

Rapport conjoint de l'assurance maladie obligatoire
et des complémentaires santé sur les solutions
techniques permettant la mise en place du tiers
payant généralisé

prévu par l'art. 83 de la loi de modernisation de notre
système de santé

17 février 2016

Sommaire

Préambule.....	3
1 Les principes d'organisation du tiers payant généralisé	6
1.1 Répondre aux attentes des professionnels de santé	6
1.1.1 Le tiers payant doit préserver le temps médical.	6
1.1.2 Le professionnel de santé ne doit pas supporter le risque financier lié au tiers payant.	6
1.1.3 Le paiement du professionnel de santé doit être rapide.....	6
1.1.4 Le suivi des paiements du professionnel de santé doit être simple.....	7
1.1.5 Le professionnel de santé doit bénéficier d'une assistance facilement accessible et d'un accompagnement individualisé	7
1.2 Prendre appui sur l'informatisation accrue des professionnels de santé et la dématérialisation des flux.....	7
1.3 Déployer des solutions adaptées aux pratiques des professionnels de santé.....	8
1.4 Respecter les contraintes et les modalités de gestion des complémentaires santé	9
2 La garantie de paiement : enjeu clé de la facturation en tiers payant des actes et consultations par le professionnel de santé.....	11
2.1 Une garantie de paiement fondée sur l'identification des assurés et de leurs droits.....	11
2.2 La fiabilisation de la facturation s'appuiera sur les systèmes de droits en ligne AMO/AMC.....	12
2.3 De nouvelles règles en matière de rejets de factures afin d'en réduire drastiquement le nombre.	14
3 Le paiement du professionnel de santé : rapidité et simplicité	17
3.1 Rapidité : respecter les délais de paiement.....	17
3.2 Simplicité : plusieurs possibilités pour la mise en place d'un flux unique de paiement.....	17
3.2.1 Répondre à la demande des professionnels de santé par une solution de réconciliation simple et automatique entre les actes réalisés et les paiements reçus	18
3.2.2 Permettre aux professionnels de santé qui le souhaitent de s'appuyer sur des structures intermédiaires capables d'assurer, pour leur compte, une partie des tâches de gestion et de suivi.....	20
3.2.3 Réaliser un virement bancaire unique par l'intervention d'une structure financière entre les organismes payeurs et les professionnels de santé	21
4 Mettre en place un dispositif d'assistance aux professionnels de santé	23
5 Conclusion	24

Préambule

Méthodologie

L'article 83 de la loi de modernisation de notre système de santé, promulguée le 27 janvier 2016, prévoit que « les caisses nationales d'assurance maladie, les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance transmettent conjointement au ministre chargé de la sécurité sociale un rapport présentant les solutions techniques permettant la mise en place au profit de l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie du mécanisme du tiers payant simultanément sur les parts couvertes par les régimes obligatoires d'assurance maladie et sur celles couvertes par les organismes d'assurance maladie complémentaire ».

Les travaux de réalisation de ce rapport conjoint de l'Assurance maladie obligatoire et des complémentaires santé¹ se sont déroulés sous la forme d'ateliers réunissant les régimes obligatoires d'assurance maladie (CNAMTS, MSA, RSI) et les représentants des organismes complémentaires (CTIP, FFSA, FNMF).

Un comité de concertation AMO/AMC a été mis en place pour piloter l'avancement des travaux. Des points de coordination avec la Direction de la Sécurité Sociale ont également jalonné l'étude, permettant de faire état de l'avancement des travaux.

Les ateliers ont été organisés et animés par le SGMAP². Ils ont permis d'identifier, de définir et d'évaluer progressivement différentes solutions organisationnelles et techniques afin de répondre aux attentes exprimées par les professionnels de santé.

État des lieux

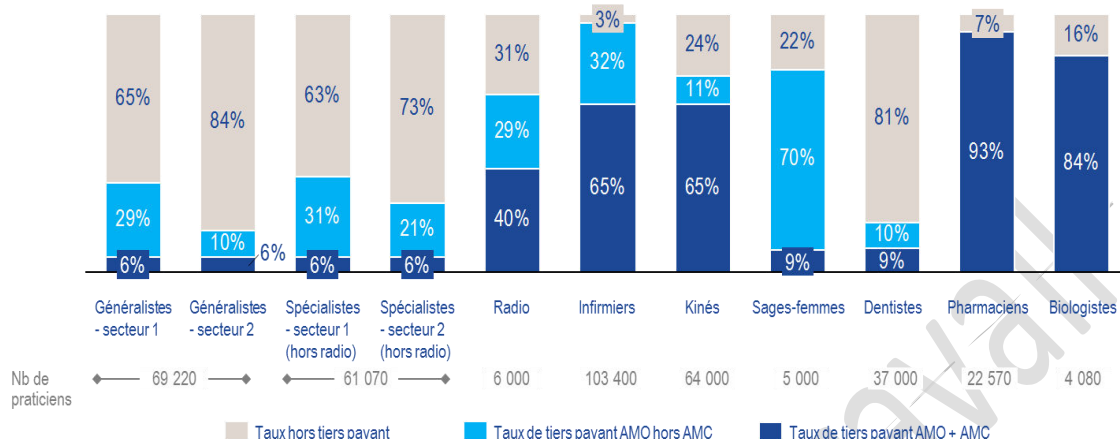
Le tiers payant est déjà largement pratiqué mais son utilisation varie fortement selon les professionnels de santé. Les AMO et les AMC pratiquent le tiers payant depuis de nombreuses années avec plus de 130 000 professionnels de santé, majoritairement les pharmacies, les auxiliaires médicaux, les radiologues et les laboratoires de biologie médicale.

Le taux de prise en charge en tiers-payant est à l'heure actuelle très hétérogène d'une catégorie de professionnels de santé à l'autre : par exemple, les pharmaciens et les biologistes ont des taux de prise en charge en tiers-payant qui avoisinent les 100%, alors que les médecins généralistes et spécialistes ont un taux d'actes réalisés en tiers payant plus limité (35% pour les généralistes en secteur 1, 16% pour les généralistes en secteur 2, 37% pour les spécialistes en secteurs 1 et 27% pour les spécialistes secteur 2). Lorsqu'il est pratiqué par les médecins, le tiers payant concerne majoritairement la part AMO, les taux de tiers payant intégral (AMO + AMC) étant plus faibles (cf. schéma ci-dessous).

¹ On utilisera les acronymes AMO pour désigner l'assurance maladie obligatoire (tous régimes confondus), et AMC pour désigner toutes les complémentaires Santé (assureurs, institutions de prévoyance et mutuelles).

² Secrétariat Général pour la Modernisation de l'Action Publique.

Taux d'actes réalisés en tiers-payant par catégorie de PS



Le fonctionnement du tiers-payant doit et peut être amélioré

Bien que le tiers payant existe déjà pour une partie des actes et des prestations, sa généralisation crée une situation nouvelle, qui permettra à tous les assurés, pour chaque prestation de santé, et chez tous les professionnels de santé de ville, de bénéficier du tiers payant. Compte tenu de la décision du Conseil Constitutionnel du 21 janvier 2016³, l'application du tiers payant sera progressivement généralisée sur la part obligatoire, et sera laissée à l'appréciation des professionnels de santé de ville pour la part complémentaire.

Une étude réalisée dans le cadre des travaux met en évidence un taux actuel de rejet de la part AMO de moins de 2% des factures en tiers-payant (1% sur les factures électroniques FSE). La principale cause de rejet de la part AMO est liée au non-respect du parcours de soins (33%). Pour les AMC, la quasi-totalité des factures en tiers payant est dématérialisée, avec des taux de rejet variables selon les professions concernées (entre 2% à 4% des factures en tiers-payant en moyenne), les trois-quarts des rejets étant liés à des difficultés d'identification des droits (connaissance de la complémentaire santé ou ouverture des droits). La généralisation du tiers-payant rend indispensable la mise en œuvre de mesures qui réduisent très fortement ces rejets, en se fixant pour objectif de tendre vers leur suppression s'agissant des causes de rejets liés aux droits.

