



Inspection générale
des affaires sociales

Rapport sur le tiers payant pour les consultations de médecine de ville

RAPPORT

Établi par

Etienne MARIE

Juliette ROGER

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Juillet 2013 -

RM2013-143P

SYNTHESE

- [1] Depuis l'origine des assurances sociales dans notre pays, est posé le principe qu'une personne qui consulte un médecin généraliste ou spécialiste en ville paie directement celui-ci, puis se fait rembourser par ses assurances maladie obligatoire et complémentaire les frais ainsi avancés. Depuis quarante ans, ce principe a été aménagé pour les actes les plus coûteux puis pour les ménages les plus modestes : l'assuré est alors dispensé d'avancer les frais et les organismes d'assurance maladie paient directement le médecin (ils ont alors le statut de tiers payant). 35 % des actes de médecine de ville sont ainsi réglés en tiers payant. Parallèlement, les délais de remboursement des organismes d'assurance maladie (cinq jours en moyenne dans le régime général) et donc la durée d'avance des frais par l'ensemble des ménages se sont très fortement réduits avec les progrès de la télétransmission depuis quinze ans.
- [2] La ministre des affaires sociales et de la santé a demandé à l'IGAS de dresser le bilan des actuelles pratiques de tiers payant en médecine de ville et d'étudier si sa généralisation était une réforme justifiée sur le fond et techniquement possible, notamment au regard de sa large pratique chez d'autres professionnels de santé, voire sa quasi-généralisation chez les pharmaciens.
- [3] Le bilan que dresse l'IGAS de la situation actuelle est critique : la quinzaine de cas de dispense d'avance des frais prévus par la réglementation et la capacité ouverte à chaque médecin d'accorder une telle dispense sans aucune directive nationale ont abouti à une situation illisible et inéquitable, sans doctrine d'emploi en lien avec la politique de santé et sans cohérence d'ensemble.
- [4] A la question de la justification au fond et de la possibilité technique d'une généralisation, l'IGAS apporte une réponse positive sous certaines conditions.
- [5] La généralisation du tiers payant est une réforme justifiée sur le fond: elle est conforme aux principes d'une assurance maladie universelle en ce sens qu'une fois ses cotisations acquittées et le risque de santé survenu, l'assuré n'a pas en plus à faire l'avance des frais ; c'est d'ailleurs bien la pratique de la grande majorité des pays à assurance maladie (ex : Allemagne, Autriche, Pays-Bas) ; cette généralisation permettrait une simplification considérable des formalités de l'ensemble des assurés et un meilleur accès aux soins pour les ménages pour lesquels l'avance des frais demeure un problème ; cette généralisation allègerait enfin la pratique des médecins qui n'auraient plus à apprécier l'état de disponibilité financière de leurs patients.
- [6] Cette généralisation devrait toutefois ménager l'existence d'un dispositif permettant au patient de connaître les frais de soins qu'il suscite. Elle prendrait tout son sens si elle était accompagnée de mesures d'accès aux soins pour les ménages les plus modestes, en termes de montant de frais et d'accessibilité administrative, géographique et « culturelle » à ces soins. Sa mise en œuvre suppose en outre une réforme profonde du recouvrement de la participation de 1 euro par acte de médecine de ville, la mission proposant d'autoriser les organismes d'assurance maladie à prélever cette participation sur le compte bancaire des assurés.
- [7] La généralisation du tiers payant est une réforme techniquement possible. La mission rappelle que trois grands principes doivent guider toute feuille de route opérationnelle de constitution des organismes d'assurance maladie comme tiers payant des médecins : absence de risque de trésorerie donc de délais de paiement excessifs, absence de risque de perte financière en cas d'absence de droits du patient (l'acte ayant été dispensé), enfin absence de risque de charge administrative supplémentaire liée au recoupement entre les factures émises et les paiements reçus. Ces trois risques doivent de plus être maîtrisés par l'assurance maladie obligatoire (ce qui est le cas aujourd'hui) et par les assurances maladie complémentaires (ce qui n'est pas le cas pour une pratique de tiers payant qui y demeure d'ailleurs marginale).

- [8] Pour la mission, la mutation technique en cours de déploiement qui va permettre par les services en ligne une consultation directe des droits et une facturation via l'usage étendu d'Internet, est de nature à induire une maîtrise des trois risques analysés.
- [9] La mission propose l'option fondamentale d'éclater les flux de facturation entre l'assurance maladie obligatoire et les assurances maladie complémentaires, dès lors que celles-ci seraient regroupées en quelques plateformes de gestion. Une telle évolution apparaît déjà largement en cours. Cette option, actuellement en vigueur pour les autres professionnels de santé en tiers payant, est celle des gestionnaires des deux « étages » d'assurance maladie. La mission ne retient pas l'option d'un traitement des flux complémentaires par les organismes d'assurance maladie obligatoire, qui créerait des coûts de transaction importants (*a fortiori* avec l'éclatement et la mouvance des assurances maladie complémentaires) et nécessiterait de revenir sur les chaînes de production actuelles des autres professionnels de santé.
- [10] S'agissant d'une mutation historique, institutionnelle et gestionnaire considérable, donc d'un projet politique important, à conduire sur la moyenne durée (environ cinq ans), la mission préconise qu'il soit porté à un triple niveau : un niveau stratégique impliquant pleinement l'Etat et les trois autres parties prenantes ; un niveau conventionnel ayant pour but d'une part, en généralisant la possibilité pour les médecins d'accorder le tiers payant, de généraliser de fait celui-ci en l'espace de quelques années, d'autre part de fixer l'ensemble des paramètres techniques de la réforme ; un niveau « industriel » de déploiement du projet à l'échelle des 110 000 médecins libéraux et des quelque 500 millions de feuilles de soins émises annuellement.

Sommaire

SYNTHESE.....	3
INTRODUCTION	7
1 LA SITUATION ACTUELLE	12
1.1 Principe historique de la médecine libérale spécifique à la France, l'avance des frais du patient au médecin fait aujourd'hui l'objet de dispense dans un tiers des consultations de ville, avec de nombreuses limites.....	12
1.1.1 Les règles actuelles fixent un principe d'avance des frais du patient au médecin et prévoient des dispenses qui couvrent aujourd'hui un tiers des consultations de médecine de ville ..	12
1.1.2 Les règles décrites représentent une forte spécificité de la médecine libérale française.....	15
1.1.3 Les règles et les pratiques actuelles posent de nombreuses difficultés.....	22
1.1.4. Les règles et les pratiques en matière d'AMC suivent partiellement celles qui gouvernent le tiers payant obligatoire.....	28
1.2 Le fonctionnement technique de la dispense d'avance de frais demeure pour partie complexe..	29
1.2.1 Il y a trois enjeux à la gestion technique de la dispense d'avance de frais	29
1.2.2 Le fonctionnement du tiers payant en part obligatoire est aujourd'hui globalement stabilisé	30
1.2.3 Par contraste, la pratique du tiers payant « complémentaire » demeure fastidieuse.....	34
2 LES EVOLUTIONS ENVISAGEABLES	43
2.1 La généralisation du tiers payant pour les consultations de ville est une réforme justifiée sur le fond.....	43
2.1.1 Les raisons d'une généralisation	43
2.1.2 Les conditions d'une généralisation	45
2.1.3 Les risques d'une généralisation	49
2.1.4 Les alternatives d'une généralisation.....	53
2.2 La généralisation est une réforme techniquement possible dont le déploiement va être facilité par l'arrivée des services en ligne	56
2.2.1 La transition vers un contrôle des droits en ligne ouvre d'importantes perspectives en termes de limitation des pertes financières associées au tiers payant.....	57
2.2.2 Le développement de la facturation en ligne constitue un levier de réduction des délais de paiement au professionnel.....	60
2.2.3 Trois scénarios d'articulation entre AMO et AMC ont été étudiés par la mission dans une perspective de limitation de la charge administrative liée au tiers payant.....	61
2.2.4 Le déploiement dans le temps devra de préférence s'effectuer dans un environnement technique stabilisé.....	69
2.3 Il existe trois niveaux de gouvernance pour piloter un projet aussi majeur que celui de la généralisation du tiers payant.....	70
2.3.1 Un niveau stratégique.....	70
2.3.2 Un niveau conventionnel.....	71
2.3.3 Un niveau « industriel ».....	71
CONCLUSION	73
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION.....	75
LETTRE DE MISSION.....	77
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....	79

ANNEXE 1 : LISTE, PRIX ET NOMBRE DES ACTES EFFECTUES PAR LES MEDECINS LIBERAUX.....	85
ANNEXE 2 : REFERENTIEL JURIDIQUE DU TIERS PAYANT POUR L'ENSEMBLE DES PROFESSIONS DE SANTE.....	87
ANNEXE 3 : LES ACCORDS LOCAUX DE TIERS PAYANT.....	107
ANNEXE 4 : INTERROGATION D'UN PANEL D'ASSURES DE LA CPAM DU GARD	113
ANNEXE 5 : SCHEMAS RECAPITULATIFS CONCERNANT LES PRINCIPAUX CIRCUITS DE TELETRANSMISSION EN TIERS PAYANT	119
ANNEXE 6 : TAUX DE TIERS PAYANT PAR DEPARTEMENT.....	125
ANNEXE 7 : DONNEES COMPLEMENTAIRES CONCERNANT LE RECOURS A LA TELETRANSMISSION.....	131
PRINCIPAUX SIGLES UTILISES	133

INTRODUCTION

1/ La saisine de l'IGAS par la ministre des affaires sociales et de la santé

- [11] L'article L 162-2 du Code de la sécurité sociale (issu de la loi du 3 juillet 1971) dispose que « *dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux que sont le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret professionnel, le **paiement direct des honoraires par le malade**, la liberté d'installation du médecin, sauf dispositions contraires en vigueur à la date de promulgation de la loi n°71-525 du 3 juillet 1971* ».
- [12] Il existe un certain nombre de dérogations à cette règle de paiement direct des honoraires, dites de dispense d'avance de frais et communément assimilées à la notion de tiers payant : le patient ne paie que la partie non remboursée de sa consultation chez le médecin, ce médecin envoie sa facture à l'organisme d'assurance maladie qui le paie directement. Cet organisme est alors un tiers payant. La dispense d'avance de frais, dont on précisera le champ exact dans la suite du rapport, est actuellement accordée :
- à certaines populations : bénéficiaires de CMUC et de l'ACS ; bénéficiaires de l'AME ; victimes d'AT-MP ;
 - pour certains actes : actes particulièrement coûteux supérieurs à 120 euros ; actes de prévention réalisés dans le cadre d'un dépistage organisé ; recours au médecin de permanence suite à la demande du médecin régulateur ; actes dispensés dans les centres de santé ou dans les établissements de santé (hors hospitalisation) au sein des services d'urgences ou des consultations externes.
- [13] 34,9 % des actes effectués par les médecins libéraux (chiffres du deuxième semestre 2012)¹ font aujourd'hui l'objet de tiers payant.
- [14] La lettre de mission de la ministre du 25 février 2013 constate que « *la prise en charge en tiers payant par l'assurance maladie obligatoire et par l'assurance maladie complémentaire est largement pratiquée pour les frais pharmaceutiques, les dépenses de soins hospitaliers et d'auxiliaires médicaux. En revanche, l'avance des frais continue à être la règle pour les consultations en ville des médecins généralistes ou spécialistes, la mise en œuvre du tiers payant demeurant réservée à certaines populations* » et certains actes (cf. supra). La lettre de mission estime que cette situation « *complique indûment l'accès aux soins de premier recours* ». Elle demande en conséquence à l'IGAS de diligenter une mission chargée :
- d'établir un bilan des pratiques actuelles de tiers payant en matière de consultations médicales en ville ;
 - d'expertiser les conditions administratives, techniques et financières de son extension à l'ensemble des assurés, sous forme de tiers payant intégral, c'est-à-dire concernant le paiement du médecin par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et les assurances maladie complémentaires (AMC).

