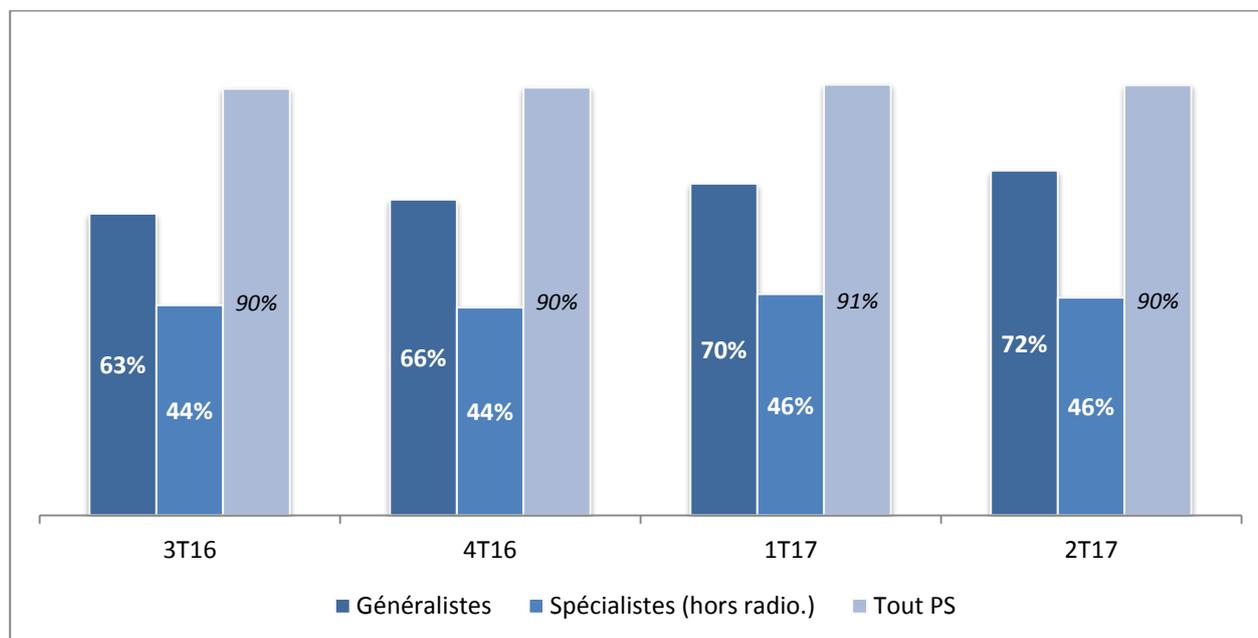
Le tiers payant est obligatoire pour les soins en ALD et en Maternité depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, mais il n'est pas encore pratiqué par l'ensemble des professionnels de santé. A cet égard, on peut noter que les médecins, notamment les spécialistes, et les chirurgiens-dentistes ont encore un retard marqué, en particulier pour la maternité.

Graphique 3 : Evolution de la pratique du tiers payant ALD, régime général



Source : CNAMTS

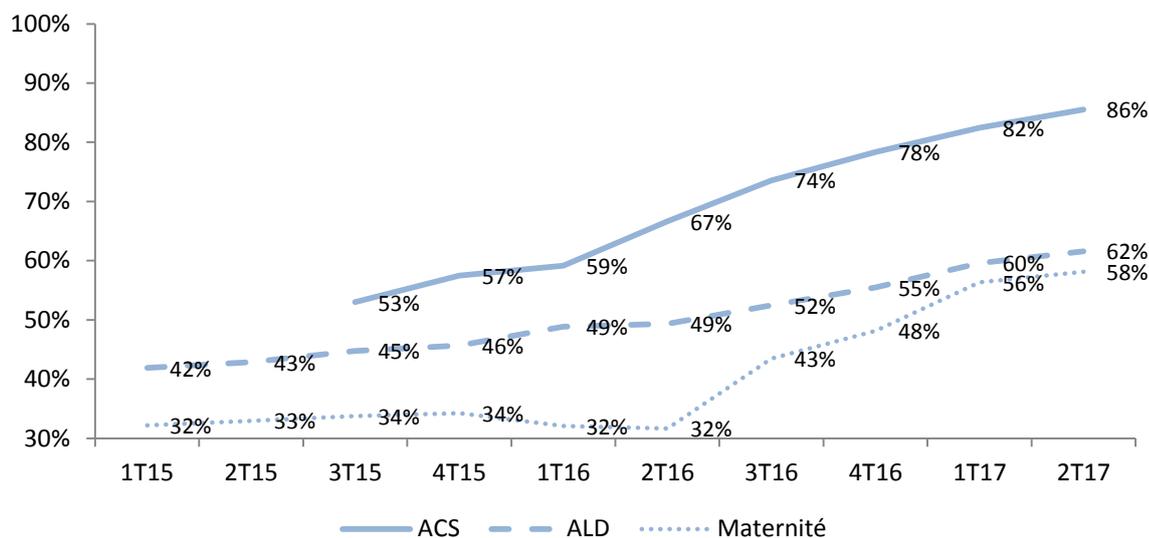
Graphique 4 : Evolution de la pratique du tiers payant Maternité, régime général



Source : CNAMTS

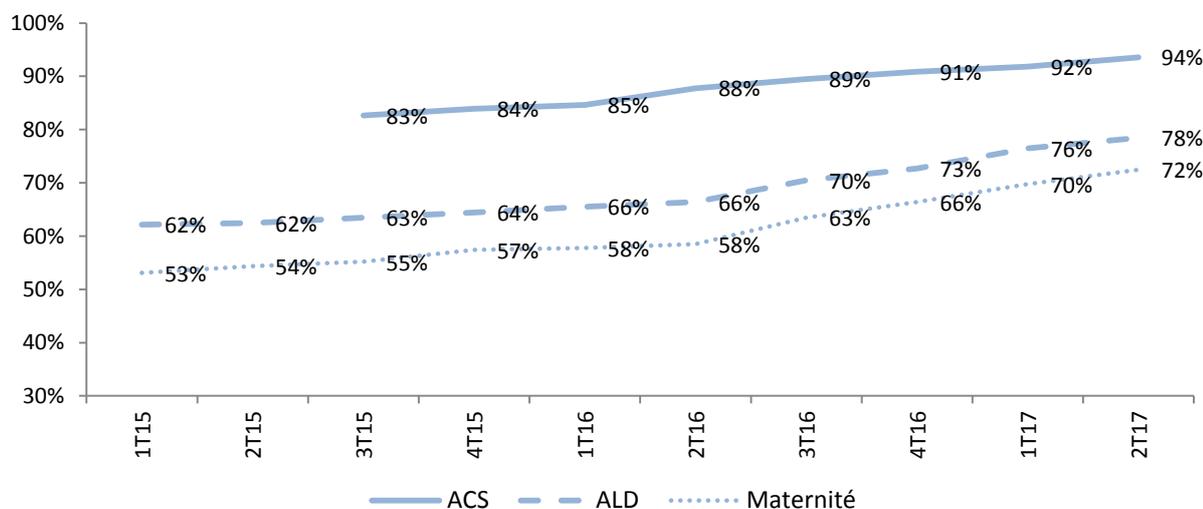
L'étude de la dynamique montre que la pratique du tiers-payant préexistait à l'obligation, mais on constate, dans certains cas, des points d'inflexion au 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> trimestre 2016, c'est-à-dire après publication de la loi de modernisation de notre système de santé.