La généralisation du tiers payant n'est pas envisageable par une simple extension des dispositifs existants.

³ Décision n° 2015-727 DC.

L'expérience d'aujourd'hui peut nous y aider, mais elle ne peut pas être simplement « transposée » à grande échelle, d'abord parce que certaines professions de santé n'ont jamais pratiqué le tiers payant de façon large, ensuite parce qu'il existe aujourd'hui une réelle diversité d'organisations et de systèmes de gestion de tiers payant là où il est massivement utilisé, enfin parce que les technologies actuelles offrent l'opportunité d'améliorer les pratiques existantes.

Il nous faut donc développer des solutions nouvelles, compatibles avec les solutions existantes, capables de répondre de manière différenciée et adaptée aux besoins de chaque profession de santé ou de chaque mode d'exercice.

1 Les principes d'organisation du tiers payant généralisé

1.1 Répondre aux attentes des professionnels de santé

Le dispositif doit répondre aux attentes des professionnels de santé, exprimées notamment lors de la concertation organisée au début de l'année 2015.

Les principales attentes exprimées par les professionnels de santé peuvent être résumées de la manière suivante :

1.1.1 *Le tiers payant doit préserver le temps médical.*

La généralisation du tiers payant ne doit pas s'accompagner d'un alourdissement des tâches administratives. Cette demande est valable pour tous les professionnels de santé.

Elle porte sur le temps de la consultation mais également sur celui consacré au suivi des paiements (gestion de rejets ou d'impayés, pointage). Elle implique que les procédures d'identification de l'assuré, de prise en compte de ses droits et de transmission de la facturation (au régime obligatoire et à la complémentaire santé dont il relève), ne génèrent pas de formalités ou de temps supplémentaire par rapport à la pratique actuelle. La généralisation du tiers payant devra donc s'appuyer sur les dispositifs actuels (carte Vitale et facturation SESAM-Vitale), mais aussi s'accompagner de solutions logicielles d'automatisation des processus actuels de facturation et de suivi des paiements.

1.1.2 *Le professionnel de santé ne doit pas supporter le risque financier lié au tiers payant.*

La condition sine qua non posée par les professionnels de santé est d'obtenir la garantie qu'ils seront payés pour les actes qu'ils ont effectués. Les AMO et les AMC doivent ainsi être en mesure de fournir une garantie de paiement fondée sur des règles claires et simples.

Faute de garantie de paiement claire, le professionnel de santé ne peut être contraint à pratiquer le tiers payant, et ne peut être tenu pour responsable de cette situation. Cela nécessitera d'être expliqué à tous, et en premier lieu aux patients qui devront ainsi, pour bénéficier du tiers payant AMO, présenter leur carte Vitale et, pour bénéficier du tiers payant AMC lorsque le professionnel de santé le pratique présenter une attestation de leur complémentaire et être à jour de leurs droits AMC.

1.1.3 *Le paiement du professionnel de santé doit être rapide*

Les financeurs doivent s'engager sur des délais de paiement.

Pour l'AMO, les délais actuels de paiement des **feuilles de soins électroniques** (FSE), qui représentent 93% des feuilles de soins reçues, sont stables et maîtrisés, en deçà de cinq jours ouvrés. Le délai moyen en tiers payant est de 3,2 jours et de 3 jours hors tiers payant. Le délai du 9^{ème} décile des FSE s'élève à 4 jours aussi bien en tiers payant qu'en hors tiers payant.

Pour les feuilles de soins papiers, qui représentent 7% des feuilles de soins, le plan d'action pour la maîtrise des délais a produit des résultats significatifs avec une baisse continue des délais tout au long de l'année 2015. Le délai moyen sur l'année 2015 est de 15,9 jours, mais il a été réduit progressivement pour atteindre une durée de 9,92 jours en octobre. Le délai

du 9^{ème} décile des CPAM qui accusent les délais de paiement les plus longs a été réduit de 37 jours sur le premier semestre 2015 à 16 jours en octobre dernier.

Pour les AMC, les engagements sur les délais de paiement sont portés par des contrats techniques de tiers payant qui varient d'une complémentaire santé ou d'un opérateur à l'autre⁴. Les délais de paiements constatés pour le tiers payant AMC sont de 5 jours ouvrés en moyenne sur les flux dématérialisés, et d'environ 2 semaines pour un tiers payant « papier » - il faut noter toutefois que le tiers payant « papier » est très peu pratiqué par les professionnels de santé, puisqu'il représente, selon les opérateurs entre 1% et 3%⁵ des factures reçues en médecine de ville.

1.1.4 Le suivi des paiements du professionnel de santé doit être simple

Pour le professionnel de santé, le rapprochement entre une facture et son règlement doit être automatisé, c'est-à-dire lui permettre de connaître très exactement, feuille de soins par feuille de soins, ce qu'il a facturé, ce qui est payé et ce qu'il a effectivement encaissé.

L'existence de deux financeurs et donc de deux sources potentielles de paiement (AMO/AMC) ne doit pas générer de perte de temps ou de difficulté technique liée à la vérification que chacune des deux parts a bien été réglée par chacun des financeurs. Cela vaut aussi bien pour ce qui concerne le retour d'information vers le professionnel de santé lié à la mise en paiement de la facture émise que la réception des virements sur son compte bancaire.

1.1.5 Le professionnel de santé doit bénéficier d'une assistance facilement accessible et d'un accompagnement individualisé

Le professionnel de santé souhaite bénéficier d'une assistance lorsqu'il rencontre une difficulté pour pratiquer le tiers-payant. Il convient donc aux régimes obligatoires et aux organismes complémentaires de mettre en place un point de contact unique, sous la forme d'un support multicanal (téléphone, mail), qui ne doit pas pour autant être un point de passage obligé : si le professionnel sait quelle est l'origine du problème, il doit continuer de pouvoir accéder directement au service support de l'organisme d'assurance maladie obligatoire ou complémentaire.

Cet accompagnement doit être opérationnel dès le moment de la montée en charge du tiers-payant pour faciliter l'appropriation des dispositifs et aider à la résolution des difficultés en fonctionnement « courant » (diagnostic, solution des problèmes de premier niveau et bonne orientation sinon des demandes).

1.2 Prendre appui sur l'informatisation accrue des professionnels de santé et la dématérialisation des flux

Actuellement, 75% des professionnels de santé utilisent la télétransmission pour leur activité courante et, parmi eux, la quasi-totalité effectue ces télétransmissions à l'aide du

⁴ Certains parlent de « conventions » de tiers payant, il s'agit néanmoins de textes définissant les modalités techniques du tiers payant et les obligations réciproques des parties, et non d'accords conventionnels au sens des négociations avec l'AMO.

⁵ Enquête réalisée auprès des principaux opérateurs de tiers payant.

logiciel SESAM-Vitale (version 1.40 essentiellement), qu'il s'agisse ou non de facturation en tiers payant. Parmi les professionnels de santé qui télétransmettent, 96,7% utilisent la version 1.40 du logiciel SESAM-Vitale⁶. Les médecins l'utilisent à 99,6%.

Les solutions évoquées dans ce rapport reposent essentiellement sur les logiciels déjà utilisés par les professionnels de santé et sur le recours à des échanges de flux dématérialisés (feuilles de soins électroniques plutôt que papier, demandes de remboursement électronique), complétés par des télé-services entre les professionnels de santé et les assurances maladies obligatoires et complémentaires.

1.3 Déployer des solutions adaptées aux pratiques des professionnels de santé

Un double principe d'organisation a été retenu pour mettre en place le tiers payant prévu par la loi : utiliser les outils déjà existants et respecter la liberté de choix des professionnels de santé.