¹ Source : CNAMTS- Erasme national tous régimes - juillet à septembre 2012.

2/ La désignation des membres de l'IGAS chargés de la mission

- [15] Par note du 28 février 2013, le chef de l'IGAS a désigné pour effectuer la mission M. Etienne MARIE, inspecteur général et par ailleurs coordonnateur de la mission, et Mme Juliette ROGER, inspectrice.

3/ Un premier commentaire de la lettre de mission en matière de définitions

- [16] Soins délivrés en ville par les médecins et autres soins. Dans tout le présent rapport et sauf exceptions notées, les termes de soins se référeront aux soins délivrés en ville par les médecins libéraux généralistes et spécialistes, et donc ni aux soins délivrés en ville par les médecins salariés (centres de santé) et les autres professions de santé (ex : chirurgiens-dentistes, auxiliaires médicaux, biologistes) et aux biens médicaux y afférents (ex : médicaments, prothèses, lunettes,...), ni aux soins hospitaliers.
- [17] Mode de paiement et mode de rémunération des médecins. La problématique étudiée concerne le mode de paiement des médecins, soit par les assurances maladie, soit par le patient et dans ce dernier cas en espèces, par chèque, ou par carte bancaire. Elle ne concerne pas leur mode de rémunération (paiement à l'acte, à l'équipe, au parcours, à la performance, capitation et dans tous ces cas fixation libre, réglementée ou négociée). Comme on le verra, il y a toutefois une certaine congruence entre paiement direct par l'assuré et paiement à l'acte.
- [18] Dispense de frais et tiers payant. Ces deux termes doivent être distingués. Il existe deux situations en effet où l'assuré ne fait pas l'avance des frais mais où l'organisme d'assurance maladie ne paie pour autant le médecin en tiers payant : la première situation est celle de l'avance faite par l'organisme d'assurance maladie à l'assuré de ce que ce dernier va ensuite payer au médecin; la seconde est le fait pour le médecin d'encaisser ce que lui a remis l'assuré une fois celui-ci remboursé par son organisme d'assurance maladie. Une fois cette distinction rappelée et au regard de la situation actuelle de notre pays, la mission emploiera de façon équivalente les termes de dispense d'avance des frais et de tiers payant.
- [19] Paiement direct des honoraires, télétransmission de la facture et délais de remboursement ; exonération de ticket modérateur ; gratuité des soins. Il faut bien distinguer ces termes, ce qui n'est pas toujours le cas comme on le verra dans les développements qui suivent. L'assuré qui se rend chez son médecin généraliste paie directement des honoraires de 23 euros. La facture (feuille de soins) établie par le médecin est, en règle générale, télétransmise en fin de journée à l'assurance maladie qui rembourse l'assuré en moyenne en quatre jours ; c'est ce couple télétransmission/délai de remboursement qui a fait l'objet d'investissements majeurs depuis vingt ans pour limiter au maximum le temps d'avance des frais du patient et c'est ce couple que remplacerait la généralisation du tiers payant. Ensuite, le patient peut être remboursé à 100 % par l'AMO dans la limite du panier de soins qu'elle couvre (ex : il est atteint d'une affection de longue durée²) ; mais il n'en avance pas moins ses frais chez le médecin et est plus ou moins remboursé des dépassements d'honoraires de son médecin selon son AMC. Enfin, le patient peut ressortir d'un régime d'assurance maladie où il bénéficie de la gratuité des soins (ex : le régime minier) ; il n'avance pas d'honoraires et est pris en charge à 100 % du panier de soins du régime, le médecin dispensateur de soins étant le salarié du régime en cause et ne facturant pas de dépassements d'honoraires.
- [20] Assurance maladie et assurance AT-MP. Par simplification, la mission emploiera dans le rapport les termes d'assurances maladie obligatoire et complémentaires. Comme on le verra, le tiers payant bénéficie aussi aux victimes d'AT-MP et cette assurance sera sous-entendue dans les termes d'assurance maladie.

² Voir la quinzaine de cas d'exonérations prévus par l'article L 322-3 du Code de la sécurité sociale.

4/ Un premier commentaire de la lettre de mission en termes d'enjeux

- [21] Un sujet majeur. En 2012, les 109 981 médecins généralistes et spécialistes libéraux³ ont facturé près de 523 millions d'actes⁴ dont 475 millions aux seuls assurés du régime général⁵, de la simple consultation facturée 23 euros à l'acte clinique ou technique le plus complexe fortement tarifé. Au total, pour la partie prise en charge au titre de l'AMO, les honoraires des omnipraticiens représentaient 6,1Md€ en 2012 et ceux des spécialistes 10,3Md€⁶. Un panorama détaillé des montants pris en charge par le régime général est fourni en **annexe 1**. Il y a derrière ces chiffres un processus de gestion considérable, quotidien pour les médecins libéraux et les organismes d'assurance maladie, habituel pour nos concitoyens, dans tous les cas à forts enjeux financiers, individuels et collectifs. Réformer au fond ce processus de gestion et passer d'un remboursement aux assurés à un paiement au médecin est un sujet majeur.
- [22] Une double dimension, politique et technique. La réforme du processus actuel de gestion de remboursement des actes effectués par les médecins libéraux est à l'évidence une question technique. Elle est aussi une question politique qui interroge naturellement les rapports médecins-assurance maladie et la relation personnelle médecin-patient mais aussi l'accès financier aux soins, la responsabilisation des assurés, l'équilibre entre les différents segments de l'offre de soins- dont le sujet cité par la lettre de mission de la ministre sur la médecine de premier recours-, l'universalité de l'assurance maladie, l'équilibre entre l'AMO et les AMC, etc.
- [23] AMO et AMC. La lettre de mission pose la question de la généralisation d'un tiers payant intégral, c'est-à-dire concernant l'AMO et les AMC et non la seule part obligatoire. Cette question posée, on se gardera de considérer les AMC comme un strict complément financier de l'AMO. La nature de l'AMO et celle de l'AMC sont très différentes et revendiquées comme telles devant la mission par leurs responsables :
- pour l'AMO, un service public et une assurance légalement obligatoire et généralisée à toute la population, financée en proportion des revenus et mutualisée entre les différents régimes, globalement unique pour cette population, stable, très fortement déliée de la situation professionnelle;
 - pour les AMC, une activité de services sur un marché concurrentiel et une assurance volontaire (à la décision des individus ou de leurs entreprises), non généralisée, issue d'un contrat collectif ou individuel globalement peu régulé, financée en proportion des revenus mais aussi du risque individuel apporté, variable en termes de niveau de prise en charge selon les contrats, révisable régulièrement, fortement liée à une situation professionnelle elle-même mouvante, éclatée en 464 organismes (2012) sans aucune mutualisation financière, membres de trois familles dont certaines à but lucratif (sociétés d'assurance, mutuelles, institutions de prévoyance).

³ Source : DREES, Daniel Sicart, *Les médecins au 1^{er} janvier 2013*, Etudes et statistiques n° 179, avril 2013. En cohérence avec le périmètre de la mission, ces chiffres n'incluent pas les 20 125 médecins « mixtes » au sens de la DREES, c'est-à-dire ayant à la fois un revenu libéral et un salaire.

⁴ Source : extrapolation à partir des chiffres transmis par la CNAMTS pour les mois de juillet à décembre 2012; Erasmé national v1, tous régimes, France entière. Ces actes se répartissent comme suit : 54,02 % sont le fait des médecins généralistes ; 15,15 % des spécialistes cliniques ; 30,84 % des spécialistes techniques. Le détail de ces chiffres est fourni en **annexe 1**.

⁵ Source CNAMTS. Ces données portent sur la France métropolitaine et se répartissent comme suit : 297M de consultations, 23,9M de visites et 138,4M d'actes techniques. 247M d'actes sont le fait des médecins spécialistes et 228M d'actes le fait des omnipraticiens. Le détail de ces chiffres est fourni en **annexe 1**.

⁶ Source : DSS. Ce chiffre est donné hors permanence des soins, contrats, rémunérations à la performance, forfaits. Au sein de cet ensemble, le régime général prend en charge 10,3Md en 2012 (source : CNAMTS). Le détail des montants de remboursement par acte et par spécialité est fourni en **annexe 1**.

- [24] Il existe ensuite de multiples situations gestionnaires : séparation de l'AMO et de l'AMC, gestion de l'AMC par l'AMO (ex : régime d'Alsace-Moselle), gestion de l'AMO par les AMC (ex : mutuelles de fonctionnaires). Les solutions d'organisation de l'AMO et de l'AMC d'une part, l'articulation de l'une avec l'autre d'autre part posent des problèmes complexes dans le cas de généralisation du tiers payant, structurant largement le présent rapport.
- [25] Tiers payant et autres professionnels de santé. Il existe trois catégories de professionnels de santé au regard de la problématique de tiers payant :
- les professionnels de santé dont le tarif des actes et prestations est fixé réglementairement ou conventionnellement et dont les possibilités de tiers payant sont juridiquement proches de celles qui seront étudiées pour les médecins (actes coûteux/ressources modestes des ménages). Il s'agit des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes, des biologistes, des infirmiers, des masseurs kinésithérapeutes, des orthophonistes et des orthoptistes. Ces professionnels se caractérisent en revanche par une pratique du tiers payant « intégral » plus répandue que celle des médecins ;
 - les professionnels de santé dont le prix des biens dispensés est fixé réglementairement mais où le tiers payant est ouvert à toute la population et est de fait généralisé au regard des AMO et des AMC : c'est le cas des pharmaciens ;
 - les professionnels de santé ou autres dont le prix des biens dispensés est libre. Cette catégorie inclut les pédicures-podologues, les opticiens, les audioprothésistes, les prothésistes, les fournisseurs de biens médicaux ainsi que les transporteurs et taxis. Ces professionnels peuvent pratiquer le tiers payant librement. De fait, les AMC qui couvrent l'essentiel de ces dépenses pratiquent très largement le tiers payant et ont, dans certains cas, relié les conventions individuelles professionnel-AMC à des engagements de prix et de qualité de la part des professionnels, d'autant plus nécessaires que leurs prix sont libres.
- [26] La problématique de généralisation du tiers payant chez les médecins ne peut ignorer cet environnement, tant du point de vue politique (ex : il semble difficile pour un assuré qui vit un épisode de soins de comprendre que l'avance des frais soit requise par le médecin et non par l'infirmier ou en pharmacie) que technique (comme on le verra, les processus créés par les AMC pour gérer le tiers payant des autres professions de santé ont créé un précédent vis-à-vis de la médecine de ville). En sens inverse, il conviendra d'étudier si des solutions nouvelles retenues pour les médecins peuvent avoir des conséquences sur les autres professionnels de santé.

5/ La méthode retenue

- [27] La mission a consulté, à l'occasion d'entretiens et par exploitation de la documentation fournie, les quatre parties prenantes de la problématique étudiée :
- l'Etat, en tant que garant de la stratégie globale et de l'équilibre financier des assurances maladie et des politiques de santé qu'elles financent (DSS ; DGOS ; DREES, cette dernière en commun avec l'IRDES ; DGCCRF et DG Trésor) ;
 - les assurés, par le biais du CISS⁷ et d'un panel constitué par la CPAM du Gard. La désormais faible place des partenaires sociaux dans la gestion du régime général prive toutefois de représentation solide les assurés sur un tel sujet de gestion ;
 - les médecins: les cinq organisations représentatives ont été consultées (CSMF, FMF, MG France, SML, le Bloc), de même que le conseil national de l'Ordre des médecins ;
 - les assurances maladie et leurs délégataires. L'AMO a été consultée au niveau national (CNAMTS, CNRSI, CCMISA, Fonds CMU). La mission s'est par ailleurs rendue à la CPAM du Gard et a consulté certaines des CPAM signataires d'accords locaux de tiers payant (Landes, Orne, Tarn) ainsi que la CGSS de la Réunion, où la pratique du tiers payant est

⁷ Collectif interassociatif sur la santé.

généralisée. Les AMC ont été consultées au niveau national (CTIP, FFSA, FNMF, UNOCAM) mais également à l'échelle de leurs organismes (Harmonie Mutuelle, MGEN) et de leurs plateformes de gestion du tiers payant (MUTSANTE, ALMERYYS, CEGEDIM). Le GIE Sésame-Vitale et la principale fédération d'éditeurs de logiciels de matériels médicaux (FEIMA) ont également été auditionnés par la mission.