Graphique 5 : Evolution de la pratique du tiers payant obligatoire chez les chirurgiens-dentistes, régime général



Source : CNAMTS

Graphique 6 : Evolution de la pratique du tiers payant obligatoire chez les médecins, régime général



Source : CNAMTS

On relève également une forte hétérogénéité de pratique selon le secteur d'exercice: s'agissant des patients en ALD, le taux de tiers payant obligatoire s'échelonne de 50 % en secteur 2 à 78 % en secteur 1 et de 63 % à 87 % chez les spécialistes hors radiologues. Un écart du même ordre s'observe s'agissant du tiers payant maternité.

Tableau 2 : Taux de tiers payant par motif, spécialité médicale et secteur conventionnel

	Secteur conventionnel	CMUC		ALD en rapport		Maternité	
		Total actes	%TP	Total actes	%TP	Total actes	%TP
Généralistes	Secteur 1	11 902 469	99,1 %	24 421 326	78,3 %	681 996	71,9 %
	Secteur 2	240 186	96,7 %	762 627	49,6 %	18 518	42,5 %
Radiologues	Secteur 1	1 563 871	99,5 %	2 599 971	98,5 %	64 164	91,1 %
	Secteur 2	292 240	99,2 %	717 477	92,7 %	14 531	74,0 %
Spécialistes hors radiologues	Secteur 1	3 032 925	97,4 %	10 766 592	87,3 %	1 135 441	51,0 %
	Secteur 2	2 186 053	97,0 %	4 839 318	62,8 %	1 138 858	42,6 %

Source : CNAMTS

#### 1.1.4 Les pratiques par régime

Les analyses conduites par la mission concernant les régimes obligatoires démontrent des résultats d'ordre comparable au deuxième trimestre 2017. S'agissant des catégories les plus éloignées d'une pratique généralisée du tiers payant, les écarts entre régimes peuvent toutefois aller jusqu'à cinq points, sans qu'une avance structurelle de l'un des régimes puisse être relevée systématiquement et sans qu'on puisse en trouver une explication évidente.

Tableau 3 : Pratique du tiers payant obligatoire par profession, 2<sup>ème</sup> trimestre 2017, CNAMTS

	ACS	ALD	Maternité
Généralistes	93,6 %	78,5 %	72,5 %
Radiologues	96,8 %	97,4 %	88,2 %
Spécialistes hors radiologues	87,2 %	80,6 %	45,8 %
Infirmiers	99,8 %	99,9 %	98,2 %
Kinés	98,0 %	98,9 %	87,4 %
Dentistes	85,5 %	61,6 %	58,1 %
Laboratoires	99,8 %	99,9 %	99,6 %
Pharmacies	99,8 %	99,7 %	99,5 %
Centres de santé	99,8 %	99,9 %	99,0 %
<b>Total PS</b>	<b>99,1 %</b>	<b>98,6 %</b>	<b>90,4 %</b>

Source : CNAMTS

Tableau 4 : Pratique du TP obligatoire par profession, 2<sup>ème</sup> trimestre 2017, MGEN

	ALD	Maternité
Médecins généralistes	77,1 %	58,8 %
Médecins spécialistes	74,0 %	31,5 %
Kiné	98,6 %	89,4 %
Infirmiers	99,8 %	98,4 %
Autres auxiliaires	94,4 %	50,0 %
Laboratoires	99,8 %	99,7 %
Pharmaciens	99,5 %	99,2 %
Sages-femmes	84,6 %	91,3 %
Chirurgiens-dentistes	46,0 %	66,7 %
Centres de santé	99,9 %	98,8 %
Fournisseurs	98,6 %	87,7 %
<b>TOTAL</b>	<b>97,5 %</b>	<b>82,9 %</b>

Source : MGEN

Tableau 5 : Pratique du TP obligatoire par profession

	MSA – 5 mois 2017		RSI Mai 2017	
	ALD	MATERNITE	ALD	MATERNITE
Médecins généralistes	77,0 %	70,8 %	72,87 %	68,04 %
Médecins spécialistes	73,4 %	35,6 %	74,99 %	41,81 %
Kiné	99,6 %	94,7 %	98,59 %	81,47 %
Infirmiers	99,9 %	98,7 %	99,74 %	97,91 %
Laboratoires	100,0 %	100,0 %	99,71 %	99,29 %
Pharmaciens	99,8 %	99,9 %	99,31 %	99,00 %
Chirurgiens-dentistes	52,1 %	66,8 %	55,69 %	60,67 %
Centres de santé	100,0 %	99,7 %	99,93 %	99,70 %
<b>TOTAL</b>	<b>98,8 %</b>	<b>87,9 %</b>	<b>98,18 %</b>	<b>89,44 %</b>

Source : MSA, RSI

### 1.1.5 Le tiers payant non-obligatoire

Le tiers payant est notablement moins pratiqué sur les actes non obligatoires que sur les actes obligatoires.

Tableau 6 : Taux de tiers payant part AMO par professions de santé, 2<sup>ème</sup> trimestre 2017

	Total des cas réglementaires	Autres cas
Généralistes	85,9 %	20,3 %
Radiologues	98,0 %	65,2 %
Spécialistes hors radiologues	81,4 %	23,9 %
Infirmiers	99,9 %	92,4 %
Kinés	98,9 %	65,5 %
Dentistes	93,0 %	10,5 %
Laboratoires	99,8 %	98,5 %
Pharmacies	99,7 %	99,3 %
Centres de santé	99,9 %	98,4 %
<b>Total PS</b>	<b>98,6 %</b>	<b>87,3 %</b>

Source : CNAMTS

## 1.2 Les modalités de facturation des actes par les professionnels de santé

### 1.2.1 Les volumes de facturation des actes

Les deux-tiers des actes transmis à l'assurance maladie proviennent des pharmacies. Avec les infirmiers, ils représentent 80 % du volume d'actes. Les médecins ne représentent que 8,4 % de l'ensemble de la facturation des professionnels de santé.