Pour répondre aux attentes exprimées par les professionnels de santé, les AMO et AMC se sont donc placées dans une logique de « service », en respectant les exigences et en tenant compte des particularités des différents acteurs concernés :

- Des professions de santé qui ont un taux de tiers payant actuellement faible ou limité, et pour lesquelles il est nécessaire de développer des moyens nouveaux permettant de proposer un tiers-payant de qualité à leurs patients ;
- Des professions de santé qui pratiquent déjà largement le tiers-payant (par exemple, les pharmaciens) et auxquelles il sera proposé des améliorations de fonctionnement dans la durée, tout en assurant la continuité de l'existant.

Les solutions travaillées dans le cadre de ce rapport AMO/AMC se doivent donc d'être compatibles avec les systèmes existants. Le principe retenu est que les solutions techniques étudiées ne contraignent pas le professionnel de santé dans ses choix d'organisation, soit qu'il opte pour une gestion autonome, soit qu'il souhaite recourir ou continuer de recourir à un intermédiaire technique et/ou financier.

Les solutions proposées n'entendent donc pas remettre en cause ni les systèmes de gestion mis en œuvre par les catégories de professionnels de santé pratiquant déjà le tiers-payant, ni l'écosystème des acteurs intermédiaires entre les AMO/AMC et les professionnels de santé existants sur le marché du tiers-payant (éditeurs de logiciels, organismes concentrateurs techniques⁷ pour les PS, Opérateurs de tiers payant⁸ pour les AMC). Elles sont par ailleurs compatibles avec les dispositifs SESAM-Vitale, déjà largement déployés sur le terrain.

Les professions de santé qui se sont déjà organisées - comme les pharmaciens et les biologistes - avec les OCT pourront donc conserver ces dispositifs et ceux qui n'y recourent pas aujourd'hui, pourront faire ce choix demain.

⁶ Version qui permet de gérer la facturation des parts AMO et AMC

⁷ OCT – Organisme Concentrateur Tiers (ou Technique)

⁸ OTP – Opérateur de Tiers payant

Les solutions techniques doivent ainsi s'adapter à toutes les modalités d'exercice et répondre aux besoins de chacun. Elles doivent permettre à tous les patients de bénéficier d'un tiers payant généralisé sans difficulté, et sans perte de temps médical.

1.4 Respecter les contraintes et les modalités de gestion des complémentaires santé

Alors que les organismes obligatoires relèvent de règles de droit public, les organismes complémentaires relèvent d'une activité privée, sur laquelle pèsent des obligations réglementaires, quel que soit leur statut⁹. Les AMC agissent comme organismes d'assurance au sens des directives européennes, sur un marché concurrentiel, avec des produits très encadrés, et une autorité de tutelle, l'ACPR¹⁰.

Cette dernière a fortement renforcé ses exigences dans le cadre de la réglementation dite « Solvabilité II ». L'ACPR est particulièrement soucieuse de la capacité d'un AMC à maîtriser son risque assurantiel. « Solvabilité II » fixe notamment des règles strictes en matière d'auditabilité des processus de gestion de bout en bout (y compris ceux relatifs au tiers payant), ainsi que des règles de contrôle, de toute forme de délégation de gestion, qui ne doit ni générer de risque supplémentaire, ni altérer la qualité du système de gouvernance. Ces règles s'appliquent désormais en droit national depuis le 1^{er} janvier 2016.

Autre point structurant pour la pratique du tiers payant : si, du point de vue de l'AMO, les assurés ont des droits dans les conditions prévues par la loi, il n'en est pas de même pour les AMC. Les contrats de couverture santé complémentaire sont choisis par des clients, qui sont soit des particuliers, soit des entreprises pour leurs salariés voire de leur famille (avec désormais l'obligation entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2016, pour toute entreprise, de proposer une complémentaire santé à ses salariés). Ces contrats et les droits qui y sont rattachés sont par nature limités dans le temps, ils portent des niveaux de couverture choisis par les assurés, et peuvent être modifiés à tout moment. Par ailleurs, il faut noter qu'une partie de la population, en particulier les personnes non-salariées, est libre de choisir une complémentaire santé. L'ensemble de la population n'est donc pas obligatoirement couverte par une complémentaire santé.

Enfin, il faut noter que la nouvelle loi de santé impose qu'au 1^{er} janvier 2017, les contrats « responsables » (soit plus de 90% de contrats de complémentaire santé actuels) permettent à tous les assurés de bénéficier du tiers payant, au moins à hauteur du tarif de responsabilité.

La réussite du déploiement du tiers payant suppose de pouvoir apporter des solutions robustes et diversifiées aux différentes étapes clés de son fonctionnement. Trois étapes clés doivent être distinguées dans le processus de gestion du tiers payant, qui sont développées dans la suite du rapport :

- La facturation par le professionnel de santé et la garantie de paiement associée,
- Le paiement par les organismes payeurs,

⁹ Institutions de prévoyance (relevant du code de la sécurité sociale), des mutuelles (relevant du code de la mutualité), des sociétés d'assurances (relevant du code des assurances)

¹⁰ Autorité de Contrôle Prudentiel et de Régulation.

- La gestion des éventuelles difficultés liées à un problème de facturation ou de paiement.

Document de travail

2 La garantie de paiement : enjeu clé de la facturation en tiers payant des actes et consultations par le professionnel de santé

L'un des principes exposés plus haut impose de ne pas faire supporter le risque financier du tiers payant au professionnel de santé. Pour ce faire, les AMO et les AMC¹¹ doivent être en mesure de fournir une garantie de paiement au professionnel de santé, qui nécessite l'identification de l'assuré et la prise en compte de ses droits et garanties en amont de la facturation.

La facturation consiste ensuite à élaborer le document comptable dématérialisé nécessaire au paiement des parts AMO et AMC le cas échéant. Il s'agit d'une étape réalisée par le logiciel du professionnel de santé. Lorsqu'il est agréé SESAM-Vitale 1.40, ce qui est le cas pour la quasi-totalité des professionnels de santé, le logiciel est en mesure de formater, dès l'origine, avec un même numéro de facture, les deux flux de facturation : une feuille de soins électronique (FSE) à destination de l'AMO et une demande de remboursement électronique (DRE) à destination de l'AMC.

Cette étape doit être réalisée en présence du patient et suppose de pouvoir l'identifier de manière fiable par le moyen de sa carte Vitale, indispensable pour « signer » la facture et les flux électroniques correspondants. Il s'agit ainsi de sécuriser les échanges et de lutter contre la fraude tant pour les AMO que pour les AMC.

2.1 Une garantie de paiement fondée sur l'identification des assurés et de leurs droits

Pour l'AMO, la garantie de paiement sera liée à l'identification de l'assuré par le moyen de sa carte Vitale, qui doit être présentée au professionnel de santé pour bénéficier du tiers-payant¹². L'AMO garantira le paiement de la consultation sur la base des droits figurant dans la carte au moment de la consultation, y compris si ces droits ne sont plus à jour. Ce principe qui doit permettre de protéger le professionnel de santé des conséquences liées à la non mise à jour de la carte par l'assuré, se traduira par une refonte des règles de rejet par les régimes obligatoires d'ici au 1^{er} juillet 2016 prochain (Cf. 2.3).

Pour les assurances complémentaires, la garantie de paiement est contractuelle. Elle est liée à l'identification de l'assuré et de sa complémentaire santé ainsi qu'à la vérification de ses droits. L'identification de l'assuré s'appuie également sur la carte Vitale.

Les informations d'identification de la complémentaire santé de l'assuré figurent sur son attestation de tiers payant papier, elles sont normalisées et ne sont saisies qu'à la première

¹¹ Lorsque le professionnel de santé décide de pratiquer le tiers payant sur la part complémentaire. Lorsqu'elle n'est pas rappelée, cette précision est sous-entendue dans la suite du document.