- [28] La Fédération nationale des centres de santé, dans lesquels le tiers payant est généralisé, a été également auditionnée.
- [29] Compte tenu de la référence que constitue le tiers payant pharmaceutique, la mission a enfin consulté le syndicat majoritaire, l'Ordre des pharmaciens, le concentrateur technique le plus important, Résopharma, ainsi qu'une société spécialisée dans le traitement des rejets et des impayés.
- [30] A ce stade, la mission constate qu'à l'exception des AMC, la réflexion sur la généralisation du tiers payant :
- est très peu avancée, politiquement et techniquement, pour des raisons que la mission essaiera d'expliquer dans son rappel historique à venir ; le présent rapport doit donc être considéré comme une première documentation du sujet ;
 - est peu consensuelle entre les diverses parties prenantes ; la mission souligne à cet égard la nécessité de mettre en place une gouvernance *ad hoc* pour piloter les orientations proposées.

6/ Tiers payant et sujets adjacents

- [31] La mission a mené ses travaux en coordination avec les autres missions confiées à l'IGAS sur des sujets adjacents : mission MAP concernant le coût de gestion des assurances maladie, mission sur les centres de santé, contribution à la stratégie nationale de santé, mission d'appui à Mme ARCHIMBAUD, sénatrice, parlementaire en mission sur le sujet du non-recours aux droits sociaux et de santé par les ménages en situation de précarité. Elle a suivi la mise en place de l'accord national interprofessionnel (ANI) en matière de généralisation de la couverture complémentaire de santé pour les salariés et elle a tenu compte du récent rapport du HCAAM sur la généralisation de la couverture complémentaire en santé. Il existe donc tout un faisceau de réflexions qui interroge le meilleur accès aux soins de ville de nos concitoyens, la répartition de cet accès entre AMO et AMC, la maîtrise des coûts de gestion de ces deux « étages ». Le présent rapport devra être lu à l'aune de ces problématiques générales et des propositions que les différents rapports formuleront.

7/ Le plan retenu

- [32] Dans une première partie, la mission établit un bilan mitigé des règles et des processus de gestion des actuelles situations de tiers payant, lié notamment au nombre important des acteurs en présence, tant du côté de l'AMO que des AMC.
- [33] Dans une seconde partie, la mission estime que la généralisation du tiers payant est une option de fond justifiée et que sa mise en œuvre est une réforme techniquement possible, même si elle renvoie à des choix de gestion très importants entre AMO et AMC, dans un environnement technique par ailleurs très évolutif.

1 LA SITUATION ACTUELLE

1.1 Principe historique de la médecine libérale spécifique à la France, l'avance des frais du patient au médecin fait aujourd'hui l'objet de dispense dans un tiers des consultations de ville, avec de nombreuses limites

1.1.1 Les règles actuelles fixent un principe d'avance des frais du patient au médecin et prévoient des dispenses qui couvrent aujourd'hui un tiers des consultations de médecine de ville

[34] On rappellera tout d'abord que le tiers payant est juridiquement organisé en quatre étapes pour l'AMO :

- la loi et le règlement⁸ ;
- la convention nationale, habilitée législativement a priori⁹ pour traiter de ce sujet puis approuvée par l'Etat une fois signée entre les organismes d'AMO et les organisations syndicales représentatives de médecins généralistes et spécialistes (ou règlement arbitral en cas d'absence de convention) ; c'est actuellement la convention du 26 juillet 2011 qui s'applique pour cinq ans, signée par l'UNCAM et la CSMF, le SML et MG France ;
- des accords locaux soumis à la commission paritaire nationale ;
- des décisions individuelles des médecins sur le fondement de la convention nationale.

[35] Sur ces deux derniers points, la mission relève l'absence de directive nationale¹⁰ visant à harmoniser les pratiques locales et individuelles.

1.1.1.1 Le principe d'avance des frais

[36] La mission a rappelé en introduction les termes de l'article L 162-2 du Code de la sécurité sociale qui fixent, parmi d'autres, le principe, qualifié de déontologique, de paiement direct des honoraires par le patient au médecin. L'article 58 de la convention nationale dispose pour sa part que « *les parties signataires rappellent que le paiement direct reste le principe de facturation* ». Parallèlement et pour le régime général¹¹, l'article L 322-1 du Code de la sécurité sociale dispose que « *la part garantie par la caisse primaire d'assurance maladie... est remboursée... directement à l'assuré...* ».

[37] Il n'existe aucune disposition dans les trois codes qui régissent les AMC (le Code de la mutualité, le Code de la sécurité sociale et le Code des assurances) ni pour prescrire, ni pour déroger au principe de paiement direct des honoraires du patient au médecin. La quinzaine d'exceptions décrites ci-dessous ne concernent donc que l'AMO, sauf exceptions prévues par la loi (CMUC et AME). Comme on le verra au point 1.1.4, des AMC peuvent toutefois pratiquer le tiers payant en se calant sur les règles de l'AMO, soit par accord local, soit par conventionnement individuel avec le médecin, mais ces pratiques sont de fait très limitées.

⁸ On rappelle que le Conseil constitutionnel comme le Conseil d'Etat ont réservé la question de la constitutionnalité des principes de la médecine libérale. Pour les commentateurs, le principe d'avance des frais ne serait en tout état de cause même pas législatif.

⁹ Article L 162-5, 2bis, du Code de la sécurité sociale.

¹⁰ La mission relève en revanche l'existence de « lettres » des CPAM aux médecins libéraux sur le tiers payant, visant à en réguler les usages sans prendre la forme d'accords locaux soumis à l'avis de la CPN.

¹¹ Cet article s'applique aussi au RSI aux termes de l'article L 613-12 du Code de la sécurité sociale.

1.1.1.2 Les exceptions : les dispenses d'avance de frais

[38] Les exceptions au principe de paiement direct des honoraires concernent désormais un tiers des actes effectués par les médecins de ville. Elles couvrent *a priori* deux types de situation où l'avance des frais peut générer un problème d'accès aux soins : pour les ménages modestes, pour les actes coûteux. Elles peuvent également couvrir quelques situations ou lieux de dispensation de soins spécifiques. Tel qu'il est établi par la CNAMTS pour l'ensemble des professions de santé, le référentiel juridique complet de la liste suivante et à chaque fois la source de droit correspondante (loi/convention) figure en **annexe 2**.

1/ Les ménages modestes. Sont, en premier lieu, dispensés de toute avance de frais :

- les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (plafond au 1er juillet 2013 : 719 euros pour une personne seule et 1079 euros pour un couple). La dispense concerne l'AMO et l'AMC lorsque l'intéressé a opté pour une telle couverture, la seule AMO dans l'année qui suit la sortie du champ de la CMUC. Ce tiers payant suppose le respect du parcours de soins coordonné par le médecin traitant (depuis 2009), mais ce principe n'est pas appliqué faute de publication du texte réglementaire nécessaire et du choix fait de passer par l'encouragement des intéressés davantage que par la contrainte ;
- les bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat. La dispense concerne l'AMO et l'AMC ;
- les bénéficiaires de l'aide pour une complémentaire santé (plafond au 1er juillet 2013 : plafond de la CMUC + 35 %). La dispense concerne la seule AMO et suppose le respect du parcours de soins coordonné par le médecin traitant ;
- les bénéficiaires d'accords locaux conclus entre les caisses d'AMO et les organisations syndicales représentatives de médecins « *pour lesquels la mise en place d'une (dispense d'avance des frais) pourrait être un facteur d'amélioration significative de l'accès aux soins* » (convention nationale du 26 juillet 2011 reprenant les dispositions de la précédente convention de 2005) ;

[39] On trouvera en **annexe 3** la liste des accords recensés par la CNAMTS et les populations qu'ils visent : les personnes atteintes d'une ALD, les personnes âgées, les bénéficiaires de l'AAH et d'une pension d'invalidité, les jeunes de 18 à 25 ans, etc.

- les bénéficiaires d'une décision du médecin traitant ainsi qualifiés, pour la première fois, par la convention du 26 juillet 2011 : « *pour les assurés dont les revenus sont les plus modestes et pour ceux qui sont confrontés, du fait de leur état de santé, à des dépenses de soins importantes, éviter de faire l'avance des frais de santé, même pour un délai qui a été fortement réduit grâce au déploiement de la carte d'assurance maladie dite Carte Vitale favorise l'accès aux soins. (...) Au-delà des cas particuliers pour lesquels le législateur a rendu obligatoire le régime de tiers payant... les parties conventionnelles conviennent de permettre ponctuellement, pour les patients qui le nécessiteraient la dispense d'avance de frais selon l'appréciation du médecin traitant* ». Cette dispense ne concerne de nouveau que le champ de l'AMO. Son introduction dans la convention du 26 juillet 2011 vise à mettre fin aux écarts possibles entre les pratiques individuelles des médecins et les directives parfois variables des CPAM à ce sujet (*cf. infra*) ;
- les détenus, aux termes de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

2/ Les actes coûteux. Sont dispensés de toute avance de frais pour leur seule part prise en charge par l'AMO (mais souvent cette part représente 100 % des dépenses exposées, hors éventuels dépassement d'honoraires) :

- les actes de spécialités affectés d'un coefficient égal ou supérieur à 60 ou d'un tarif égal ou supérieur à 120 euros. L'exigence de seuil est supprimée pour les patients exonérés du ticket modérateur.

- [40] Cette corrélation entre le coût des actes et la pratique du tiers payant se retrouve en partie dans les statistiques relatives à la pratique du tiers payant hors ménages modestes et hors ALD : les taux de tiers payant des spécialistes apparaissent ainsi trois fois plus élevés que ceux des généralistes (13,6 % pour les omnipraticiens non MEP¹², contre 30,3 % pour les spécialistes¹³). Le tableau ci-après fait par ailleurs état d'un écart du simple au double dans la pratique du tiers payant entre spécialités cliniques et techniques :

Tableau 1 : Taux de tiers payant en nombre de décomptes et par spécialité, tous régimes confondus

		Proportions d'actes réalisés en tiers payant (hors ménages modestes et ALD)	
		2012	2011
Généralistes	Secteur 1	14,2 %	13,3 %
	Secteur 2	4,9 %	4,4 %
Spécialistes « cliniques »¹⁴	Secteur 1	20,5 %	19,9 %
	Secteur 2	12,6 %	11,9 %
Spécialistes « techniques »	Secteur 1	42,3 %	41,5 %
	Secteur 2	23,8 %	22,9 %

Source : CNAMTS- Erasme national tous régimes - juillet à septembre 2012

- [41] La mission a assimilé à ces deux premières catégories (personnes modestes/soins coûteux), compte tenu des circonstances historiques qui les ont conduites à bénéficier du tiers payant:
- les victimes d'accident de travail ou de maladie professionnelle ;
 - les sapeurs pompiers volontaires victimes d'un accident ou d'une maladie survenu(e) en service.

3/ Les lieux de soins spécifiques. Sont dispensés de toute avance des frais pour la part prise en charge par l'AMO :

- les actes réalisés dans les centres de santé ;
- les actes réalisés dans le service départemental de protection maternelle et infantile ;
- les actes réalisés dans les établissements de santé, hors hospitalisation actes et consultations externes ainsi que ceux réalisés dans un service chargé des urgences.