Tableau 7 : Nombre d'actes par professions de santé, Régime général

	Total actes	%
Généralistes	48 095 577	4,0 %
Radiologues	13 176 729	1,1 %
Spécialistes hors radiologues	39 774 503	3,3 %
Infirmiers	149 936 163	12,5 %
Kinés	53 710 842	4,5 %
Dentistes	20 829 377	1,7 %
Laboratoires	46 833 245	3,9 %
Pharmacies	779 839 282	65,1 %
Centres de santé	8 079 974	0,7 %
<b>Total PS</b>	<b>1 197 484 257</b>	<b>100,0 %</b>

Source : CNAMTS

### 1.2.2 Les types de facturation

Si les flux électroniques constituent désormais la majorité des échanges, on note encore une persistance des feuilles de soins papiers chez les médecins. Les auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs kinésithérapeutes) ont encore largement recours aux flux dégradés (sans carte Vitale), ce qui est susceptible de détériorer la qualité de la facturation.

Les données varient peu selon les régimes obligatoires.

Tableau 8 : Répartition des factures par types de flux et professions de santé – Régime général au 1<sup>er</sup> semestre 2017

	Flux B2 sécurisé		Flux dégradé		Papier
	SESAM avec Vitale (B2S)	SESAM Sans Vitale (B2F)	Dégradée (B2D)	B2	Papier
Médecins	86,61 %	0,46 %	1,00 %	0,00 %	11,93 %
Auxiliaires médicaux	60,53 %	11,51 %	24,27 %	0,32 %	3,37 %
Dentistes	91,69 %	0,00 %	0,90 %	0,00 %	7,41 %
Pharmacies	85,94 %	0,82 %	12,43 %	0,00 %	0,80 %
Laboratoires (**)	19,54 %	77,68 %	0,41 %	1,24 %	1,14 %
Centres de santé	71,17 %	0,56 %	12,13 %	13,16 %	2,98 %
<b>Total (*)</b>	<b>75,48 %</b>	<b>8,53 %</b>	<b>8,41 %</b>	<b>2,47 %</b>	<b>5,12 %</b>

(\*) : hors facturation de transports

Source : CNAMTS

Tableau 9 : Nombre de factures par types de flux et professions de santé – MSA non daté

	Total	B2 sécurisée	B2 non sécurisée	Papier
Médecins	10 753 366	86,0 %	1,1 %	13,0 %
Infirmiers	4 338 139	69,3 %	28,9 %	1,8 %
Masseurs				
Kinésithérapeutes	988 828	68,1 %	29,3 %	2,7 %
Dentistes	1 241 836	90,6 %	0,7 %	8,7 %
Pharmacies	16 312 211	85,4 %	13,7 %	0,8 %
Laboratoires	3 599 764	97,2 %	0,8 %	2,0 %
<b>Total</b>	<b>38 880 957</b>	<b>82,2 %</b>	<b>12,5 %</b>	<b>5,3 %</b>

Source : MSA

Tableau 10 : Nombre de factures par types de flux et professions de santé – RSI 1<sup>er</sup> semestre 2017

	Total	B2 sécurisée	B2 non sécurisée	Papier
Médecins	11 490 322	87,3 %	0,7 %	12,0 %
Infirmiers	1 991 895	65,8 %	31,5 %	2,7 %
Masseurs				
Kinésithérapeutes	1 067 843	71,7 %	25,6 %	2,7 %
Dentistes	1 748 011	91,5 %	0,5 %	8,0 %
Pharmacies	15 671 486	86,3 %	12,6 %	1,0 %
Laboratoires	3 219 342	96,5 %	1,6 %	1,9 %
Centre de santé	336 276	74,4 %	19,2 %	6,4 %
<b>Total</b>	<b>37 745 618</b>	<b>82,5 %</b>	<b>11,5 %</b>	<b>6,00 %</b>

Source : RSI

### 1.2.3 La télétransmission des factures

La télétransmission des factures est largement pratiquée, même si des disparités notables existent entre professions de santé. Les médecins spécialistes sont encore particulièrement peu enclins à télétransmettre.

Tableau 11 : Taux de professionnels de santé télétransmettant, par profession à juin 2017

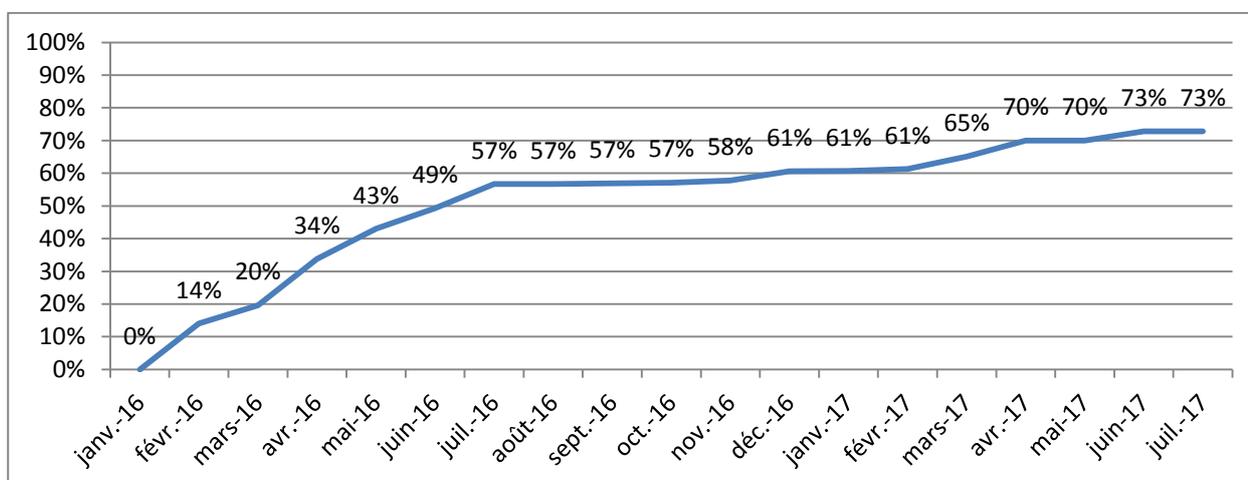
Professions	Taux
Centres de Santé <sup>67</sup>	74 %
Chirurgiens-dentistes	88 %
Infirmiers	90 %
Masseurs-kinésithérapeutes	83 %
Laboratoires	92 %
Médecins généralistes	85 %
Médecins spécialistes	62 %
Pharmaciens	99 %
Toutes les professions	76 %

Source : GIE Sesam Vitale

### 1.2.4 La montée en charge des mises à jour logicielles

Le déploiement des nouvelles solutions logicielles comporte deux étapes : une première étape d'intégration par les éditeurs de logiciel, à l'issue de laquelle le nouveau produit est disponible et potentiellement déployable ; une seconde étape de déploiement par le professionnel de santé, sur son terminal ou sur son poste de travail.