¹² Le décret du 29 juin 2015 sur les modalités de prise en charge du tiers-payant pour les bénéficiaires de la CMUc et de l'ACS (art. D 861-2 du code de la sécurité sociale) a prévu que la garantie soit également accordée en cas d'impossibilité de lecture de la carte ou d'absence de mise à jour de cette dernière, sur la base de la présentation conjointe de la carte Vitale et de l'attestation de droit délivrée par l'assurance maladie.

visite d'un patient (elles sont ensuite mémorisées dans le logiciel du professionnel et réutilisables sans saisie ultérieure). Le cahier des charges commun à toutes les AMC a été publié en 2014, les nouvelles attestations sont en cours de déploiement (une première vague d'attestation a été diffusée en 2015). Elles seront toutes harmonisées en 2017. j

La vérification des droits de l'assuré est réalisée automatiquement à l'aide d'un service en ligne (IDB – Identification des Droits des Bénéficiaires) intégré aux logiciels des professionnels de santé et qui sera généralisé en 2017 (cf. présentation du service IDB en annexe). Pendant la période de montée en charge de ce nouveau service, la vérification des droits est réalisée par le professionnel de santé comme aujourd'hui, à partir des informations figurant sur l'attestation de tiers payant, sans qu'il soit demandé au professionnel de santé de faire une copie de cette attestation. Dans tous les cas, les conditions de la garantie de paiement sont précisées dans les contrats techniques de tiers payant.

Enfin, les AMC ont entrepris d'importants travaux communs pour poursuivre la modernisation de ce dispositif et simplifier la tâche de tous les professionnels de santé :

- Pour faciliter la signature des contrats techniques de tiers payant, les complémentaires proposeront aux médecins en 2017 un contrat technique commun de tiers payant AMC. Ce contrat type ne portera que sur les éléments nécessaires au déploiement du tiers payant, dans le respect des principes et des règles garantissant les conditions d'exercice des médecins libéraux, issus notamment de la loi du 27 janvier 2014. Ce contrat type sera disponible grâce à un portail internet qui leur permettra de s'inscrire et signer le contrat en ligne avec toutes les AMC. Ce portail sera testé par des professionnels de santé en 2016. Ce contrat-type technique de tiers payant AMC prévoira notamment les engagements des AMC sur la garantie de paiement et sur les délais de paiement. Les AMC envisagent un contrat type de tiers payant par famille de professionnels de santé.
- Les AMC ont également pour objectif de supprimer complètement la saisie des informations par le professionnel de santé. Elles construisent une solution sans saisie des données d'identification de l'AMC du patient. Concrètement, un professionnel de santé utilisateur de cette solution n'aura plus besoin de saisir les informations de la complémentaire santé, lors de la première visite ou consultation (comme le font les pharmaciens aujourd'hui).

Ainsi, pour le tiers payant AMC, la garantie de paiement, contractualisée sur la base d'un contrat-type, sera obtenue automatiquement par le professionnel de santé via les téléservices intégrés à son logiciel, l'AMC s'engageant sur les informations fournies au professionnel de santé au moyen des interrogations en ligne.

2.2 La fiabilisation de la facturation s'appuiera sur les systèmes de droits en ligne AMO/ AMC

La généralisation des services en ligne permettra de fiabiliser la facturation, tant pour les AMO que pour les AMC. **Cette automatisation doit permettre de ne pas solliciter le professionnel de santé lors de cette étape** – son logiciel sera en mesure de déclencher seul l'interrogation des organismes financeurs au moment opportun.

Les AMO déploieront, à compter du 1^{er} juillet 2016, le dispositif ADR (Acquisition des DRoits). Il s'agit d'un télé-service inter-régimes obligatoires intégré au logiciel de facturation SESAM-Vitale des professionnels de santé.

Ce service permettra de fiabiliser la facturation dès lors que, faute de mise à jour régulière, les informations contenues dans la carte Vitale peuvent ne pas correspondre à la réalité des droits ouverts (exemple d'une mutation ou d'une exonération du ticket modérateur non prises en compte).

La garantie de paiement continuera de s'appuyer d'abord sur les droits figurant en carte, mais la consultation d'ADR permettra d'en étendre la portée pour des assurés dont la carte ne serait pas à jour, notamment pour ceux qui bénéficieraient depuis peu de droits étendus (ex entrée en ALD).

Les professionnels de santé auront la possibilité de choisir de recourir à ADR de manière automatique pour chacune de leur facturation ou au cas par cas, en cas de doute ponctuel sur l'actualisation des droits figurant dans la carte d'un patient. ADR permettra ainsi d'accéder aux droits de l'assuré tels qu'ils sont actualisés dans les référentiels des régimes d'assurance maladie obligatoire et au NIR de tous les bénéficiaires. Il intégrera automatiquement, sans aucune saisie supplémentaire et dans un délai d'environ une seconde, ces droits actualisés dans la feuille de soins électronique du professionnel de santé.

Pour les AMC, le dispositif normalisé d'interrogation des droits (IDB) sera mis en place, utilisable et fonctionnera quelle que soit la complémentaire santé du patient. Lorsque le professionnel de santé décidera de pratiquer le tiers payant sur la part complémentaire, IDB permettra à son logiciel de contrôler immédiatement l'affiliation du patient à sa complémentaire santé, et fournira la garantie de paiement de la part AMC de la prestation. La garantie de paiement sur la part AMC sera associée à cette vérification via le service IDB. Elle s'appliquera au montant pris en charge en tiers payant par la complémentaire santé du patient, en fonction des garanties prévues par son contrat : à minima à hauteur du ticket modérateur pour les contrats responsables (comme l'impose désormais la loi) et potentiellement au-delà en cas de dépassement d'honoraires, selon les garanties que le patient a souscrites.

À défaut de service IDB, l'attestation de tiers payant « papier » pourra être utilisée pour assurer la garantie de paiement, comme aujourd'hui¹³ (le patient présente une attestation de tiers payant qui couvre la période de soins).

ADR et IDB permettront de gagner du temps en automatisant et en fiabilisant le processus de vérification des droits et, dans le cas de l'AMC, d'obtention de la garantie de paiement. **Le professionnel de santé n'aura rien à faire : son logiciel sera en mesure de lui présenter des informations claires sur l'application du tiers payant pour son patient, et sur l'éventuel reste à charge à recouvrer auprès du patient.**

Le recours à ADR et à IDB par les professionnels de santé s'effectuera sans formalité spécifique de leur part, contrairement à la situation actuelle - lorsque le professionnel doit consulter les droits AMO sur espace pro, en sortant de son logiciel pour interroger le site de

¹³ Ces modalités sont prévues dans les conventions de tiers payant actuelles, elles seront rappelées dans le contrat type de tiers payant commun des AMC.

l'assurance maladie. Aucun équipement supplémentaire de la part des professionnels de santé ne sera nécessaire¹⁴.

Actuellement le télé-service ADR est en phase de pré série (jusqu'à 400 médecins testeurs), un bilan d'étape sera réalisé au 1^{er} trimestre 2016. Parallèlement, un middle-office de droits (MODE) est en cours de mise en place pour garantir des délais de réponse immédiats, même en cas de forte utilisation.

Ce télé-service sera opérationnel le 1^{er} juillet 2016 pour le tiers payant ALD/maternité, **le cahier des charges étant déjà publié.**

Le dispositif IDB des AMC est porté par l'association des complémentaires Santé¹⁵, qui rassemble toutes les complémentaires santé, leurs opérateurs de tiers payant et les éditeurs de logiciels. Une pré-série sera réalisée par l'association avec des médecins et leurs principaux éditeurs de logiciels au cours du 1^{er} semestre 2016. Le cahier des charges définitif d'IDB sera publié au 2^e semestre 2016 et son déploiement sera progressif. L'association des complémentaires Santé se fixe l'objectif d'une mise à disposition, par les AMC, du téléservice IDB pour environ 90 % de leurs assurés dès la fin de l'année 2017.

2.3 De nouvelles règles en matière de rejets de factures afin d'en réduire drastiquement le nombre.

L'AMO poursuit les travaux déjà engagés pour réduire les causes de rejet de factures et améliorer la lisibilité des rejets résiduels. De nouvelles règles, harmonisées entre les différents régimes d'assurance maladie obligatoire, seront mises en place à partir du 1^{er} semestre 2016, soit avant l'étape du 1^{er} juillet prochain sur le tiers-payant ALD/maternité.