- [42] Historiquement (entre 1945 et 1960), ces dispenses de frais ont été accordées du chef des ménages modestes qui fréquentaient majoritairement ces établissements, ce qui n'est plus le cas actuellement. Il est clair par ailleurs dans ces trois types d'établissements qu'il ne s'agit pas de médecine libérale, mais de médecine salariée.

4/ Les actes spécifiques. Sont, enfin, dispensés de toute avance de frais pour la part prise en charge par l'AMO :

- les actes et traitement à visée préventive organisés par les campagnes publiques (ex : dépistage du cancer du sein, du cancer colorectal) ; l'examen bucco-dentaire prodigué aux enfants dans l'année qui suit leur sixième et leur douzième anniversaire ;

¹² Médecins à expertise particulière.

¹³ Source : CNAMTS, Erasme national, juillet à décembre 2012.

¹⁴ La liste des spécialités correspondantes est fournie en **annexe 1**.

- l'acte qualifié de suite examen de santé par lequel le centre d'examen de santé invite le patient à consulter son médecin habituel après avoir décelé une anomalie, une maladie ou un risque élevé ;
- les actes effectués dans le cadre de la permanence des soins (nuits, weekends et jours fériés) par le médecin d'astreinte à la suite de la demande du médecin chargé de la régulation ;
- les actes dispensés aux assurés qui avaient choisi comme médecin traitant leur médecin référent (l'option médecin référent qui bénéficiait de la dispense d'avance des frais a été fermée le 12 février 2005).

[43] Ces règles sont issues d'une longue histoire spécifique à la France dont il est important de situer les principaux termes afin de porter un jugement pertinent sur la situation actuelle et sur les demandes de réforme émises par les principales parties prenantes.

1.1.2 Les règles décrites représentent une forte spécificité de la médecine libérale française

1.1.2.1 L'avance des frais est l'un des principes de la médecine libérale, affirmé dès le début du 20^{ème} siècle et auquel il n'a été dérogé que progressivement et partiellement, aux termes de débats « idéologiques » forts, par opposition aux autres professions de santé

[44] La mission a distingué trois périodes dans l'histoire du tiers payant en médecine de ville : une première très longue période (1900-1975) d'affirmation et d'application du principe de paiement direct des honoraires ; puis une période (1975-2000) de débat sur l'admission de certains types d'actes à une dispense d'avance de frais, aboutissant à un ciblage des actes de spécialités par rapport à l'option alternative des soins de premier recours ; enfin une troisième phase d'ouverture de la dispense d'avance des frais aux ménages les plus modestes (depuis la décennie 2000) et de réduction notable du délai de remboursement pour les autres ménages. La mission a, enfin, resitué le développement moins « idéologique » et plus pragmatique du tiers payant dans les autres professions de santé.

1/ L'affirmation et l'application du principe de paiement direct des honoraires

[45] Dès le premier fondement légal du syndicalisme médical (loi du 30 novembre 1892), la pratique individuelle du paiement direct des honoraires est posée en principe auquel il n'est dérogé qu'au profit des « indigents » (1893) bénéficiaires de l'assistance médicale gratuite (qui sera transformée en CMUC en 1999) et des victimes de guerre (les victimes d'AT-MP) en 1919.

- [46] C'est à l'occasion de l'élaboration de la première loi française sur les assurances sociales qu'a lieu le débat fondateur¹⁵. Forts de la première charte de la médecine libérale (1927) et de leur regroupement dans une organisation syndicale unique (création de la CSMF en 1928), les médecins s'opposent à la loi du 5 avril 1928 qui avait retenu un texte ouvert, évoquant tant le paiement direct que la possibilité d'un tiers payant : « *le montant (des prestations en nature) est supporté par la caisse ou remboursé par elle à l'assuré suivant les conditions déterminées par les contrats* ». La loi qui est seule mise en œuvre, celle du 30 avril 1930, ne retient plus que le principe d'avance des frais, ouvrant toutefois l'alternative pour la caisse de rembourser l'assuré ou de lui avancer une partie du montant des frais entraînés par la maladie : « *cette part contributive (celle garantie par les caisses) est avancée ou remboursée par la caisse à l'assuré* ». L'ordonnance du 19 octobre 1945 dispose que « *la part garantie par les caisses est remboursée à l'assuré* ». Elle ne peut dès lors plus lui être avancée.
- [47] Le Code de déontologie médicale (décret du 29 juin 1947) cite pour sa part parmi « *les principes qui traditionnellement sont ceux de la médecine française (...) le paiement direct des honoraires par le malade au médecin (...) sauf dans le cas où leur observation serait de nature à compromettre le fonctionnement rationnel ou le développement normal des services ou institutions de médecine sociale* ».
- [48] On ne saurait à cet égard limiter la position des médecins à la seule défense de leurs intérêts matériels, même s'il y a une certaine congruence entre avance des frais et liberté tarifaire. Il s'agit aussi de l'affirmation du principe d'indépendance des pratiques de prise en charge des patients qui conduit à rejeter toute intervention des organismes d'assurance maladie, y compris sous la forme d'un tiers payant.
- [49] Par la suite et pendant 25 ans, le débat entre Etat et assurés représentés par les partenaires sociaux d'une part, les organisations de médecins libéraux d'autre part, ne porte plus sur le sujet de l'avance des frais mais sur celui du montant des frais et sur le remplacement de l'entente directe médecin-patient par des tarifs conventionnels, aboutissant en 1971 à la première convention nationale.
- [50] Le sujet du tiers payant fait pendant ce temps l'objet d'arrangements et de développements à bas bruit et à l'insu des pouvoirs publics, recensés en 1979 par un rapport de l'IGF dit rapport HEILBRONNER: avance exceptionnelle de la caisse à l'assuré, émission par la caisse d'un chèque à l'ordre de l'assuré endossé ensuite par celui-ci au profit du médecin, titre médecin que la caisse donne à l'assuré et par lequel il paie le médecin pour les actes coûteux (sorte de chèque non endossable par l'assuré), endossement du chèque par le médecin une fois l'assuré remboursé, accord de tiers payant entre les mutuelles et des médecins, création d'établissements de soins mutualistes. Ces développements sont dénoncés pour leur caractère anarchique, illégal, inéquitable entre les organismes d'assurance maladie et les assurés, sans doctrine d'emploi reliant tiers payant et politique de santé.

2/ 1975-2000 : la dispense d'avance de frais ouverte à certains actes

- [51] A partir de la décennie 1970, la rémunération des médecins est organisée par des conventions nationales signées entre leurs organisations syndicales représentatives et les caisses nationales d'assurance maladie. C'est à l'occasion de la première convention du 28 octobre 1971 que les médecins obtiennent l'inscription des principes de la médecine libérale au niveau législatif dans le Code de la sécurité sociale (article L 162-2 du Code de la sécurité sociale par lequel s'est ouvert le rapport, issu de la loi du 3 juillet 1971) et non plus dans le Code de déontologie médicale ; ces principes sont toutefois qualifiés par le Code de la sécurité sociale de principes déontologiques.

¹⁵ Sur le sujet du paiement direct des honoraires comme sur les autres principes de la médecine libérale ; il n'est rendu compte ici que des débats sur le tiers payant.

[52] C'est aussi, naturellement, dans ce nouveau cadre conventionnel que se déroule le débat sur l'évolution des modalités de paiement des médecins¹⁶, pouvant reposer sur deux grandes options alternatives:

- Une première option consiste, dans le cadre de la liberté de choix du médecin par le patient d'une part, de la liberté d'installation, d'exercice et de prescription du médecin de l'autre, à déroger au principe d'avance des frais dans l'exacte mesure où il empêcherait l'accès à des soins coûteux, fondamentalement ceux de spécialités techniques en plein développement. Dès la deuxième convention signée en 1976, puis à chaque nouvelle négociation, est alors posé et élargi le principe de dispense d'avance de frais pour les soins chirurgicaux, radiologiques et biologiques coûteux en soi (1976, pour des seuils variant entre 350 et 400 francs) puis cumulés (1980), puis effectués au cours d'une hospitalisation privée (1985), sans exigence de seuil pour les assurés pris en charge à 100 % (1990). Le rapport HEILBRONNER propose pour sa part, sans être suivi d'effet, de généraliser le tiers payant à tous les actes de plus de 250 francs (environ 130 euros en valeur 2013).
- Une seconde option se présente postérieurement dans les décennies 1980 et 1990 avec les nouveaux équilibres politiques et la volonté de réhabiliter la médecine de premier recours, les projets de nouvelles formes de rémunération autres que le paiement à l'acte et la création de centres de santé intégrés (programme socialiste en 1981, création de MG France en 1986). Dans ce cadre global, ce qui est préconisé est la dispense d'avance des frais pour la médecine généraliste de premier recours, le cas échéant érigée en régulateur du recours à la médecine libérale spécialiste ou à l'hôpital. Cette option prend deux formes qui échouent globalement :
 - L'avenant 1 à la convention de mars 1990 signé en 1991 entre la CNAMTS et MG France prévoit le tiers payant intégral pour les patients remboursés à 100 %, l'abonnement annuel à un généraliste, des contrats de santé comprenant un examen annuel rémunéré 180 francs. Cet avenant ne sera jamais appliqué car refusé par les autres syndicats, notamment en raison de l'introduction du tiers payant. Les négociateurs historiques depuis 1967 de FO et du CNPF sont pour leur part désavoués par leurs organisations et cèdent leur place de président et de vice-président à la CNAMTS.
 - L'ordonnance du 24 avril 1996 met pour sa part en place le système du médecin généraliste référent où, en contrepartie de l'obligation de consulter son médecin généraliste avant tout autre professionnel sauf cas de force majeure (sans sanction toutefois), de l'engagement du médecin à une limitation des actes et au respect de bonnes pratiques, le patient bénéficie du tarif conventionnel du secteur 1 et du tiers payant pour la part AMO, de la tenue d'un dossier médical (pour lequel le médecin reçoit un forfait annuel de 45 francs), le tout étant formalisé par un contrat de confiance signé entre le médecin et son patient. Ce système fait l'objet d'une convention spécifique aux médecins généralistes signée le 12 mars 1997, puis après son annulation par le Conseil d'Etat, par une nouvelle convention spécifique aux généralistes signée le 26 novembre 1998. Le système de médecin référent connaît très peu de succès (6000 médecins, un million d'assurés) et est remplacé dans la loi du 13 août 2004 par le système du médecin traitant, fondé sur une logique très différente : là où il y avait en cas de recours au médecin référent des incitations positives pour le médecin et le patient (dont le tiers payant), il y a en cas de non-recours au médecin traitant des sanctions financières pour le seul assuré (un ticket modérateur de 70 % au lieu de 30 %).

[53] Au cours de cette période, les médecins réaffirment donc le principe du paiement direct des honoraires, tout en en organisant les dérogations pour les actes les plus coûteux.

¹⁶ Cf. actuel article L 162-4, 2°bis.