Graphique 7 : Disponibilité de la mise à jour ALD/ maternité dans les solutions logicielles

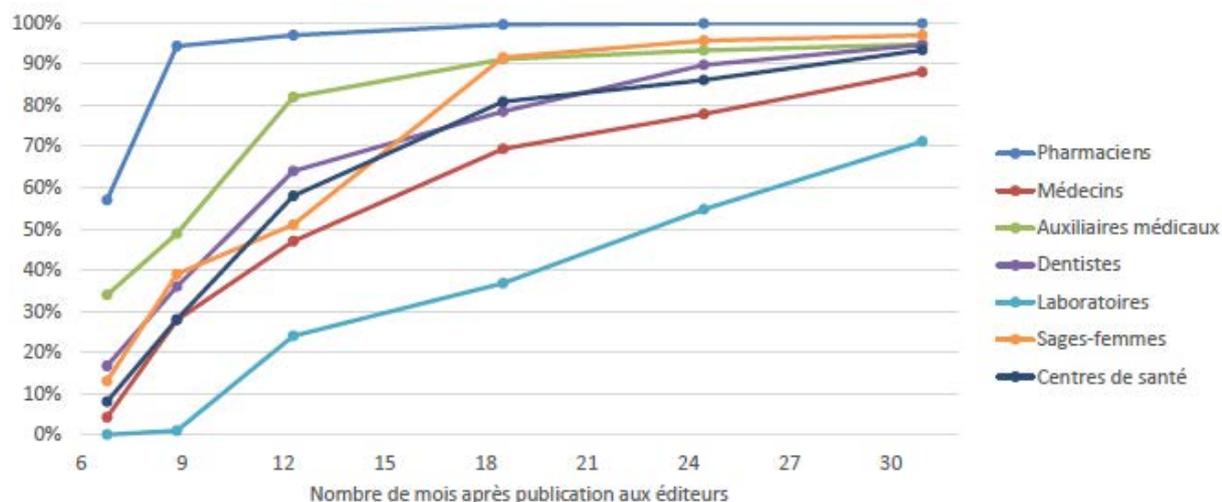


Source : GIE Sesam Vitale

Les délais de déploiement peuvent être conséquents. Il a fallu plus de dix-huit mois pour équiper les deux-tiers du parc des logiciels médicaux de la version TPi ACS. A bientôt deux ans de l'envoi du cahier des charges aux éditeurs, plus de la moitié du parc n'est pas encore à jour de la version ALD Maternité.

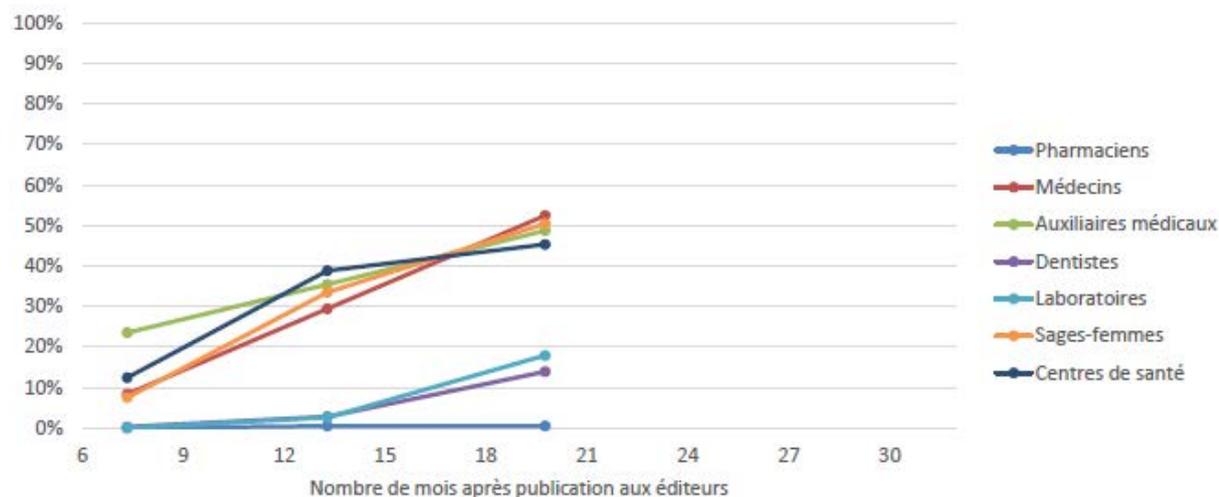
<sup>67</sup> Les statistiques concernant les centres de santé sont à interpréter avec précaution. Selon le GIE SV, le taux est calculé sur la base du fichier de référence des numéros de facturation des centres de santé (ETANAT) fourni par la CNAMTS, qui ne serait pas à jour. Par ailleurs, les centres de santé qui ne télétransmettent pas en SESAM-Vitale sont pour la plupart en télétransmission IRIS B2 (non sécurisée).

Graphique 8 : Délai de mise à jour après publication du cahier des charges SESAM Vitale- Avenant « TPI ACS » (Décembre 2014)



Source : GIE Sesam Vitale

Graphique 9 : Délai de mise à jour après publication du cahier des charges Sesam Vitale- Avenant « ALD Maternité » (Novembre 2015)



Source : GIE Sesam Vitale

## 2 ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

### 2.1 Délais de paiement des factures

#### 2.1.1 Des délais moyens bien inférieurs à sept jours

Les délais de paiement aux professionnels de santé comprennent les délais d'ordonnancement par le payeur et les délais du virement sur le compte du professionnel de santé. Seuls les délais d'ordonnancement ont été étudiés, les délais de virement ayant été considérés comme constants (généralement deux à trois jours).

Tableau 12 : Délais d'ordonnancement des factures en tiers payant en 2017

	CNAMTS	MSA (mai)	RSI (mai)	MGEN (mai)	CNMSS (juillet)
Feuilles de soins électroniques	2,9	1,2	2,0	2,0	1,9
Flux non sécurisés	2,9	2,5	5,1	1,7	1,8
Feuilles de soins papier	10,8	17,4	6,6	8,0	11,6

Source : données des régimes

Les délais par professions de santé sont globalement homogènes sur les feuilles de soins électroniques.

Tableau 13 : Délais d'ordonnancement des feuilles de soins électroniques par professions de santé