Aujourd'hui, les taux de rejet de l'AMO en tiers-payant sont stables autour de 1% pour les feuilles de soins électroniques, le taux s'avérant plus élevé sur les feuilles de soins papier qui représentent un plus faible volume de factures en tiers-payant. L'analyse des 15 premiers motifs de rejet montre que 8 rejets sur 15 sont liés à la méconnaissance du contexte des droits des assurés (exonération de ticket modérateur ne figurant pas dans les bases de l'assurance maladie, assuré non connu...), et que l'autre moitié des motifs de rejet est liée à des erreurs de facturation imputables au professionnel de santé (facture transmise en double, erreur de tarification, prescripteur inconnu...).

Les actions engagées pour analyser et comparer les règles de traitement des factures entre les régimes obligatoires vont permettre d'aboutir à une stratégie commune à tous les régimes obligatoires pour la fin 2015, afin de réduire rapidement et significativement les causes de rejet :

- Le non-respect du parcours de soin par l'assuré ne sera plus un motif de rejet, à l'instar de l'évolution intervenue depuis le 1^{er} juillet 2015 pour les bénéficiaires de l'ACS : si le patient ne respecte pas le parcours de soin (absence de médecin traitant notamment), la majoration du ticket modérateur doit lui être imputée et non pas au professionnel de santé qui doit être payé intégralement du tarif de son acte, quel

¹⁴ Le recours au téléservice se fait via une carte CPS ou CPE, et peut être effectué sans carte Vitale. ADR permet ainsi de connaître les droits des bénéficiaires de l'AME, qui n'ont pas de carte Vitale.

¹⁵ L'association pour l'amélioration des échanges d'information entre les complémentaires et les professionnels et établissements de santé (dite association inter-AMC) a été créée le 1^{er} juin 2015.

que soit le parcours de soin du patient. Il n'y aura donc plus de rejets sur la part AMO liés au non-respect du parcours de soins.

- Les rejets de l'AMO liés à des questions de droits (ouverture et nature des droits, mutations au sein d'un même régime ou entre deux régimes) ont vocation à disparaître par l'introduction d'une garantie de paiement liée à la seule présence de la carte Vitale et aux droits figurant dans celle-ci. Lorsque les droits figurant dans la carte ne seront pas à jour, la garantie de paiement s'appliquera malgré tout, notamment dans les cas de mutations non prises en compte : la continuité sera mise en œuvre pour l'assuré, et le professionnel de santé n'aura aucune démarche à effectuer pour recevoir le paiement. La Cnam ou le régime obligatoire se retournera ensuite vers le régime ou la caisse dont relève dorénavant l'assuré ;
- Pour les questions relatives à l'exonération du ticket modérateur :
 - soit l'exonération figure dans la carte Vitale et la garantie s'appliquera y compris dans l'hypothèse où l'assuré n'en bénéficierait plus et n'aurait pas mis à jour sa carte ;
 - soit l'exonération ne figure pas sur la carte alors que l'assuré en bénéficie depuis peu et le professionnel de santé pourra bénéficier de la garantie de paiement après consultation d'ADR.

Ainsi, les régimes d'assurance maladie ne procéderont à aucun rejet pour des raisons de droits non à jour. Il ne pourra donc y avoir de rejet de l'AMO lié aux droits des assurés que si le professionnel de santé facture sans droits identifiés en carte Vitale ni recours à ADR.

La mise en œuvre de ces nouvelles règles supposera un travail d'adaptation des systèmes d'information des différents régimes obligatoires concernés. Ce chantier d'harmonisation devra être étendu à l'ensemble des régimes d'ici la fin 2016.

Les causes de rejet de l'AMO se limiteront demain aux rejets liés aux seules erreurs de facturation par le professionnel de santé (double de facture, prescripteur inconnu, erreur de cotation...). Concernant ces rejets, des actions seront menées avec les éditeurs de logiciel afin d'identifier les rejets récurrents qui peuvent être liés à des erreurs de paramétrage à régler dans certains logiciels (référentiel de tarifs non à jour dans le logiciel...) et d'améliorer l'information sur le poste du PS en cas de double facturation.

Pour ce qui est des AMC, la situation concernant les rejets est différente : les trois-quarts des rejets sont dus à des erreurs d'identification de la complémentaire Santé du patient¹⁶ ou de ses droits. En assurant l'acquisition automatique de ces informations, l'utilisation du service en ligne IDB présenté plus haut aura donc un impact très important sur la réduction des rejets des complémentaires. Les échanges de droits en ligne aujourd'hui opérationnels dans le domaine de la pharmacie ont permis de constater la disparition des rejets pour ces motifs.

L'association des complémentaires Santé a par ailleurs proposé une harmonisation des règles de gestion des rejets et des libellés retournés au professionnel afin d'en faciliter la compréhension. Ces travaux ont été partagés avec l'AMO au sein du GIE SESAM-Vitale, et seront intégrés au prochain cahier des charges SESAM-Vitale destiné aux éditeurs de logiciels.

¹⁶ Le reste des rejets est lié au non-respect des règles Sesam-Vitale. Source : concertation nationale sur le tiers payant – Mars 2015.

L'obtention d'une garantie de paiement fiable est un prérequis pour tout professionnel de santé qui pratiquera demain le tiers payant de façon généralisée.

Pour la part AMO, les principales difficultés d'aujourd'hui rencontrées sur le tiers payant sont liées à la continuité des droits et au non-respect du parcours de soins. Ces difficultés disparaissent avec la généralisation du tiers payant : l'utilisation de la carte Vitale assurera la garantie de paiement AMO, et le parcours de soins ne sera plus un motif de rejet¹⁷. Ainsi, les régimes obligatoires ne procéderont à aucun rejet pour des raisons de droits non à jour.

Pour la part complémentaire, les professionnels qui choisissent de pratiquer le tiers payant aujourd'hui se heurtent à la nécessité de saisir certaines informations à partir des attestations AMC. La mise en place de solutions automatiques de droits en ligne permettra au logiciel du professionnel de santé de vérifier que le patient est bien couvert par une complémentaire santé, et de lui garantir le paiement de la prestation. Dans la phase de montée en charge de ces outils, la garantie de paiement des AMC continuera à être portée, comme aujourd'hui, par les informations figurant sur l'attestation papier en cours de validité présentée par l'assuré. Les conditions et les engagements relatifs à la garantie de paiement sont précisées dans les contrats techniques de tiers payant. Un contrat-type unique pour tous les AMC sera proposé aux médecins en 2017.

En cas d'erreur de facturation, le travail important des AMO et des AMC pour harmoniser et simplifier les rejets facilitera leur traitement.

Les travaux des AMO et des AMC sur la mise en place des téléservices sont déjà engagés. Ils permettront une couverture de la quasi-totalité des assurés dès la fin 2017.

¹⁷ Quelle que soit la situation du patient au regard du respect du parcours de soins, le médecin percevra de l'AMO l'intégralité de la somme due pour son acte sans déduction de la majoration de ticket modérateur. Celle-ci sera imputée à l'assuré lorsque celui-ci ne respecte pas le parcours de soins.

3 Le paiement du professionnel de santé : rapidité et simplicité

3.1 Rapidité : respecter les délais de paiement

Les assurances maladie obligatoires et complémentaires s'engagent auprès des professionnels de santé à respecter des délais de paiement contraignants.

Lorsque les professionnels de santé transmettent leurs données par un flux électronique, le délai moyen de paiement observé aujourd'hui tant pour les AMO que les AMC se situe entre 3 et 5 jours ouvrés.

Il convient cependant qu'au-delà de ces références moyennes, les professionnels de santé soient assurés de ne pas subir des délais plus tardifs sur une partie de leurs actes.