3/ La décennie 2000 : le tiers payant pour les ménages pauvres, l'accélération des remboursements pour l'ensemble des assurés

- [54] La décennie 2000 se caractérise d'une part par la poursuite de la demande de soins, d'autre part par une augmentation des prix unitaires (dépassement d'honoraires pour la médecine de ville, existence de biens à prix libre comme l'optique, les prothèses dentaires, les audioprothèses). L'une et l'autre sont régulées par une augmentation des co-paiements par l'assuré (paniers de soins plus strictement définis, ticket modérateur, franchises et forfaits) et conduisent à un transfert de l'AMO¹⁷ vers les ménages, soit directement, soit indirectement via une hausse de leurs cotisations aux AMC. Par ailleurs, au moment où les situations de pauvreté concernent environ 10 % de la population, apparaissent les notions de reste à charge par rapport au revenu disponible et de renoncement aux soins. Leur traitement fait l'objet de deux constructions législatives majeures (la CMUC par la loi du 27 juillet 1999¹⁸ et l'étage supplémentaire de l'ACS par la loi du 13 août 2004) et de propositions de réformes plus fondamentales de maximum à facturer, pour reprendre les termes des réformes intervenues dans les principaux pays à assurance maladie, et de bouclier sanitaire selon l'expression française.
- [55] Dans ce cadre, le débat sur l'avance des frais se focalise, contrairement aux décennies précédentes, sur les ménages les plus modestes. Il prend la forme d'un tiers payant prévu par la loi, pour la CMUC et l'AME¹⁹ et d'un tiers payant prévu par voie conventionnelle et pour les bénéficiaires de l'ACS²⁰, des accords conventionnels locaux ainsi que des décisions individuelles prises par les médecins (*cf. infra*).
- [56] Parallèlement, les progrès de la télétransmission engagés depuis le milieu des années 1990 permettent un remboursement de l'ensemble des assurés à quatre jours en moyenne²¹, les ménages bénéficiant par ailleurs de facilités de crédit globales (autorisation de découvert, carte bancaire à débit différé).
- [57] On comprend dès lors qu'avec un système de tiers payant qui couvre les actes coûteux et les ménages modestes (et au final un tiers des actes des médecins de ville), qu'avec le raccourcissement considérable des délais de remboursement pour tous les assurés, qu'avec la focalisation des débats sur le montant des frais (et les sujets d'accessibilité géographique des médecins), il n'y a pas eu depuis vingt ans de débat sur la généralisation du tiers payant en médecine de ville, que celui-ci n'est pas documenté par les instances d'évaluation des politiques publiques, qu'il n'est pas abordé par les principaux ouvrages publiés sur la décennie 2000 en matière de Sécurité sociale, d'assurance maladie, de santé²². Il n'est documenté que par un seul article datant de 2000 par des économistes de la santé s'interrogeant sur son caractère inflationniste²³ (*cf. infra*).

¹⁷ La prise en charge des soins courants par l'AMO est aujourd'hui de 55 % (rapport du HCAAM, 2011) sans que toutes les personnes bénéficient d'une AMC (6,7 % n'en disposent pas, mais 22 % des ménages modestes) ou d'un niveau de couverture suffisant au titre de l'AMC.

¹⁸ Dès la loi du 19 juillet 1992, les bénéficiaires du RMI bénéficient d'une couverture à 100 % et du tiers payant.

¹⁹ Pour le rapporteur de la loi sur la CMUC, JC Boulard, « le tiers payant est une disposition fondamentale pour permettre un accès aux soins effectif des personnes les plus modestes pour lesquelles l'avance des frais est très souvent un obstacle majeur de l'exercice de leur droit à la santé ».

²⁰ Qui n'a toutefois été appliqué qu'à compter du règlement conventionnel provisoire arrêté par l'Etat en 2010, la disposition prévue par la convention de 2005 étant restée lettre morte.

²¹ L'article R 161-47 du Code de la sécurité sociale encadre ces délais de remboursement en cas de transmission par voie électronique à 3 jours ouvrés en cas de paiement direct à l'assuré et à 5 jours en cas de tiers payant, délai rappelé par la convention médicale du 26 juillet 2011.

²² Exemples : *Droit de la sécurité sociale* (Dupeyroux et alii) ; *Les assurances maladie* (Bras et Tabuteau 2012), alors que l'ouvrage consacre tout un chapitre à la problématique de l'accès aux soins ; *Traité d'économie et de gestion de la santé* (sous la direction de Bras, de Pouvourville, Tabuteau) ; *La réforme des systèmes de santé* (Palier).

²³ La lettre du collège des économistes de la santé (septembre 2009) faisant un bilan des 20 ans de collège ne fait allusion à aucun travail sur le tiers payant. Il n'y a pas d'éléments sur le tiers payant dans les grandes bases de données sur la santé, EcoSanté et ScoreSanté. Seule l'enquête ESPS pose la question : votre AMC pratique-t-elle le tiers payant ?

4/ Le développement pragmatique du tiers payant dans les autres professions de santé

[58] Les tableaux suivants situent pour le deuxième semestre de l'année 2012 les taux d'actes et de biens médicaux facturés en tiers payant chez les autres professions de santé.

Tableau 2 : Taux de tiers payant en nombre de décomptes par profession (hors ménages modestes et ALD), tous régimes confondus, de juillet à décembre 2012

	Chirurgiens dentistes	Sages - femmes	Laboratoires	Infirmiers	Masseurs kinésithérapeutes	Orthophonistes	Orthoptistes
Proportion d'actes réalisés en tiers payant	17,4 % ²⁴	38,1 %	99 %	84 %	55,6 %	71 %	Données non disponibles

	Pharmaciens	Pédicures - podologues	Opticiens	Audio-prothésistes	Prothésistes	Fournisseurs de biens médicaux	Transporteurs et taxis
Proportion d'actes réalisés en tiers payant	Données non disponibles ²⁵	Données non disponibles	Données non disponibles				

Source : CNAMTS- Erasme national tous régimes - juillet à septembre 2012

[59] La mission relève la large extension du tiers payant chez les autres professionnels de santé, voire une quasi-généralisation chez les pharmaciens. Cette cible a été atteinte sans débat idéologique ni normatif majeur mais en raisonnant et en développant pragmatiquement le tiers payant du point de vue de deux types d'acteurs:

- les professionnels et leurs syndicats, en fonction de l'état du marché (son degré de concurrence notamment : l'origine du tiers payant pharmaceutique renvoie ainsi à la concurrence avec les pharmacies mutualistes qui le pratiquaient), aux volumes de flux échangés ainsi qu'aux techniques disponibles. La forte informatisation des pharmacies et les logiciels métiers qui en découlent ont logiquement constitué cette profession en leader du tiers payant ; la télétransmission qui remplace la facture papier et permet des échanges sécurisés a constitué un palier de développement décisif (*cf. encadré infra*) ;
- les AMC : celles-ci ont toujours considéré le tiers payant comme un élément de qualité de leur offre à leurs adhérents. De façon plus récente, sur la décennie 2000, les AMC ont pris appui sur les conventions de tiers payant qu'elles passaient avec les professionnels de santé dont les prix sont libres (notamment opticiens et audioprothésistes). Elles ont tenté de trouver un relais de concurrence en construisant des conventionnements sélectifs avec ces professionnels dans le cadre de réseaux de soins, échangeant l'apport de clientèle notamment lié au tiers payant à des engagements des professionnels en termes de modération de prix et, dans certains cas, de respect de standards de qualité. La pratique du tiers payant étant désormais généralisée à l'ensemble des AMC, il n'est toutefois plus désormais ni un avantage concurrentiel pour celles-ci²⁶, ni un levier significatif d'entrée des professionnels à prix libre (donc hors médecins) dans les réseaux de soins.

²⁴ Dont 17,8 % (dentistes) et 7,7 % (dentistes ODF).

²⁵ La CNAMTS indique que ce taux est proche de 100 % sur le champ des médicaments génériques.

²⁶ Il est désormais impensable de ne pas proposer cette option, hormis clause de renonciation explicite au tiers payant dans le cadre de certains contrats.

- [60] Ce pragmatisme s'est traduit par le développement dans un temps long de process « industriels » spécifiques (environ vingt cinq ans pour les pharmaciens), dont les AMC estiment qu'ils sont aujourd'hui arrivés à maturité et peuvent se déployer rapidement (*cf. leur description infra en partie 1.2*).
- [61] L'avance des frais est donc une spécificité des médecins libéraux dont la mission montrera en deuxième partie qu'elle évolue notablement. C'est aussi une spécificité française.

1.1.2.2 Sauf exceptions, la France est le seul pays à assurance maladie à pratiquer l'avance des frais et le débat sur cette technique n'existe pas dans les organisations internationales

1/ Une comparaison avec les autres pays

- [62] La doctrine²⁷ identifie trois idéaltypes de systèmes de santé :
- les systèmes libéraux de santé, qui concernent principalement les États-Unis et quelques pays d'Europe centrale et orientale ;
 - les systèmes nationaux de santé, présents par exemple au Royaume-Uni, en Suède, en Finlande, en Italie ;
 - les systèmes d'assurance maladie, présents en France, en Allemagne, en Autriche, en Suisse, aux Pays-Bas, en Belgique, au Luxembourg, en Israël, au Canada, au Japon. C'est à cette troisième catégorie qu'il convient de se référer pour étudier la relation sur grande échelle assuré-caisse d'assurance maladie publique-médecin libéral et pour déterminer si le principe d'avance des frais français est une exception ou la règle ou, pour reprendre la problématique assignée à la mission si le tiers payant est ou non généralisé²⁸.
- [63] Il existe au regard de la problématique de tiers payant trois groupes de pays à assurance maladie :
- les pays où le tiers payant est la règle et où les caisses d'assurance maladie paient directement ou indirectement les médecins. Il s'agit de l'Allemagne (les caisses d'assurance maladie paient des associations régionales de médecins qui paient ensuite individuellement les médecins), de l'Autriche, des Pays-Bas, d'Israël, du Canada et du Japon. Dans l'ensemble de ces pays, l'assuré règle en revanche directement au médecin la part non couverte par les assurances maladie ;
 - les pays partageant le même système que la France : la Belgique (avec l'existence d'un tiers payant « contre » tenue d'un dossier médical global) et le Luxembourg, avec souvent les mêmes exceptions de tiers payant « social » ;
 - la Suisse enfin, met en œuvre un système appelé tiers « garant » : le patient ne paie pas chez le médecin mais reçoit dans un deuxième temps sa facture, qu'il a trente jours pour acquitter. Il demande dans l'entretemps son remboursement à son assurance maladie puis paie son médecin. Il n'a donc au global avancé aucun frais.

²⁷ Par exemple, B. Palier, *La réforme des systèmes de santé*, 2010.

²⁸ Le tiers payant est aussi utilisé dans les réseaux de soins privés américains.

[64] La mission est consciente de l'impossibilité de porter un jugement sur chacun des systèmes d'assurance maladie sur le sujet de l'avance ou non des frais du patient sans le mettre en perspective avec les périmètres de remboursement propres à chacun ainsi qu'avec deux équilibres institutionnels forts, celui existant entre Etat et médecins libéraux d'une part et celui existant entre AMO et AMC d'autre part :

- sur le premier point par exemple, les médecins allemands ont depuis plus d'un siècle choisi (ou ont été placés dans des circonstances qui les ont conduit à choisir) l'intégration institutionnelle à l'Etat providence et la construction d'une médecine où le médecin de caisse (« *Kassenarzt* ») constitue l'identité collective dominante de la profession. Les médecins français ont fait un autre choix (ou ont été placés dans des circonstances qui leur ont permis de faire d'autres choix) : celui de l'entente directe et du paiement direct avec le patient, excluant tout paiement par les caisses d'assurance maladie interprété comme contraire au statut de la profession ;
- sur le deuxième point, la France se caractérise par la forte présence des AMC en matière de soins de ville pour les raisons suivantes : une conception de la protection sociale comme devant socialiser au maximum les risques sociaux²⁹, une prise en charge très large des affections de longue durée et un plus fort recours à l'hospitalisation conduisant alors à une prise en charge modérée des soins de ville par l'AMO. Cette prise en charge modérée de coûts parfois élevés ouvre alors un champ important aux AMC, *a fortiori* dans le cadre d'une cible ambitieuse de socialisation, par ailleurs soutenue par des avantages sociaux et fiscaux importants en faveur des AMC ;
- les autres pays à assurance maladie ont fait globalement d'autres choix: une plus faible cible de socialisation (se marquant désormais plus par une forte franchise souvent plafonnée en fonction des revenus que par un fort ticket modérateur³⁰), une plus forte maîtrise des coûts des professionnels, du champ des affections de longue durée et du recours à l'hospitalisation, donc une prise en charge mieux assurée des soins de ville. La part des AMC y est alors beaucoup plus faible qu'en France³¹, celle-ci pouvant d'ailleurs être gérée par les organismes d'AMO. Les sujets de paiement direct des médecins par les caisses d'assurance maladie sont dès lors simplifiés par l'existence d'un interlocuteur unique, par opposition au cas français, conduisant à une plus forte sensibilisation des assurés.