Par catégorie de P S	RG Données : décembre 2016				MSA Données : mai 2017				RSI Données : avril 2017				CNMSS Données : mai 2017			
	Délai moyen	Evol p/r nov-2016	9ème décile	Evol p/r nov-2016	Délai moyen	Evol p/r fev	9ème décile	Evol p/r fev	Délai moyen	Evol p/r mars	9ème décile	Evol p/r mars	Délai moyen	Evol p/r avril	9ème décile	Evol p/r avril
Chirurgien dentiste	2,76	9,0%	4	-20%	1,24	-8,1%	2	0%	2,11	9,3%	4	0%	2,08	11,2%	4	0%
Fournisseur	2,70	3,0%	4	-20%	2,62	19,1%	3	0%	2,64	-2,1%	5	0%	1,67	5,0%	4	33%
Infirmier	2,75	-9,2%	4	-20%	1,17	-4,1%	2	0%	2,14	4,0%	4	0%	2,25	10,8%	4	0%
Laboratoire d'analyses	2,80	-13,3%	4	-20%	1,25	-7,4%	2	0%	2,45	4,7%	5	25%	2,16	12,5%	4	0%
Masseur kinésithérapeute	2,99	-10,5%	4	-20%	1,14	-4,2%	1	-50%	2,10	12,3%	4	33%	2,25	9,8%	4	-20%
Médecins	2,87	-10,5%	4	-20%	1,18	-2,5%	2	0%	1,95	8,7%	4	33%	2,26	11,5%	4	0%
Orthophoniste	2,81	-11,4%	4	-20%	1,13	-5,0%	1	-50%	2,42	8,4%	5	25%	2,08	14,3%	4	33%
Orthoptiste	2,81	-11,6%	4	-20%	1,15	-5,7%	2	0%	2,46	7,5%	5	25%	2,32	11,5%	5	25%
Pédicure	2,95	-10,1%	4	-20%	1,29	4,9%	2	0%	2,32	12,5%	4,5	13%	2,32	19,6%	5	0%
Pharmacie	2,87	-12,4%	4	-20%	1,14	-4,2%	1	0%	1,91	6,4%	4	33%	2,33	12,6%	4	0%
Sage femme	2,92	-10,4%	4	-20%	1,14	-3,4%	1	-50%	2,40	6,4%	5	0%	2,42	5,2%	5	0%
Centre de santé	nc		nc		1,16	-7,2%	1	0%	2,28	1,1%	4	0%	1,85	6,3%	4	0%
Tous PS confondus	2,83	-13%	4	-20%	1,18	-4,1%	2	0,0%	2,03	6,8%	4	0%	2,26	12,4%	4	0%

RAPPORT IGAS N°2017-111R

Par catégorie de PS	LMDE Données : Mars 2017		CANSSM Données : janvier 2017		LMG Données : avril 2017		MGEN Données : mai 2017		MFP_94 Données : mars 2017		MGP Données : mai 2017	
	Délai moyen	9ème décile	Délai moyen	9ème décile	Délai moyen	9ème décile	Délai moyen	9ème décile	Délai moyen	9ème décile	Délai moyen	9ème décile
Chirurgien dentiste	2,71	4	2,76	4	2,94	5	2,70	5	2,67	4	3,4	5
Fournisseur	2,82	4	2,73	4	2,87	4	1,76	3	2,80	4	3,6	5
Infirmier	2,68	4	2,90	4	2,91	4	2,62	5	2,76	4	3,4	5
Laboratoire d'analyses médicales	2,7	4	2,95	4	3,01	4	2,62	5	2,75	4	3,4	5
Masseur kinésithérapeute	2,93	4	3,11	4	3,19	5	2,73	5	2,83	4	3,8	5
Médecins	2,79	4	2,95	4	3,03	5	2,68	5	2,82	4	3,6	5
Otthononiste	2,79	4	3,08	4	3,06	4	2,65	5	2,65	4	3,7	5
Othoptiste	2,92	4	2,93	4	3,10	5	2,78	5	2,70	4	3,8	5
Pédicure	2,96	5	3,24	4	3,08	5	2,64	5	2,63	4	3,2	5
Pharmacie	2,72	4	3,05	4	3,03	4	2,57	5	2,80	4	3,5	5
Sage femme	2,88	4	2,98	4	3,13	5	2,78	5	2,93	4	3,4	5
Centre de santé	2,68	4	2,96	4	2,92	5	2,38	5	2,58	4	3,8	5
<b>Tous PS confondus</b>	<b>2,73</b>	<b>4</b>	<b>2,99</b>	<b>4</b>	<b>3,02</b>	<b>5</b>	<b>2,60</b>	<b>5</b>	<b>2,74</b>	<b>4</b>	<b>3,51</b>	<b>5</b>

Par catégorie de PS	Intériale Données : janvier 2017		ENIM Données : février 2017		CAVIMAC Données : mars 2017		MFP_96 Données : mars 2017		CRPCEN Données : avril 2017		MNH Données : mai 2017	
	Délai moyen	9ème décile	Délai moyen	9ème décile	Délai moyen	9ème décile	Délai moyen	9ème décile	Délai moyen	9ème décile	Délai moyen	9ème décile
Chirurgien dentiste	2,90	4	2,73	4	2,79	4	2,72	4	2,24	3	3,27	5
Fournisseur	2,55	4	4,54	14	3,89	7	2,93	4	2,7	4	3,65	5
Infirmier	2,85	4	3,02	4	3,01	4	2,75	4	2,29	3	3,18	5
Laboratoire d'analyses médicales	3,47	4	5,15	13	2,94	4	2,75	4	3,04	5	3,42	5
Masseur kinésithérapeute	3,11	4	3,08	4	3,15	4	2,88	4	2,21	3	3,48	5
Médecins	3,16	4	2,91	4	2,91	4	2,83	4	2,25	3	3,42	5
Otthononiste	3,26	4	2,78	4	2,93	4	2,66	4	2,18	3	3,34	5
Othoptiste	3,07	4	2,86	4	2,88	4	2,81	4	2,2	3	3,29	5
Pédicure	3,08	4	3,29	5	3,33	5	2,78	4	2,5	3	3,37	5
Pharmacie	2,95	4	3,12	4	2,95	4	2,79	4	2,22	3	3,41	5
Sage femme	2,93	4	2,95	4	2,94	4	2,95	4	2,24	3	3,49	5
Centre de santé	3,43	4	3,20	4	2,78	4	2,64	4	2,49	3	3,19	5
<b>Tous PS confondus</b>	<b>3,05</b>	<b>4</b>	<b>3,40</b>	<b>8</b>	<b>2,96</b>	<b>4</b>	<b>2,79</b>	<b>4</b>	<b>2,35</b>	<b>3</b>	<b>3,40</b>	<b>5</b>

Source : DSS

## 2.1.2 Des disparités territoriales au sein des caisses des régimes obligatoires

Les disparités territoriales dans les délais de paiement peuvent être relativement importantes pour les régimes obligatoires, même si les plus mauvaises performances demeurent sous le seuil de garantie pour les feuilles de soins électroniques en tiers payant (cf. tableaux ci-dessous).