Dans le cadre de leurs conventions, les AMC s'engagent déjà auprès des professionnels de santé à respecter des délais de paiement rapides (5 jours ouvrés en moyenne pour les flux dématérialisés). Dans la perspective du tiers payant généralisé, les AMC confirment leurs engagements de respecter des délais au moins identiques à ceux imposés à l'AMO.

Le projet de loi de modernisation du système de santé a prévu la fixation d'un délai de paiement par décret pour l'AMO¹⁸, assorti de pénalités en cas de paiement tardif. Pour les AMC, la mise en place d'un dispositif équivalent, qui relève du domaine contractuel, ne pose pas de problème de principe.

3.2 Simplicité : plusieurs possibilités pour la mise en place d'un flux unique de paiement

Les représentants des professionnels de santé ont exprimé le souhait de ne pas avoir à gérer la complexité potentiellement imputable à l'existence de plusieurs organismes payeurs, qu'ils relèvent des régimes obligatoires ou des assureurs complémentaires.

L'une des idées avancées consistait en ce que le régime obligatoire devienne le payeur unique, autrement dit le seul interlocuteur des professionnels de santé : il recevrait leur facturation, assurerait le paiement et se ferait ensuite rembourser du montant avancé pour le compte de l'organisme complémentaire ou se retournerait vers l'assuré pour celui qui n'aurait pas de complémentaire santé.

Cette solution est aujourd'hui possible pour la CMU-C et partiellement pour l'ACS¹⁹, depuis que les niveaux et le contenu des garanties ont été encadrés au terme d'un appel d'offres conduit par le ministère des affaires sociales et de la santé. Elle se heurte cependant à de multiples obstacles juridiques, opérationnels et financiers s'agissant du déploiement d'un tiers payant généralisé.

Confier à l'AMO le rôle de « payeur unique » induirait une dépendance d'un des financeurs (les AMC) à l'égard de l'autre (l'AMO) puisque le principe de payeur unique méconnaîtrait la liberté d'organisation des organismes complémentaires et leurs responsabilités de gestion. Alors qu'elles participent à la prise en charge des actes et des soins réalisés en ville, un tel dispositif isolerait les AMC des professionnels de santé, rendant les AMC totalement

¹⁸ Ce délai pourrait être fixé à 7 jours ouvrés.

¹⁹ Sauf pour l'optique ou l'audioprothèse.

invisibles aux yeux des patients qui ne percevraient plus le rôle de la complémentaire dans le dispositif de santé - les AMC financent 21 milliards d'€ des dépenses de soins de ville, soit près de 25% du total de ces dépenses²⁰. Ce serait une remise en cause complète des dispositifs de tiers payant tels qu'ils existent aujourd'hui avec un très grand nombre de professions de santé. En effet, 93% des pharmaciens pratiquent ainsi le tiers payant en relation à la fois avec les AMO et les AMC, 84% de biologistes 65% d'infirmiers et de masseurs-kinésithérapeutes et 40% des radiologues²¹. Cela aboutirait en outre à redéfinir, de manière fondamentale, le rôle de chacun des financeurs, et impliquerait que l'AMO modifie d'une façon significative son métier et ses outils pour couvrir des opérations aujourd'hui déjà assurées en routine par les dispositifs déjà mis en place par les AMC en lien avec les différentes professions.

En effet, le modèle de payeur unique coordonné par l'AMO exigerait une délégation de tiers payant entre chaque AMO et chaque AMC et une mise à jour en temps réel par des envois de modifications des AMC vers les AMO : inscription, radiation, changement de rattachement, etc.

Si ces mécanismes fonctionnent actuellement, c'est dans un contexte particulier sur les conditions de prise en charge pour la CMU-C et l'ACS, et avec un nombre limité de complémentaires. La généralisation à tous les assurés, avec des modalités contractuelles variables exigerait de franchir une étape technique très substantielle et difficile à mettre en œuvre à la différence des autres solutions présentées dans le rapport.

D'autres solutions ont été examinées afin de répondre à la demande des professionnels de santé de ne pas avoir à gérer la complexité potentiellement induite par l'existence de deux flux de paiement distincts, venant à la fois de l'AMO et de l'AMC. Un socle de services est ainsi proposé, permettant d'aboutir à une solution de simplicité et de fiabilité sans bouleversement systémique du fonctionnement du système d'assurance maladie. Cette solution dite du « flux unique de paiement », mentionnée dans l'art. 83 de la loi de santé, 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.

3.2.1 Répondre à la demande des professionnels de santé par une solution de réconciliation simple et automatique entre les actes réalisés et les paiements reçus

Le suivi et le contrôle des paiements s'avèrent aujourd'hui fastidieux et chronophage pour les professionnels de santé qui le réalisent.

Pour répondre à l'exigence des professionnels de santé en matière de facilité de suivi des paiements, une première solution est de les doter d'un système de suivi automatique des paiements AMO et AMC dans leur logiciel.

²⁰ Source : Drees, comptes de la santé en 2014 (édition 2015).

²¹ Cf. graphique page 5.

Chaque professionnel de santé disposera ainsi d'un moyen simple, intégré dans son logiciel, lui permettant de savoir, pour chaque acte ou consultation réalisé, si sa facturation a bien été émise, reçue, traitée, puis payée, qu'il s'agisse des parts AMO comme AMC (lorsqu'il a décidé d'appliquer le tiers payant sur la part complémentaire).

Ce suivi doit pouvoir être organisé sur le poste du professionnel de santé, sans connexion supplémentaire à un autre système. De cette façon, chaque professionnel est maître de ses informations et des liens qu'il souhaite créer – ou non – avec d'autres outils (outils comptables, prestataire chargé des factures, outil de rapprochement bancaire, outils statistiques, etc...).

Cette vision unifiée et individualisée des factures et des paiements sera possible grâce à deux améliorations indispensables par rapport à la situation actuelle :

- L'utilisation systématique de la même norme par les organismes payeurs AMO et AMC, pour informer les professionnels sur le traitement (et le paiement) de chacune des factures qu'ils ont émises : les normes utilisées aujourd'hui pour les flux en tiers payant adressés à un certain nombre de professions de santé (et notamment les médecins) ne permettent pas toujours d'identifier et suivre le paiement de chaque acte réalisée ; les AMO et AMC généraliseront à tous les professionnels de santé la norme Noémie 580, déjà utilisée avec les pharmaciens, afin de leur fournir des informations détaillées sur la prise en charge des paiements de chacune des factures et sur les éventuels rejets. La bonne exploitation de cette norme par les logiciels des professionnels de santé permettra donc d'automatiser le suivi détaillé des factures, sans tâche administrative supplémentaire, avec une parfaite réconciliation des informations permettant de visualiser un flux unique de paiement.
- La normalisation commune aux AMO et aux AMC des libellés des références de virement : l'utilisation d'une norme commune permettra aux éditeurs de logiciels des professionnels de santé, de proposer un rapprochement simplifié et automatique avec les références du virement bancaire.

Le cahier des charges élaboré conjointement par les AMO et les AMC a été publié fin 2015 ; il sera rendu obligatoire dans le cadre de la procédure d'agrément des logiciels des professionnels de santé par SESAM-Vitale. Cette norme sera étendue pour les médecins dès le 1er juillet 2016, date à laquelle le tiers payant s'étendra aux assurés pris en charge à 100% par le régime obligatoire, puis à l'ensemble des professionnels de santé fin 2016.

Enfin, une solution devra être proposée par les éditeurs aux professionnels de santé afin qu'ils puissent opérer simplement le rapprochement entre leur logiciel de suivi de leurs paiements et les virements reçus sur leurs comptes bancaires. Des recommandations communes seront faites par les AMO et les AMC aux éditeurs pour automatiser la fonction de rapprochement bancaire à partir des relevés de comptes électroniques proposés par les banques, et produire un tableau de bord de suivi permettant de connaître le statut de chaque facture (envoyée, payée/rejetée/en attente d'un retour, encaissée), tout en détaillant les parts AMO et AMC.