[65] L'avance des frais auprès du médecin constitue donc une spécificité française, fortement reliée du point de vue de la mission à l'influence institutionnelle des médecins et à l'éclatement de la gestion entre AMO et AMC.

2/ Il n'existe pas à la connaissance de la mission de débats sur le tiers payant dans les organisations internationales.

[66] De la consultation précise des sites des principales organisations internationales, il résulte que n'existent pas de débats courants sur le tiers payant ni à l'AISS, ni à l'OCDE, ni à l'OMS.

[67] La plus récente synthèse de l'OCDE sur ses pays membres³² traite du sujet de la participation du patient au coût des services, non du paiement et de son avance éventuelle.

²⁹ Cf. sur ce point la note de proposition de l'IGAS (juillet 2012) sur une analyse des niveaux de protection sociale. On rappelle que dans le budget des ménages en 2011, les dépenses de santé non remboursées par AMO et AMC représentent 4 %.

³⁰ Exemple en Suisse : forte franchise (300 francs suisses soit 240 euros), non plafonnée en fonction des revenus, et faible ticket modérateur (10 %).

³¹ Selon l'OCDE (*Systèmes de santé. Efficacité et politiques*, 2011), le recours aux AMC en termes de population éligible et de dépenses prises en compte est deux fois supérieur en France par rapport à l'Allemagne, aux Pays-Bas et à la Belgique, trois fois par rapport à la Suisse. L'AMC n'existe pratiquement pas en Autriche et au Luxembourg.

³² « *Systèmes de santé. Efficacité et politiques* », 2011.

- [68] Pour ce qui concerne l’OMS, ses récents rapports sur la santé dans le monde³³ développent l’idée qu’il faut passer de systèmes de santé basés sur le paiement direct des prestations aux professionnels de santé par les ménages (systèmes incapables de prendre en compte les dépenses catastrophiques, inégaux selon les revenus, inhibant l’accès aux soins, autorisant tarifs exorbitants et paiements en dessous de table) à des systèmes de couverture universelle « prépayés » par des cotisations ou des impôts assis sur les revenus de l’ensemble de la population et permettant notamment aux plus modestes d’accéder aux soins.

1.1.3 Les règles et les pratiques actuelles posent de nombreuses difficultés

- [69] La mission a rappelé les règles actuelles qui permettent d’appliquer le tiers payant à certains actes et à certains ménages, puis les circonstances historiques de leur naissance et leur spécificité à notre pays. Il s’agit à présent d’analyser ces règles et d’évaluer leur pratique réelle, puisque leur mise en œuvre est pour partie à la main des médecins et des organismes d’assurance maladie.

1.1.3.1 En matière d’accès aux soins

- [70] Il existe une finalité claire aux dispenses d’avance de frais actuelles, que rappelle notamment la convention nationale du 26 juillet 2011: l’accès aux soins des personnes qui en ont le plus besoin, qu’elles suscitent des frais importants et/ou qu’elles disposent de ressources modestes.

- [71] Cette logique globale comporte néanmoins un certain nombre de limites :

1/ Les deux chefs de dispense d’avance des frais sont exprimés de façon indépendante et non liée.

- [72] 120 euros (plancher des soins coûteux) peuvent représenter une faible avance pour un ménage de cadres supérieurs, une avance lourde pour un ménage modeste et/ou qui a à assumer au même moment des dépenses incompressibles importantes. Dans l’enquête menée par la CPAM du Gard auprès d’un panel d’assurés à l’occasion de la présente mission et qui n’a pas de prétention à une représentativité a fortiori nationale (cf. **annexe 4**), 41 % d’entre eux expriment l’opinion que l’avance des frais représente pour eux une difficulté au-delà de 50 euros (qui ne sont pas nécessairement des actes techniques : une visite à domicile peut vite atteindre ce montant en région rurale), 80 % d’entre eux au-delà de 100 euros. C’est à 86 % chez le spécialiste que se pose cette difficulté. 55 % des assurés interrogés estiment dans ces conditions avoir déjà renoncé à des soins compte tenu de l’avance des frais nécessaire.

- [73] On rappelle à cet égard que, dans la plupart des pays à assurance maladie, ceux-ci ont non seulement généralisé le tiers payant, mais ont de plus posé une règle de maximum à facturer qui aboutit à annuler à un certain niveau de ressources le reste à charge final. La France est très loin de l’un comme de l’autre de ces mécanismes.

2/ L’accès aux soins de ville des ménages les plus modestes renvoie très au-delà du sujet de l’avance des frais.

- [74] Si l’on récapitule les obstacles à cet accès (et en creux donc les déterminants du renoncement aux soins) analysés lors du colloque du 22 novembre 2011 organisé par la DREES³⁴, on établit la liste suivante :

- l’accessibilité financière : sont cités parmi les facteurs déterminant celle-ci le nombre d’actes de soins (dans un système de paiement à l’acte) ; le prix unitaire des soins ; la prise en charge par les AMO et AMC des soins, qui est fonction de l’assiette prise en charge par rapport au prix unitaire des soins et les taux de prise en charge déduction faite des co-paiements de

³³ 2008, *Les soins de santé primaires* ; 2010, *Le financement des systèmes de santé*.

³⁴ Cf. aussi, le rapport du groupe *Santé et accès aux soins préparatoire à la conférence nationale contre la pauvreté et pour l’inclusion sociale*, novembre 2012.

l'assuré (ticket modérateur, franchises). L'ensemble de ces éléments conduisent à déterminer le reste à charge des ménages, rapporté à leurs revenus disponibles par unité de consommation, disponibilité mesurée après dépenses incompressibles et disponibilité au moment des soins (soins imprévus/soins programmés ; moments critiques de l'existence comme chômage, endettement, « corde raide » ; réserves des ménages et disponibilités prévues dans le futur). C'est seulement une fois ces éléments en matière de montant des frais acquis qu'interviennent les éléments relatifs à l'avance des frais, liée à l'existence ou non de tiers payant et au couple délai de remboursement-facilités de crédit communes des ménages ;

- l'accessibilité administrative, qui renvoie à la connaissance et la compréhension de ses droits à l'AMO et plus encore aux AMC, à celle de son organisme gestionnaire, à la réunion de nombreux justificatifs, à la capacité de gérer ces règles en cas de divers événements de vie ;
- l'accessibilité géographique, qui dépend de la disponibilité des professionnels de santé (déserts médicaux, temps d'attente chez les spécialistes,...), de leurs refus de soins éventuels ;
- l'accessibilité culturelle et psychologique aux soins, qui renvoie aux facteurs de renoncement aux soins par la personne et à la connaissance du système de soins par la personne ou son réseau social.

3/ Enfin, le sujet de l'avance des frais n'est pas réglé pour tous les ménages modestes :

- parce que les seuils de la CMUC et de l'ACS sont faibles (ils représentent respectivement 65 % et 100 % du seuil de pauvreté désormais fixé à 60 % du revenu médian) ; ils ne couvrent notamment pas les nouvelles précarités, comme celles liées aux travailleurs pauvres ;
- parce qu'il ne concerne que la part obligatoire pour les bénéficiaires de l'ACS ;
- parce qu'il existe des phénomènes de non-recours au droit, faibles pour la CMUC, massifs pour l'ACS, sans que l'on ait abouti après 15 ans dans le premier cas, 10 dans le second, à définir des politiques publiques efficaces ; on rappelle que la mission confiée à Mme ARCHIMBAUD concerne notamment ce sujet ;
- parce qu'il existe des phénomènes de lenteur d'ouverture ou de réouverture des droits au tiers payant dès lors qu'il s'agit de gérer un critère ressources, que les intéressés ont des trajectoires professionnelles donc d'affiliation à l'assurance maladie heurtées, que les organismes d'AMO diligentent des contrôles administratifs réguliers sur ces populations (dont les bénéficiaires d'AME), conduisant les associations d'usagers à prôner un réinvestissement massif des organismes d'assurance maladie sur le service aux plus modestes, l'immédiateté de l'ouverture de leurs droits et la lutte contre leur suspension ;
- parce qu'existent également des phénomènes de refus de tiers payant³⁵ chez certains médecins (les taux de tiers payant pour les patients en CMUC hors ALD³⁶ s'échelonnent entre 94,5 % chez les spécialistes cliniques de secteur 2 et 98,5 % chez les généralistes de secteur 1³⁷ alors qu'ils devraient être de 100 %). Une étude réalisée en 2011 par le fonds CMU³⁸ a mis en avant que les refus d'application du tiers payant par les professionnels de santé sont à l'origine de 13,5 % des situations de renoncement aux soins des bénéficiaires de la CMUC, sans que l'on dispose de résultats spécifiques pour la médecine de ville (ni pour les bénéficiaires de l'ACS) ;
- parce que, comme l'explicitera la partie suivante relative au fonctionnement administratif du tiers payant, une partie des dysfonctionnements intervient dans des cas de ménages

³⁵ Assimilés à des refus de soins par le Fonds CMU.

³⁶ Source : CNAMTS, Erasme national, juillet à décembre 2012.

³⁷ Il s'agit de plus d'une moyenne. Dans le Gard, 41 généralistes (sur un total de 703) ont un taux de tiers payant pour les bénéficiaires de CMUC inférieur ou égal à 70 % (dont un avec un taux nul).

³⁸ Source : *Renoncement aux soins des bénéficiaires de la CMUC : Enquête dans les CES de l'assurance maladie, mars 2011*. Enquête conduite conjointement par le Fonds CMU et le CETAF.

modestes, pouvant conduire en retour à des refus de tiers payant par les médecins au profit des assurés qui y ont justement droit.

[75] Sur tous ces sujets, les PRAPS élaborés par les ARS rappellent l'importance de commencer par appliquer les textes existants en matière de CMUC et d'ACS.

3/ Il n'existe pas de règles dispensant d'avance de frais des personnes qui ne sont pas nécessairement impécunieuses mais qui sont vulnérables dans leur relation avec l'argent.

[76] Des CPAM ont pris l'initiative dans des accords locaux de prévoir le tiers payant pour de tels types de personnes : personnes sous tutelle, résidents en EHPAD, personnes en soins palliatifs à domicile. Mais ces situations sont des exceptions.

4/ En sens inverse de ces limites, il existe deux situations où la dispense d'avance de frais actuelle n'obéit ni à la logique systématique de soins coûteux, ni à la logique systématique de ressources modestes :

- les personnes qui recourent aux centres de santé, aux services de PMI et aux établissements de santé non en matière d'hospitalisation mais en matière de consultations externes ou de consultations dans les services d'urgence. A l'origine, il existait une présomption de ressources modestes pour la fréquentation de ces trois types d'établissements. Or ceux-ci ont fortement évolué depuis des décennies, singulièrement les établissements de santé, pour s'ouvrir à toute la population en termes d'urgences (dont l'essentiel est en fait des consultations de premier recours) et de consultations externes ;
- les victimes d'AT-MP. Il y a là (depuis 1919) une présomption de ressources modestes et de soins coûteux, notamment parce qu'ils sont répétitifs. Or là encore, il ne s'agit plus d'une situation systématique, notamment compte tenu du champ très large de l'assurance AT-MP dans notre pays (la France indemnise dès 1 % d'incapacité permanente un accident du travail ou une maladie professionnelle, contre 30 % en Allemagne ; 99 % des titulaires d'une rente exercent une activité professionnelle). Le sujet est ici proche de celui des niveaux de prise en charge des ALD: ces personnes peuvent avoir de faibles dépenses et/ou de fortes ressources, cependant que des personnes non en ALD peuvent avoir des dépenses importantes et de faibles ressources. C'est néanmoins la première catégorie qui aura droit à une prise en charge de 100 % de ses dépenses, non la seconde.