Tableau 14 : Délai de paiement moyen des FSE en tiers payant par CPAM du régime général pour les FSE 4ème trimestre 2016- toutes professions confondues

	Délai moyen	9ème décile
Guyane	2,45	4
Martinique	2,49	4
Savoie	2,89	4
...	...	...
Loire-Atlantique	3,17	4
Côte d'Opale	3,21	5
Oise	3,21	5

Source : *ameli.fr*

Tableau 15 : Délai moyen par caisse du MSA pour les FSE en tiers payant (moyenne 5 mois 2017)- toutes professions confondues

	Délai moyen	9ème décile
MSA Midi Pyrénées Sud	1,07	1
MSA Ain Rhône	1,08	1
MSA Alpes Vaucluse	1,10	1
...	...	...
MSA de la Corse	1,80	4
MSA Provence Azur	2,31	4
MSA des Alpes du Nord	2,36	4

Source : *MSA*

Tableau 16 : Délai moyen de paiement au RSI des FSE en tiers payant, mai 2017- toutes professions confondues

	Délai moyen	9ème décile
Ile de France Est	1,65	3
Ile de France centre	1,72	4
Ile de France Ouest	1,78	4
.....	....	...
Picardie	2,35	5
Réunion	2,44	5
Franche-Comté	2,54	5

Source : *RSI*

## 2.2 Taux de rejet des factures

### 2.2.1 Des rejets différenciés selon les professions et selon le type de flux

Sur les flux sécurisés en tiers-payant, les taux de rejet sont réduits, même s'ils varient selon les professions. Au sein d'une même profession, les taux de rejet sont relativement homogènes : à l'exception des centres de santé (9ème décile à 6 %) et, dans une moindre mesure, les chirurgiens-dentistes (9ème décile à 3,6 %) et les infirmiers (9ème décile à 3,1 %).

Tableau 17 : Distribution des rejets par professions de santé, flux en tiers-payant du régime général au 1<sup>er</sup> semestre 2016

Spécialité	Taux de rejet Global de la catégorie	Taux moyen de rejet par PS de la catégorie	9 <sup>e</sup> décile (90 %)	95 %
Centre de sante	2,01 %	2,84 %	6,23 %	8,55 %
Dentistes	1,75 %	2,11 %	3,67 %	5,13 %
Généralistes	1,04 %	1,10 %	2,03 %	2,87 %
Infirmières	1,15 %	1,43 %	3,10 %	5,00 %
Laboratoires	2,01 %	2,19 %	3,50 %	4,46 %
Masseurs-kinés	0,98 %	1,26 %	2,88 %	4,26 %
Pharmacies	0,90 %	0,97 %	1,72 %	2,34 %
Spécialistes	0,93 %	1,20 %	2,10 %	3,46 %

Source : CNAMTS

Les taux de rejet sont sensiblement plus élevés sur les flux non sécurisés, et les disparités entre professions de santé sont aussi plus marquées (taux de rejet compris entre 2,6 % pour les infirmiers à 13 % pour les centres de santé, pour les flux non sécurisés).

Tableau 18 : Taux de rejet des factures électroniques sécurisées et non sécurisées, régime général, 1<sup>er</sup> semestre 2017

Catégorie de PS	Flux sécurisés (FSE)	Flux dégradés
Centre de sante	3,84 %	13,16 %
Dentistes	1,53 %	11,97 %
Généralistes	1,12 %	8,28 %
Infirmières	0,90 %	2,58 %
Pharmacies	0,67 %	4,05 %
Spécialistes	0,76 %	7,31 %

Source : CNAMTS

Sur les flux hors-tiers payant (qui concernent donc les assurés, et non les professionnels de santé), les taux de rejet sont plus importants, tant en moyenne que sur le dernier décile de la distribution.

Tableau 19 : Distribution des rejets par professions de santé, flux hors tiers-payant du régime général au 1<sup>er</sup> semestre 2016

	Taux de rejet Global de la catégorie	Taux moyen de rejet par PS de la catégorie	9 <sup>e</sup> décile (90 %)	95 % <sup>68</sup>
Centre de sante	8,40 %	12,47 %	25,01 %	35,57 %
Dentistes	8,88 %	10,64 %	21,59 %	31,89 %
Généralistes	3,83 %	5,93 %	9,49 %	16,47 %
Infirmières	3,48 %	4,50 %	10,53 %	15,93 %
Laboratoires	5,00 %	12,55 %	25,00 %	100,00 %
Masseurs-kinés	3,33 %	4,83 %	12,50 %	19,49 %
Pharmacies	4,86 %	6,88 %	9,52 %	14,32 %
Spécialistes	4,71 %	8,51 %	16,67 %	27,78 %

Source : CNAMTS

## 2.2.2 Des données globalement homogènes entre régimes obligatoires

Pour les autres régimes, seules les données moyennes ont été communiquées. On constate que les taux moyens sont globalement homogènes en interrégime concernant les flux sécurisés. En revanche, les variations sont fortes sur les flux non sécurisés.

Tableau 20 : Taux de rejet MSA au 1<sup>er</sup> semestre 2017

	FSE séc	FSE non séc
Dentiste	1,19 %	17,12 %
Infirmier	0,42 %	1,18 %
Laboratoire	1,59 %	4,90 %
Masseur		
Kinésithérapeute	1,11 %	2,79 %
Médecin	1,27 %	9,37 %
Pharmacien	0,32 %	2,56 %

Source : MSA

<sup>68</sup> Les taux pour certains très élevés doivent être relativisés, car ils ne concernent parfois qu'un nombre très réduit d'actes.

Tableau 21 : Taux de rejet RSI en mai 2017

	FSE séc	FSE non séc
Moyenne	1,04 %	6,32 %
Médecin	0,92 %	5,35 %
Pharmacien	0,34 %	4,56 %
Infirmier	4,58 %	7,64 %
Kinésithérapeute	1,35 %	3,51 %

Source : RSI

### 2.2.3 Une hétérogénéité géographique particulièrement marquée pour les flux non sécurisés et les flux papier

Les taux de rejets ont été discriminés sur une base géographique pour le RG et la MSA (sont présentées les trois données aux extrêmes de la distribution, dans les tableaux 22 et 23). On constate que les écarts géographiques sont relativement importants concernant les FSE au régime général (passage du simple au double), même si les plus mauvaises performances restent en moyenne sous les 2 %. Les écarts sont beaucoup plus significatifs pour les flux non sécurisés (4 points d'écart à la MSA) et les flux papier (12 points d'écart).

Tableau 22 : Taux de rejet sur les FSE en tiers payant par caisse primaire d'assurance maladie, 1<sup>er</sup> semestre 2016

CPAM de traitement	Taux de factures non payées
BOURGES	0,76 %
LAVAL	0,77 %
BLOIS	0,86 %
...	...
MENDE	1,62 %
CERGY PONTOISE	1,67 %
BAYONNE	1,72 %

Source : CNAMTS

Tableau 23 : Taux de rejet en tiers payant par caisse de la MSA, mai 2017 par type de flux

FSE		Feuilles de soins papier		F. électronique non sécurisées	
MSA de Bourgogne	0,9 %	MSA de Franche Comté	5,5 %	MSA du Limousin	1,8 %
MSA de Franche Comté	1,0 %	MSA d'Armorique	6,9 %	MSA des Charentes	1,9 %
MSA Berry Touraine	1,0 %	MSA Haute-Normandie	7,2 %	MSA Mayenne Orne Sarthe	1,9 %
...	...	....	....	....	....
MSA de la Corse	1,7 %	MSA de la Corse	13,3 %	MSA Sèvres - Vienne	3,8 %
MSA Alpes-Vaucluse	1,7 %	MSA Ardèche Drôme Loire	13,6 %	MSA Ain Rhône	3,9 %
MSA de l'île de France	1,7 %	MSA Sud Aquitaine	17,2 %	MSA de l'île de France	5,8 %

Source : MSA

Pour le RSI sont présentées les données par organisme conventionné et non sur une base géographique. Les écarts sont plus importants qu'au régime général et à la MSA, concernant les flux électroniques sécurisés et non sécurisés.