Ces améliorations relatives aux paiements, ajoutées à celles relatives à la facturation décrites précédemment constituent un « socle de services » qui sera intégré aux logiciels des professionnels de santé. Il répondra fondamentalement aux besoins exprimés par les professionnels de santé en ce qu'il leur permet d'assurer un suivi de leurs paiements de manière simple, automatique et fiable, sans les contraindre dans leurs choix et sans nécessité d'investissements lourds.

Ces évolutions étaient engagées pour certaines, mais la généralisation du tiers payant nécessite d'accélérer leur mise en œuvre et de cibler en priorité les professionnels de ville. Un travail important est déjà mené par les AMO et les AMC avec les éditeurs de logiciels pour qu'ils prennent en compte ces améliorations et les intègrent de façon pertinente aux fonctionnements de leurs logiciels métier, selon les spécificités de chaque profession.

Lorsqu'elles seront déployées par les éditeurs, ces fonctionnalités constitueront un réel progrès pour simplifier les activités administratives des professionnels de santé et faire gagner du temps. Les premiers éditeurs seront en mesure de proposer ce service dès 2017.

Plusieurs options ont en outre été étudiées pour permettre aux professionnels de santé de recourir à des structures intermédiaires qui seraient chargées, soit de gérer pour leur compte les échanges d'information avec les AMO et les AMC relatives à la facturation et au paiement (cf. § 3.2.2. ci-après), soit d'opérer l'appariement des flux de paiement AMO et AMC avant leur virement final sur leur compte bancaire (cf. § 3.2.3).

3.2.2 Permettre aux professionnels de santé qui le souhaitent de s'appuyer sur des structures intermédiaires capables d'assurer, pour leur compte, une partie des tâches de gestion et de suivi

Les professionnels de santé ont la possibilité d'envoyer directement leurs factures en tiers payant aux AMO d'une part et aux AMC d'autre part sans passer par un intermédiaire – cette possibilité est « native » depuis la version 1.40 de SESAM-Vitale²². Ceux qui ne souhaiteraient pas gérer directement la totalité des tâches de facturation et de suivi de leurs paiements, pourront s'appuyer sur des structures intermédiaires qui gèreront, pour leur compte, les échanges d'informations avec les AMO et les AMC le cas échéant.

De telles structures existent déjà sous la forme de « organismes concentrateurs tiers » (OCT) ou d'offres de services portées par des éditeurs de logiciels. Les pharmaciens et les biologistes, qui ont généralisé depuis de nombreuses années la pratique du tiers payant, s'appuient sur ce type d'offre. Actuellement 10% des professionnels de santé télétransmettent via un OCT plus de 50% du volume total des FSE²³. De même, plus de 8300 médecins ont déjà recours à une plateforme équivalente.

Par exemple, pour les pharmaciens, l'OCT a pour fonction de séparer la facturation pour la part AMO et pour la part AMC, d'adresser les factures vers les organismes correspondants et de gérer pour les professionnels de santé les informations en retour des organismes AMO et AMC. Il transmet ainsi au professionnel de santé les informations de traitement de chacune des factures émises ainsi qu'un état de consolidation.

Techniquement, lorsqu'un professionnel de santé choisit cette solution, son logiciel dialogue directement avec l'organisme intermédiaire et se charge de lui envoyer les éléments de facturation de façon sécurisée. L'organisme intermédiaire gère ainsi l'orientation des flux et le suivi des retours d'information des AMO et des AMC.

²² Les logiciels qui intègrent la version 1.40 permettent d'écarter les FSE et DRE à la source de façon automatisée, normalisée et sécurisée : le professionnel de santé peut émettre via son logiciel une DRE synchronisée avec la FSE et n'a donc pas à créer deux factures.

²³ Il apparaît que les prix de ces offres OCT selon les professions de santé et le volume de factures à gérer peuvent varier entre 12€ et 25€ HT par mois. Cette offre de base de gestion des factures peut selon les OCT être complétée par un service de rapprochement bancaire.

La mise en place du socle de services va permettre de simplifier en amont le processus de facturation en fournissant aux professionnels une information fiable, au moment où ils en ont besoin, et les éditeurs de logiciels ou OCT pourront tirer parti de ces services **en ligne** pour améliorer leur offre de service.

Au-delà des services de routage et de réconciliation des flux de facturation, certains OCT ou éditeurs de logiciels proposent, en sus, un service de rapprochement bancaire. L'utilisation systématique par les AMO et AMC de retours normés permettra de faciliter le suivi des paiements ainsi proposé.

3.2.3 Réaliser un virement bancaire unique par l'intervention d'une structure financière entre les organismes payeurs et les professionnels de santé

Si les fonctions assurées aujourd'hui par les structures intermédiaires portent sur la gestion des flux de facturation et le suivi des paiements, elles n'intègrent pas à ce stade celle de recevoir pour le compte du professionnel de santé les paiements adressés par les AMO et AMC puis d'adresser un flux unique de paiement, sous la forme d'un seul virement bancaire, au professionnel de santé à hauteur du montant total des parts AMO et AMC.

Ce « virement unique » ne serait nécessaire que lorsque le professionnel de santé pratique le tiers payant intégral (sur les parts obligatoire et complémentaires). Il viendrait compléter le socle de services ou l'offre de structures de gestion intermédiaire, précédemment évoqués, sans se substituer à ces solutions.

En effet,

- S'agissant du professionnel de santé qui opterait pour une relation directe avec les organismes payeurs, cette solution aboutirait à un virement bancaire unique rassemblant les parts AMO et AMC mais le suivi des factures et des paiements sur le poste des professionnels resterait nécessaire, au moins pour des raisons comptables ;
- S'agissant du professionnel de santé qui recourrait à un organisme intermédiaire pour ses flux de facturation, il s'agirait d'une prestation supplémentaire, en sus de la gestion et du suivi des flux avec les payeurs, et qui pourrait être effectuée, soit par la même structure, soit le cas échéant par un opérateur financier spécialisé.

Il s'agit donc bien d'une option supplémentaire dont la valeur ajoutée porte sur l'unicité du virement reçu sur le compte du professionnel, chaque fois que ce dernier choisit de pratiquer le tiers payant intégral.

Un tel service d'intermédiation financière, s'il reste actuellement marginal, relève d'une activité économique susceptible d'être proposée par des acteurs du marché.

Dans ce cas, le professionnel de santé qui fera le choix de s'appuyer sur une structure intermédiaire pour obtenir un seul virement, la désignera comme « tiers mandataire » des virements AMO et AMC.

Les AMO et AMC ont analysé au regard des règles de la concurrence la solution consistant à mettre en œuvre elles-mêmes ce service en s'appuyant sur un groupement commun.

Une telle option ne saurait s'envisager que dans des conditions strictes :

- cette fonction relevant d'une activité économique susceptible d'être assurée par des acteurs privés, ses modalités d'organisation devraient respecter les règles de la concurrence ;

- aucune structure, même composée pour partie par des organismes investis d'une mission de service public, ne pourrait se voir confier l'exclusivité du traitement des flux de paiement pour le compte des AMO et AMC ;
- pour ne pas porter atteinte à la libre concurrence, la structure mise en place devrait pratiquer des prix correspondant aux standards du marché, fondés sur la réalité des coûts.

Dans cette hypothèse, cette structure pourrait prendre la forme d'un GIE qui aurait vocation à rassembler la totalité des régimes de base et des organismes complémentaires. Le calendrier de mise en œuvre d'une telle solution serait d'au moins 2 ans.

Dans un contexte où les enjeux juridiques sont particulièrement exigeants et pour tenir compte également des réalités économiques (coûts probables d'une telle structure et besoin limité aux situations où le professionnel de santé choisirait de pratiquer le tiers payant intégral), il apparaît plus rationnel de n'envisager la création d'une telle structure, à l'initiative des AMO et AMC, que dans l'hypothèse où une demande des professionnels de santé s'exprimerait réellement et que les opérateurs privés (OCT et autres prestataires) n'y répondraient pas par le développement d'une offre de service étendue à la gestion des flux bancaires(« virement unique »).