[77] Les présomptions historiques de soins coûteux/ressources modestes peuvent donc ne plus être justifiées, cependant que de nouvelles populations pourraient avoir besoin d'entrer dans le champ du tiers payant.

5/ Les pratiques individuelles des médecins sont très diversifiées.

[78] Les médecins ont eu sur la durée la tolérance de pratiquer le tiers payant pour autant que les organismes d'assurance maladie l'acceptaient, tolérance désormais juridiquement fondée dans la convention du 26 juillet 2011. Ni avant, ni après 2011 n'est intervenue une quelconque directive nationale.

- [79] Les pratiques d'octroi par les médecins et d'acceptation par les CPAM sont dès lors très diversifiées :
- Elles varient tout d'abord entre départements³⁹. Pour les généralistes, hors tiers payant légal (CMUC et AT-MP) et hors ALD, le taux moyen d'actes en tiers payant est de 13,6 %, variant de 3 % (Côtes d'Armor) à 28,4 % (Haut Rhin). Pour les spécialistes, la moyenne est de 30,3 % et varie de 13,5 % (Lozère) à 51 % pour les deux départements de Corse. Ces chiffres sont donnés hors DOM où le taux de tiers payant est très élevé, singulièrement à la Réunion (97,6 % pour les généralistes, 80,9 % pour les spécialistes) ;
 - Elles varient également à l'intérieur d'un même département. Pour prendre l'exemple du Gard, le taux de tiers payant des médecins généralistes variait en 2009 de 0 à 100 % avec une moyenne de 40,6 %, différent entre territoires (ex : importance du tiers payant dans le bassin d'Alès), dans une même ville et avec le même type de patientèle, dans un même cabinet médical ;
 - Elles varient enfin même dans la catégorie des personnes atteintes d'une ALD alors qu'il existe une demande forte des assurés en cause (qui assimilent exonération à 100 % et tiers payant) et que les médecins pourraient retenir une présomption de soins répétitifs donc coûteux. Au global, si 45,3 % des actes effectués par des généralistes et 55,4 % des actes réalisés par des spécialistes à destination de patients en ALD sont facturés en tiers payant, les taux de tiers payant varient ainsi entre départements de métropole⁴⁰ de 16,5 % à 75,6 % pour les médecins généralistes et de 28,6 % à 74,5 % pour les médecins spécialistes⁴¹. Le contenu général du site AMELI de la CNAMTS comme les rappels plus ciblés de certaines CPAM vis-à-vis des médecins qui pratiquent le tiers payant de façon systématique n'ont manifestement pas régulé ces pratiques.
- [80] Il y a derrière ces chiffres à la fois mêlées des données locales (précarité de la population - 50 % de la population à la CMUC à la Réunion), des pratiques locales (ex : importance de la tradition mutualiste, attraction de la gratuité du régime minier dans le bassin d'Alès) et des pratiques individuelles.
- [81] Au global donc, le sujet du tiers payant s'est développé et se développe à l'insu des parties conventionnelles nationales ce qui relativise leurs positions de fond (principes de la médecine libérale d'un côté, responsabilisation des assurés de l'autre) et a toujours ouvert une soupape de pragmatisme.
- [82] Mais ce système est illisible et donc incertain pour les patients et générateur d'inégalités. Lorsque la CPAM du Gard interroge le panel d'assurés, la moitié d'entre eux ne savent pas lorsqu'ils consultent un médecin qui n'est pas leur médecin traitant s'ils vont devoir avancer les frais ou pas et ils pensent, contrairement à la réalité, qu'ils auront droit au tiers payant plutôt chez le généraliste que chez le spécialiste.
- [83] Ce système fait enfin peser sur le médecin un rôle social qui ne devrait pas être le sien, le soumet à la pression implicite ou explicite de sa patientèle⁴² (ne pas accorder de tiers payant, c'est prendre un risque vis-à-vis de celle-ci) ainsi qu'en sens inverse, de la pression des caisses d'assurance maladie qui essaient faire respecter le caractère « ponctuel » qui devrait être le sens de leurs décisions aux termes de la convention du 26 juillet 2011.

³⁹ La liste détaillée des taux figure en **annexe 6**.

⁴⁰ Le détail par département figure en **annexe 6**.

⁴¹ Alors même que les patients en ALD sont éligibles à la réglementation sur les actes techniques coûteux sans exigence de plancher.

⁴² A la question de l'origine de la dispense de frais – demande des assurés ou proposition du médecin – le panel d'assurés du Gard répond à 85 % le médecin.

1.1.3.2 En matière d'organisation des soins

- [84] Le lien tiers payant – organisation de l'offre de soins est second par rapport au lien tiers payant – accès aux soins. A titre de référence, la convention nationale du 26 juillet 2011 ne fait aucun lien entre les deux sujets et les documents stratégiques et de programmation établis par les ARS non plus, à une exception près relative aux maisons médicales de garde, notée *infra*. Cinq sujets doivent néanmoins être traités à ce stade.

1/ Le tiers payant dans les établissements de santé

- [85] Les consultations externes comme les consultations des services d'urgence non suivies d'hospitalisation ne sont pas gratuites comme on le dit souvent (nouvelle preuve de la confusion possible entre gratuité et dispense de frais) : si le patient ne paie rien dans un premier temps, il reçoit après la consultation une facture et paie le ticket modérateur ; l'hôpital récupère auprès de l'AMO (aujourd'hui indirectement et avec des calculs forfaitaires faits par l'ATIH, demain directement auprès des caisses d'assurance maladie via le programme FIDES) ; il peut également, en cas d'accord avec les AMC, récupérer le ticket modérateur qu'elles prennent en charge directement.
- [86] La dispense d'avance des frais pour les consultations externes pourrait constituer un élément de concurrence avec les médecins spécialistes aux actes « non coûteux ». Ce problème n'est pas apparu notable aux interlocuteurs de la mission qui ont situé le recours aux consultations externes moins pour des raisons de dispense d'avance de frais que pour des raisons de rareté de médecins spécialistes de ville et de meilleurs délais de consultation, de prescription du médecin généraliste, de respect des tarifs opposables dans les hôpitaux.
- [87] Pour ce qui est des consultations des services d'urgence où le pronostic vital n'est pas en cause (c'est-à-dire l'essentiel de ces consultations), l'existence d'une dispense d'avance de frais crée une distorsion de concurrence avec la médecine de ville (pour autant évidemment que celle-ci soit disponible), concurrence au sens où un flux de patients se détournerait d'une consultation de ville et irait à l'hôpital pour y bénéficier du tiers payant.
- [88] Il n'existe pas aujourd'hui d'études isolant dans les facteurs de recours aux urgences le facteur tiers payant. Les responsables de ces études laissent en effet toujours la possibilité aux sondés de déclarer plus d'un facteur, d'abord parce que les motifs de recours aux urgences sont le plus souvent multifactoriels, ensuite pour faciliter une réponse non biaisée des intéressés qui pourraient avoir tendance à privilégier un facteur de recours qui leur semble plus facile à exprimer (exemple : afficher un recours lié à la non disponibilité d'un médecin de ville alors que la motivation réelle est celle de l'accessibilité financière favorisée par le tiers payant).
- [89] A la question de savoir si le tiers payant a été une raison de recours aux services d'urgence, les diverses enquêtes donnent des résultats variables : 15,4 % (enquête téléphonique de la DREES, janvier 2003) ; 15 % dans le département du Maine et Loire (thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine, 27 novembre 2012. Université d'Angers), variant d'ailleurs de 22 % à Angers à 5 % à Saumur ; 24 % (sondage de TNS Sofres à la demande de la FHF, mai 2013, les français et l'hôpital) ; 36 % dans le panel de la CPAM du Gard. En règle générale, ces taux moyens sont plus élevés lorsque les ressources des sondés sont plus faibles (de fait, le Gard est le quatrième département de France en matière d'indicateurs de précarité).
- [90] La DREES a pour sa part réalisé le 11 juin 2013 une enquête nationale sous la forme « un jour donné » sur les structures des urgences hospitalières, enquête qui permettra d'analyser sous de multiples axes ce recours. Ses résultats ne seront toutefois pas disponibles avant début 2014, et n'isoleront pas le cas de recours aux urgences pour la seule raison de dispense d'avance des frais.

2/ Le tiers payant dans le cadre de la permanence des soins

- [91] On rappelle que, dans le cadre de la permanence des soins, les actes effectués par le médecin d'astreinte à la suite de la demande du médecin chargé de la régulation bénéficient d'une dispense d'avance de frais. Il s'agit là d'une règle pertinente, le patient ayant recours à ce processus, de nuit, lors des week ends et des jours fériés, pouvant ne pas avoir de disponibilité financière avec lui et les actes du médecin d'astreinte étant financièrement majorés (visite + intervention hors heures de disponibilité normales).
- [92] Cette règle récente (convention de 2011) est néanmoins limitée à la seule part AMO et peut ne pas être appliquée par le médecin dès lors qu'il n'a pas avec lui de lecteur de Carte Vitale.
- [93] Enfin, lorsque le patient fait appel à un effecteur de la permanence des soins (ex : SOS médecins, maisons médicales de garde) sans être passé par le processus de régulation, le tiers payant ne joue pas, ce qui est mal ressenti par le patient et par la structure (les maisons médicales de garde demandent avec insistance l'application généralisée en leur sein du tiers payant, relayées en ce sens par différents SROS). On retrouve ici la difficulté de structurer des parcours de soins par le biais du seul tiers payant.

3/ Le tiers payant contre médecin traitant pour les bénéficiaires de la CMUC et de l'ACS

- [94] Ainsi que la mission l'a relevé, le décret organisant cette contrepartie n'est pas paru pour les bénéficiaires de la CMUC, les diverses parties prenantes estimant nécessaire d'inciter prioritairement les intéressés à recourir au système de soins avant de leur imposer un parcours de soins.
- [95] Cette contrepartie est par contre exigée des bénéficiaires de l'ACS ce qui pose de nombreux problèmes lorsque les intéressés n'ont pas déclaré au médecin qu'ils étaient à l'ACS ou lorsqu'ils ne se sont pas inscrits dans le parcours de soins (pas de médecin traitant, pas de passage préalable par le médecin traitant).

4/ Le maintien du tiers payant au titre de droits acquis en termes de médecin référent

- [96] La mission n'a disposé de la part de ses interlocuteurs d'aucune donnée de bilan sur ce sujet. Si cette situation ne pose pas de problème, s'agissant de la gestion de droits acquis résiduels, un tel bilan du « tiers payant contre médecin référent » eût été utile, s'agissant d'une des références de la principale organisation syndicale de médecin demandeuse de la généralisation du tiers payant, MG France.

5/ Le tiers payant en matière de prévention

- [97] Les actes de prévention qui bénéficient du tiers payant sont limités. On pourrait se poser la question de savoir si ces actes ne devraient pas plutôt bénéficier de la gratuité que de la dispense d'avance de frais.
- [98] Il ressort en conclusion des observations de la mission que la quinzaine de cas de dispense d'avance des frais prévus par la réglementation et la capacité ouverte à chaque médecin d'accorder une telle dispense sans aucune directive nationale ont abouti à une situation illisible et inéquitable, sans doctrine d'emploi en lien avec la politique de santé et sans cohérence d'ensemble.