Tableau 24 : Taux de rejet TP par organismes complémentaires du RSI, 1<sup>er</sup> semestre 2017

	FSE sécurisées	FSE Non sécurisées
ROCA	0,83 %	5,50 %
ASM	0,84 %	9,57 %
HARMONIE	1,09 %	6,92 %
LMDS	2,36 %	11,78 %
MSI	0,77 %	4,91 %
MTNS	1,60 %	6,61 %
MUSAN	1,12 %	7,43 %
MUTEST	1,58 %	7,67 %
RPMI	1,36 %	10,01 %
ADREA	1,32 %	7,01 %
AGIR	1,35 %	6,89 %
EOVIMCD	1,57 %	8,60 %
GME	0,59 %	4,41 %
MUTUELLE BLEUE	1,24 %	7,85 %
MUTUELLE FRANCE PLUS	1,30 %	5,36 %
PREVIFRANCE	2,89 %	9,44 %
UMCAPI	1,32 %	6,99 %
UTIM CENTRE	0,70 %	5,33 %
VIASANTE	0,96 %	8,46 %
UTIM LR-MP	0,90 %	5,93 %
<b>RSI</b>	<b>1,07 %</b>	<b>6,57 %</b>

Source : RSI

## 2.3 Les motifs de rejet

En dépit des travaux de coordination entre les régimes d'AMO depuis 2016, les motifs de rejet divergent encore entre régime général et MSA.

Tableau 25 : Cinq principaux motifs de rejets FSE en tiers payant au régime général, mai 2017

	Part des rejets
Non défini	11,5 %
Prescription inconnue dans le répertoire national	8,4 %
Nature de la prestation erronée	7,4 %
Exonération divergente entre la FSE et l'assurance maladie	6,8 %
Facturation déjà en cours de traitement IRIS	4,9 %

Source : CNAMTS

Tableau 26 : Cinq principaux motifs de rejet à la MSA, mai 2017 (flux sécurisés en tiers payant)

	Part des rejets
Période ALD inconnue en base	12,4 %
Accident non connu par le bénéficiaire	7,9 %
Dossier ATMP inconnu à la date des soins	6,2 %
Facture en double	6,2 %
Individu plus pris en charge par le Régime	6,1 %

Source : MSA

### 3 DONNEES AMC

#### Préambule méthodologique

La mission a relevé l'absence d'un dispositif de suivi, de remontée et de consolidation des taux de rejets et des délais de paiement moyens dans le cadre de l'inter-AMC. Dans ce contexte, la mission s'est appuyée sur le croisement de plusieurs sources de données :

- l'enquête réalisée à l'échelle d'un panel d'opérateurs de tiers payant représentant environ 40 % du marché, conduite sur deux populations-cibles (médecins et auxiliaires médicaux) représentant un total de près de 7 Millions de demandes de remboursement électronique (DRE) reçues et traitées ;
- des données issues d'opérateurs ou d'organismes complémentaires ;

Le caractère partiel et possiblement non représentatif de ces données plaide pour la mise en place d'un dispositif de suivi organisé, à l'image du suivi réalisé par le comité de pilotage tiers payant AMO.

#### 3.1 La pratique du TP complémentaire

##### 3.1.1 Des disparités dans les pratiques de contractualisation avec l'Inter-AMC

Environ 15 % des professionnels de santé, soit près de 45 000 professionnels, sont aujourd'hui signataires d'un contrat avec l'association Inter-AMC. Seuls 2 % des médecins sont signataires, soit 1 420 généralistes et 266 spécialistes (hors radiologues), contre un quart des auxiliaires médicaux, qui représentent 90 % des signataires.

Tableau 27 : Professionnels de santé signataires d'un contrat inter-AMC, par spécialité, T2 2017

Domaine	Spécialité	Nb contrats signés par spécialité	Répartition par catégorie de PS	Proportion des signataires / Total des PS
<b>Auxiliaires médicaux</b>	Infirmiers	23 441	51,6%	28,6%
	Kinésithérapeutes	12 485	27,5%	20,9%
	Orthophonistes	4398	9,7%	31,9%
	Orthoptistes	287	0,6%	13,4%
	Pédicures podologues	28	0,1%	1,0%
<b>Sous-total Auxiliaires médicaux</b>		<b>40 639</b>	<b>89,5%</b>	<b>25,4%</b>
<b>Médecins</b>	Généralistes	1420	3,1%	2,6%
	Radiologues	1191	2,6%	10,4%
	Spécialistes	266	0,6%	0,7%
	Centres médicaux	229	0,5%	14,4%
<b>Sous-total Médecins</b>		<b>3 106</b>	<b>6,8%</b>	<b>2,9%</b>
<b>Sage Femme</b>	<b>Sous-total</b>	<b>181</b>	<b>0,4%</b>	<b>3,4%</b>
<b>Contrats inter-AMC (sur la base du TM, pour les AMC qui le demandent :</b>				
<b>Audioprothésistes et Opticiens(*)</b>	Opticiens	429	0,9%	13,4%
	Audioprothésistes	208	0,5%	Non calculable
<b>Sous-total Audioprothésistes et Opticiens</b>		<b>637</b>	<b>1,4%</b>	<b>13,4%</b>
<b>Dentaire(*)</b>	Chirurgiens dentistes	647	1,4%	2,0%
	Centres dentaires	216	0,5%	Non calculable
<b>Sous-total Dentaire</b>		<b>863</b>	<b>1,9%</b>	<b>2,0%</b>
<b>Total</b>		<b>45 426</b>	<b>100,0%</b>	<b>14,9%</b>

Source : Rapport AMO/AMC

### 3.1.2 Une forte hétérogénéité dans la pratique effective du tiers payant complémentaire

L'analyse du nombre de professionnels ayant émis au moins une DRE dans l'année, rapportée au nombre de professionnels ayant émis au moins une FSE, fait apparaître les résultats suivants :

Tableau 28 : Proportion de professionnels de santé ayant une pratique de la DRE, T2 2017