Dans le cadre du tiers-payant généralisé, plusieurs améliorations apportées au processus actuel visent à garantir la rapidité et la simplicité du paiement au professionnel de santé :

- Les AMO et AMC s'engagent à respecter des délais de paiement contraignants dans les conditions prévues par la loi et par les contrats techniques de tiers payant AMC.
- Plusieurs possibilités seront mises en œuvre pour garantir la simplicité du paiement et son suivi en s'appuyant sur un socle de services qui permettra d'avoir, grâce à l'évolution des normes communes aux organismes payeurs, un suivi des paiements par acte ou facture. Pour avoir la lecture d'un flux unique de paiement, le professionnel de santé pourra ainsi bénéficier, dans son logiciel, d'une solution de réconciliation simple et automatique entre les actes réalisés et les paiements reçus. Il pourra également recourir à des OCT ou éditeurs de logiciels à même d'utiliser ce socle de service pour développer leur offre et garantir au professionnel l'ensemble des services de gestion de sa facturation et du recouvrement de la totalité des paiements.

Chaque professionnel de santé pourra choisir demain la modalité qui lui convient le mieux : une gestion de la facturation et des paiements complètement intégrée sur son poste de travail ; le recours à une structure intermédiaire pour gérer les flux de facturation et les retours avec un suivi simplifié sur l'avancement des paiements, voire le recours à cette structure pour bénéficier d'un virement bancaire unique. Ce service pourrait être développé par des opérateurs privés comme les OCT et autres acteurs du marché.

4 Mettre en place un dispositif d'assistance aux professionnels de santé

Dans le cadre de la mise en œuvre du tiers-payant généralisé, il apparaît nécessaire de mettre en place un dispositif d'accompagnement et d'appui aux professionnels de santé.

Dès 2016, lors de la phase de montée en charge du tiers-payant pour les soins en ALD/maternité, les conseillers informatiques services (CIS) des caisses primaires d'assurance maladie accompagneront sur le terrain les professionnels de santé dans la mise à jour de leurs logiciels et un service attentionné sera proposé pour régler les difficultés éventuelles de facturation avec l'assurance maladie obligatoire (diagnostic, résolution des erreurs récurrentes, prise en charge de cas pratiques ou situations complexes....).

Les professionnels de santé doivent en outre pouvoir bénéficier d'un service d'assistance pour garantir, notamment au démarrage, la possibilité d'avoir un interlocuteur à qui s'adresser : ce service support de premier niveau (plateforme téléphonique avec un numéro unique et réponse aux mails) sera mis en œuvre pour les régimes obligatoires dès le second semestre 2016 pour l'étape du tiers-payant ALD/maternité. Si, sur le principe, les AMC sont favorables à un dispositif commun d'assistance, leur engagement dans sa mise en place dépendra évidemment de la réalité des besoins exprimés par les professionnels de santé

L'assistance aux professionnels de santé devra être capable de répondre à leurs questions et de les aider à résoudre, le cas échéant, les dysfonctionnements rencontrés. Elle sera chargée d'aider le professionnel à diagnostiquer l'origine du problème rencontré, de faire le lien avec les régimes obligatoires, les complémentaires et leurs opérateurs de tiers payant : cette assistance prendra ainsi en charge les réponses de 1^{er} niveau et fera le lien le cas échéant avec l'expertise de second niveau, en assurant le suivi et la traçabilité de toutes les demandes et des réponses apportées. Elle sera aussi en relation avec les éditeurs de logiciels pour prendre en charge l'analyse fine des dispositifs techniques si besoin.

L'assistance qui sera mise en place en 2017 sera au service des professionnels de santé chaque fois qu'il rencontre un problème de facturation et/ou de paiement. Les professionnels de santé continueront par ailleurs de s'appuyer, comme aujourd'hui, sur leurs interlocuteurs habituels (prestataires, éditeurs, organismes concentrateurs) pour les sujets qui ne relèvent pas du tiers payant.

5 Conclusion

Les solutions proposées dans le rapport permettront de répondre aux attentes des professionnels de santé dans le cadre de la généralisation du tiers-payant en 2017 :

1. le **risque financier ne pèsera pas sur le professionnel de santé** : pour la part obligatoire, la garantie de paiement sera mise en place sur la base des droits figurant dans la carte vitale, et les règles relatives aux rejets des AMO seront revues dès 2016 afin de supprimer tout rejet lié aux droits non à jour dans la carte vitale ainsi que tout rejet lié au respect du parcours de soins. Le service ADR intégré dans les logiciels permettra en outre de fiabiliser la facturation, notamment dans le cas où l'exonération ne figurerait pas dans la carte Vitale alors que l'assuré en bénéficie depuis peu. Lorsqu'ils opteront pour un tiers payant sur la part complémentaire, les professionnels de santé bénéficieront de la garantie de paiement via le service IDB (également intégré dans leurs logiciels). À défaut, celle-ci sera obtenue à partir des informations figurant sur l'attestation en cours de validité présentée par l'assuré. Les contrats techniques de tiers payant conclus entre les professionnels de santé et les complémentaires préciseront les conditions et engagements relatifs à la garantie et aux délais de paiement.
2. le **paiement sera rapide** : des engagements en termes de délais de paiement seront pris par les organismes payeurs, avec des pénalités versées au professionnel de santé en cas de non-respect de ces délais par les organismes d'assurance maladie obligatoire.
3. le **dispositif de tiers payant généralisé sera simple** notamment pour le suivi des paiements : les modalités de la facturation des prestations, qui s'appuient sur les outils Sesam-Vitale déjà harmonisés entre AMO et AMC et largement déployés, ne seront pas modifiées et des améliorations sont apportées pour répondre aux attentes de meilleur suivi et simplification :
 - un contrat-type technique de tiers-payant, commun à tous les AMC, sera mis en place. Il pourra être signé en ligne, sur un portail internet commun à tous les AMC;
 - Le suivi des factures sera facilité avec un suivi par acte/consultation dès juin 2016 pour les médecins grâce à une évolution de la norme Noémie (et fin 2016 pour les autres professionnels de santé). Un tableau de bord de suivi des factures, alimenté automatiquement sur le poste du professionnel de santé lui permettra d'assurer, s'il le souhaite, le suivi de sa facturation et de ses paiements. De plus, en cas de rejet ou d'erreur, les messages d'anomalie seront harmonisés entre AMO et AMC pour en faciliter la compréhension ;
 - Le rapprochement bancaire entre les informations de paiement et les virements reçus par un professionnel de santé pourra être automatisé par les éditeurs de logiciel grâce à la norme commune qu'adopteront les AMO et les AMC pour fournir, en retour de traitement des factures, des références de virement harmonisées ;
 - Le professionnel de santé pourra ainsi bénéficier d'une lecture d'un flux unique de paiement réconciliant les paiements AMO et AMC (le cas échéant) sur son logiciel, avec la possibilité d'avoir en complément un service de rapprochement entre les informations de paiement des AMO/AMC et les virements reçus sur son compte bancaire. Il pourra également choisir de

recourir à un opérateur intermédiaire pour lui confier la gestion des flux de facturation et des retours avec les organismes payeurs, voire pour bénéficier d'un virement bancaire unique.

4. Un **service de support et d'accompagnement individualisé sera mis en place** par les AMO pour l'étape du 1^{er} juillet 2016 afin d'offrir un premier niveau de réponse et d'orientation commun aux professionnels de santé. L'opportunité d'un support commun AMO AMC fera l'objet d'une évaluation pour une mise en œuvre éventuelle à partir de 2017.

Ces solutions de mise en œuvre du tiers-payant visent ainsi à simplifier la pratique actuelle du tiers-payant pour les professionnels de santé et préserver le temps médical. Le professionnel de santé aura le choix entre différentes options sur les modalités de mise en œuvre, selon qu'il préfère gérer lui-même la facturation et les paiements de façon complètement intégrée sur son poste de travail ou qu'il préfère recourir à une structure intermédiaire.