Domaine	Spécialité	Nb de PS facturants en DRE par spécialité	Répartition Nb PS	Nb total PS équipés SV	Ratio de facturant en DRE/Nb de PS émettant des FSE v1.40
Auxiliaires médicaux	Infirmiers	71 393	51,4%	81 878	87,2%
	Kinésithérapeutes	36 544	26,3%	59 618	61,3%
	Orthophonistes	13 567	9,8%	13 799	98,3%
	Orthoptistes	655	0,5%	2 139	30,6%
	Pédicures podologues	23	0,0%	2 830	0,8%
<b>Sous-total Auxiliaires médicaux</b>		<b>122 182</b>	<b>87,9%</b>	<b>160 264</b>	<b>76,2%</b>
Médecins	Généralistes	3 561	2,6%	53 992	6,6%
	Radiologues	6 762	4,9%	11 496	58,8%
	Spécialistes	764	0,5%	38 564	2,0%
	Centres médicaux	1 085	0,8%	1 586	68,4%
<b>Sous-total Médecins</b>		<b>12 172</b>	<b>8,8%</b>	<b>105 638</b>	<b>11,5%</b>
Dentaire	Chirurgiens dentistes	2 763	2,0%	33 010	8,4%
	Centres dentaires	Non calculable			
<b>Sous-total Dentaire</b>		<b>2 763</b>	<b>2,0%</b>	<b>33 010</b>	<b>8,4%</b>
Sages Femmes	<b>Sous-total</b>	<b>291</b>	<b>0,2%</b>	<b>5 303</b>	<b>5,5%</b>
<b>Total</b>		<b>137 408</b>	<b>100,0%</b>	<b>304 215</b>	<b>45,2%</b>

Sources : GIE SESAM-Vitale – Données sur un an (depuis le 01/09/2016)

Parmi les médecins généralistes qui émettent des FSE vers les régimes obligatoires, seuls 6,6 % envoient également une DRE à une complémentaire ; cette pratique est plus élevée dans les centres de santé (68.4 %), et quasi-générale chez les infirmiers (87,2 %).

Il s'agit du seul mode de comptabilisation mis en place par l'association Inter-AMC s'agissant du tiers payant complémentaire.

Ce mode de comptabilisation diffère de celui utilisé par le GIE Sesam Vitale et par l'AMO :

- il repose sur une comptabilisation des professionnels qui facturent en DRE, quand les chiffres transmis par la CNAMTS reposent sur les volumes de facturation ; ceci rend hasardeux tout recoupement des données collectées de part et d'autre ;
- il ne porte que sur les DRE à l'exclusion des autres canaux de diffusion (FSE enrichies, flux Noémie), ce qui limite là aussi la comparabilité avec les chiffres qui suivent.

Tableau 29 : Pratique du TP intégral non obligatoire au régime général par profession, T2 2017

	TP intégral (AMO+AMC)	TP portant au moins sur la part AMO	Hors tiers payant
Chirurgiens- dentistes	3,9 %	10,5 %	89,5 %
Généralistes	6,5 %	20,3 %	79,7 %
Spécialistes hors radiologues	17,4 %	23,9 %	76,1 %
Radiologues	40,1 %	65,2 %	34,8 %
Kinés	47,4 %	65,5 %	34,5 %
Infirmiers	75,5 %	92,4 %	7,6 %
Centres de santé	45,1 %	98,4 %	1,6 %
Laboratoires	91,2 %	98,5 %	1,5 %
Pharmacies	93,2 %	99,3 %	0,7 %
<b>Total PS</b>	<b>78,4 %</b>	<b>87,3 %</b>	<b>12,7 %</b>

Source : CNAMTS

Tableau 30 : Evolution du TP intégral non obligatoire depuis 2015, par profession de santé, régime général

	2015 (année)	2016 (année)	T1 2017	T2 2017
Généralistes	4,80 %	5,70 %	5,90 %	6,50 %
Spécialistes	15,60 %	16,30 %	15 %	17,40 %
Infirmiers	63,40 %	71,20 %	73,70 %	75,50 %
Chirurgiens- dentistes	3,10 %	3,70 %	3,90 %	3,90 %
Centres de santé	34,20 %	40,90 %	42,10 %	45,10 %
Radiologues	34,40 %	38,60 %	39 %	40,10 %
Pharmaciens	84,40 %	92 %	92,10 %	93,20 %
<b>Total PS</b>	<b>71,40 %</b>	<b>77,70 %</b>	<b>77,70 %</b>	<b>78 %</b>

Source : CNAMTS

Tableau 31 : Pratique du TP intégral (obligatoire et non obligatoire) au régime général, par profession

	TP intégral (AMO+AMC)
Généralistes	38 %
Spécialistes	36 %
Infirmiers	96 %
Chirurgiens- dentistes	17 %
Centres de santé	73 %
Radiologues	53 %
Pharmaciens	96 %
<b>Total PS</b>	<b>87 %</b>

Source : CNAMTS

## 3.2 Les délais de paiement des factures

### 3.2.1 Des délais globalement maîtrisés mais possiblement très hétérogènes

Les données issues des différentes sources utilisées par la mission font état de délais proches de ceux des principaux régimes d'AMO, s'agissant des flux sécurisés et non sécurisés, voire inférieurs s'agissant des feuilles de soins papier :

Tableau 32 : Délais d'ordonnancement des DRE en tiers payant, premier semestre 2017

	Panel d'opérateurs de tiers payant (médecins et auxiliaires médicaux)	Un opérateur de tiers payant (toutes professions)
Flux électroniques	2,0	Délai moyen < 1 jour dans plus de 99 % des cas pour les flux télétransmis (93 % des flux)
Flux non sécurisés	n.c.	
Feuilles de soins papier	n.c.	Délai moyen < 5 jours dans 97 à 98 % des cas

Source : Retraitement mission

Le caractère partiel et peu comparable de ces échantillons de données invitent à mettre en place un indicateur harmonisé de suivi des délais et un dispositif organisé de pointage des écarts à la cible.

### 3.3 Les taux de rejet des factures

#### 3.3.1 Un niveau élevé de rejets, tous modes de transmission confondus

Tableau 33 : Taux de rejet des factures électroniques sécurisées et non sécurisées

	Panel d'opérateurs de tiers payant 1S 2017	Opérateur de tiers payant (année 2016)	Organisme complémentaire 2T 2017
Flux sécurisés	Fourchette comprise entre 3,6 % et 5,2 % (DRE)	5,6 % (DRE)	0,53 % (FSE AMO+AMC) 5,24 % (FSE AMC) 6,67 % (DRE)
Flux non sécurisés	n.c.	3,4 % (DRE)	2,68 % (FSE AMO+AMC) 2,67 % (FSE AMC) 6,18 % (DRE)

Source : *Retraitement mission*

L'analyse des données issues des différentes sources fait apparaître une fourchette de taux de rejets trois à six fois supérieurs à ceux observés du côté de l'AMO (pour les flux sécurisés).

Les données par professions transmises par deux organismes complémentaires font apparaître une possible dispersion selon la profession considérée. Si ces données n'ont aucunement vocation à être représentatives d'une situation générale, elles témoignent *a minima* de la nécessité d'assurer un suivi systématique et consolidé des taux de rejet.