1.1.4. Les règles et les pratiques en matière d'AMC suivent partiellement celles qui gouvernent le tiers payant obligatoire

- [99] A défaut d'une base réglementaire ou conventionnelle, les règles relatives au tiers payant complémentaire sont définies par la voie de contrats individuels. Un tel conventionnement est notamment rendu nécessaire pour organiser l'accès de l'organisme complémentaire aux données administratives et coordonnées bancaires du médecin, dans le cas où le paiement est effectué directement de l'AMC au médecin (*cf. infra partie 1.2*). Ces conventions précisent alors, en même temps que les modalités techniques de fonctionnement du tiers payant, le champ d'application du tiers payant complémentaire. Il y est généralement établi que les actes concernés par la délégation de paiement sont ceux remboursables par le régime obligatoire et ayant fait l'objet d'une dispense d'avance de frais pour la partie relevant dudit régime - ce qui limite de fait la possibilité d'un tiers payant « autonome » qui viendrait s'exercer sur la seule part complémentaire.
- [100] Si les règles du tiers payant complémentaire sont établies en suivant les cas réglementaires ou conventionnels de dispense d'avance de frais, la pratique apparaît globalement en retrait par rapport au tiers payant en part obligatoire.
- [101] La mission a constaté en préambule à ses travaux la difficulté d'accéder à un chiffrage consolidé et exhaustif des flux en tiers payant. Seule l'AMO procède à la consolidation mensuelle d'un indicateur concernant les flux de facturation en tiers payant, ni les autres régimes, ni l'UNOCAM ni les fédérations d'organismes complémentaires (à l'exception de la FNMF) n'en assurant quant à eux un suivi exhaustif. Par ailleurs, les systèmes d'information de l'Assurance Maladie ne permettent pas de tracer le tiers payant intégral de manière exhaustive, en concaténant l'ensemble des flux possibles entre AMO et AMC.
- [102] A cette réserve près, il ressort des données agrégées par la mission que la pratique du tiers payant complémentaire est à la fois marginale et en décalage apparent par rapport aux taux de tiers payant relevés par le régime général en part obligatoire:
- Selon les chiffres de la Mutualité française à la fin mars 2013, les taux de tiers payant des médecins de ville sont proches de 6 %, si l'on excepte le cas des médecins radiologues, dont les taux atteignent 40 % du fait d'une insertion beaucoup plus complète dans les dispositifs de conventionnement mis en place ;
 - Sauf à supposer que les taux de tiers payant diffèrent fortement d'une famille complémentaire à l'autre⁴³, ces résultats apparaissent a priori en décalage avec les taux affichés par le régime obligatoire (hors cas de tiers payant légal et ALD). Le constat d'un tiers payant cantonné à la seule part obligatoire est confirmé par les échanges de la mission avec les CPAM des départements dans lesquels les commissions paritaires locales sont signataires d'accords locaux de tiers payant, indiquant une pratique du tiers payant généralement limitée à la part obligatoire, en dépit d'une demande des médecins en ce sens. Ce constat apparaît globalement convergent avec les analyses de la mission IGAS concernant les centres de santé, qui montre, même dans ces centres, une pratique du tiers payant « intégral » limitée à douze des dix sept centres visités et aux mutuelles assurant une gestion unique et intégrée des deux parts. Au sens de la mission, cette situation apparaît peu satisfaisante car source d'une simplification limitée pour les patients, même s'il résulte du sondage réalisé par la mission ainsi de ses échanges avec les associations d'usagers que ces derniers seraient prêts à se contenter d'un tiers payant pour la seule AMO⁴⁴ ;

⁴³ Ce qui n'est pas le cas au regard des échanges de la mission, la majeure partie du tiers payant se réalisant aujourd'hui via des opérateurs de tiers payant dont les délégataires émanent indistinctement des trois familles d'AMC. Les chiffres obtenus de la part de deux opérateurs de tiers payant apparaissent à cet égard globalement concordants.

⁴⁴ 85 % des assurés interrogés par la CPAM du Gard. Cf. **annexe 4**. Si l'option d'une généralisation intégrale a la préférence du collectif d'usagers interrogé par la mission, celui-ci évoque néanmoins la piste d'une généralisation à hauteur de la seule part AMO parmi les options disponibles, en indiquant qu'elle présenterait l'avantage de garantir une certaine équité des assurés non couverts par des complémentaires, vis-à-vis des 94 % d'assurés restants.

- Ce décalage dans les taux d'usage des fonctions tiers payant entre la part obligatoire et la part complémentaire se retrouve chez les autres professions de santé⁴⁵.

1.2 Le fonctionnement technique de la dispense d'avance de frais demeure pour partie complexe

1.2.1 Il y a trois enjeux à la gestion technique de la dispense d'avance de frais

- [103] Afin d'expliquer ces différences de pratiques entre AMO et AMC, la mission s'est livrée à une analyse des circuits de facturation en tiers payant visant à comparer les coûts qu'ils réduisent ou induisent pour les différentes parties prenantes (médecins, assurés, assurances maladie) par rapport à des circuits de facturation « de droit commun ».
- [104] Par convention, les développements qui suivent portent à titre principal sur la télétransmission, au vu de son déploiement chez les médecins qui pratiquent le plus le tiers payant (82,2 % des flux en tiers payant émis par des médecins spécialistes le sont en télétransmission⁴⁶, contre seulement 61,92 %⁴⁷ hors tiers payant).

Tableau 3 : Taux de télétransmission (FSE Vitale+B2/FSP) des flux de facturation en tiers payant

Généralistes (y compris MEP)	Secteur 1	79,54 %
	Secteur 2	76,49 %
Spécialistes « cliniques »	Secteur 1	83,57 %
	Secteur 2	83,22 %
Spécialistes « techniques »	Secteur 1	81,59 %
	Secteur 2	82,16 %

Source : Retraitement mission sur la base des données CNAMTS- Erasme national tous régimes - juillet à septembre 2012

- [105] Par convention également, la comparaison avec les circuits « de droit commun » s'est effectuée à titre principal par rapport aux circuits de paiement par chèque, au vu de l'importance et de l'enracinement de ce mode de règlement à l'échelle des professions libérales de santé (59 % des encaissements reçus contre 21 % en espèces, et 10 % en carte bancaire⁴⁸).

⁴⁵ Cf. tableau 2 *infra* et tableau 4 *supra*.

⁴⁶ Source : CNAMTS, Erasme national, juillet à décembre 2012.

⁴⁷ Source : GIE SESAM Vitale de juin 2013. La mission relève toutefois, à l'inverse, une survivance historique du tiers payant papier chez les médecins généralistes pratiquant la télétransmission, dont les taux sont de 79,4 %, contre 87,07 % hors tiers payant. Le détail de ces chiffres figure en **annexe 7**.

⁴⁸ Source : Comité consultatif du secteur financier, l'utilisation du chèque en France, mars 2011. Seules 30 % des professions libérales de santé acceptent la carte bancaire- ensemble au sein duquel la mission n'a toutefois pu individualiser la part représentée par les médecins de ville. La mission relève en outre le taux de confiance élevé des professions de santé vis-à-vis du chèque, considéré comme un moyen de paiement fiable par 78 % d'entre eux contre 50 % en moyenne chez les artisans et commerçants. Le risque d'impayés est cité comme un inconvénient associé au chèque par « seulement » 43 % des professions libérales, contre 62 % des artisans et commerçants. Source : enquête CSA auprès de 302 professionnels- décembre 2010.

- [106] La procédure de facturation en tiers payant, à supposer qu'elle s'effectue selon les mêmes circuits de transmission entre AMO et AMC, suit les mêmes étapes qu'une procédure de facturation « classique », seul le destinataire de l'ordre de virement différant de l'une à l'autre. Dès lors que la transmission s'effectue en format dématérialisé⁴⁹, la charge de gestion des rejets par le professionnel, en cas d'erreur de cotation ou d'absence de droits de l'assuré, est en effet identique, que le paiement s'effectue ou non en tiers payant. Le passage au tiers payant n'a pas non plus d'impact sur le volume des flux de facturation, qui est fonction du nombre d'actes.
- [107] Les coûts supplémentaires induits par le passage au tiers payant concernent donc potentiellement la seule étape du paiement. Le passage au tiers payant se traduit ainsi par le transfert de trois « risques » (potentiels ou avérés) de l'assuré en direction du professionnel :
- un risque sur sa trésorerie, en cas de délais de paiement excessifs ;
 - un risque de perte financière en cas d'absence de droits ; ce risque doit naturellement être mis en balance avec celui d'impayés dans le cas où le mode de règlement du médecin s'effectue par chèque⁵⁰ ;
 - un risque de charge administrative supplémentaire liée au recoupement entre les factures émises et les paiements reçus, et à la gestion des impayés éventuels. Ce risque est d'autant plus grand que le nombre d'interlocuteurs est élevé.

- [108] La mission a procédé à une évaluation des coûts associés pour le médecin à la facturation de chacune des deux parts AMO et AMC. Elle a tenté d'évaluer le fonctionnement effectif actuel du tiers payant à l'aune de ces différents risques. Il ressort de son analyse que le tiers payant obéit à des logiques différenciées selon la part considérée, les coûts associés au tiers payant complémentaire demeurant en tout état de cause bien supérieurs aux coûts inhérents au tiers payant en part base.

1.2.2 Le fonctionnement du tiers payant en part obligatoire est aujourd'hui globalement stabilisé

- [109] Les échanges de la mission ainsi que les retours de la CNAMTS au sujet des instances paritaires conventionnelles⁵¹ font état d'une perception globalement positive du fonctionnement du tiers payant en part obligatoire, au regard des trois critères (pertes financières, délais et charge administrative) énoncés ci-dessus.

⁴⁹ En cas de transmission papier, la procédure de gestion des rejets est différente selon que l'on se trouve ou non en tiers payant: la feuille de soins est renvoyée à l'assuré hors tiers payant et au médecin en tiers payant. En cas de télétransmission en revanche, le médecin reçoit et doit traiter un « flux retour » dans les deux cas (informations de rejets ou de paiement via le retour Noémie en tiers payant, outil « Compagnon flux tiers » hors tiers payant), selon une nomenclature commune. Le véritable « palier » en termes de charge administrative liée à la gestion des rejets concerne donc davantage le passage à la télétransmission que le passage au tiers payant.

⁵⁰ Ce risque apparaît toutefois limité au regard des estimations transmises par la DGCCRF concernant les risques financiers liés à l'existence d'impayés : les ordres de grandeur issus d'un grand établissement bancaire font état d'un taux de chèques rejetés de l'ordre de 0,14 %, et d'un taux de chèques+prélèvements rejetés de l'ordre de 0,85 %. Source : DG Trésor.

⁵¹ CPN, CTPPN, comité de simplification et comité technique inter professionnel de modernisation des échanges.

1.2.2.1 Le principe d'une garantie de paiement sur la base des droits en Carte Vitale est protecteur de la sécurité financière du médecin

[110] En premier lieu, les pertes financières supportées par les médecins suite à un rejet de leur facture restent globalement limitées, pour des raisons qui tiennent en premier lieu aux modes de transmission privilégiés par les médecins : la progression de la couverture des médecins en lecteurs bifente⁵² a permis une réduction significative des transmissions papier⁵³, cependant que le recours aux flux dégradés apparaît structurellement moins fort par comparaison avec d'autres professions⁵⁴, ce qui agit à la baisse sur le niveau des rejets⁵⁵.

[111] Les chiffres transmis par la CNAMTS font état de taux de rejets globaux de l'ordre de 1,19 % pour les omnipraticiens et de 1,32 % pour les spécialistes⁵⁶, sans différence significative entre les flux en et hors tiers payant. Dans les faits, les minorations financières subies *in fine* par le professionnel, apparaissent bien inférieures, essentiellement pour deux raisons :

- 1) Ces taux de rejet incluent les erreurs « matérielles » de cotation (erreurs sur les codes préfectoraux⁵⁷, erreur d'enregistrement des identités, etc.) qui sont corrigées par le médecin au terme d'une opération dite de « recyclage » de la feuille de soins électronique ;
- 2) La mise en place par la convention médicale du 26 juillet 2011 d'une garantie de paiement sur la base des droits en carte apparaît protectrice pour le médecin, la certification Vitale lui garantissant un paiement y compris en cas de carte non à jour⁵⁸. Aux termes de l'article 49 de la convention, les organismes maladies s'engagent, « *sauf opposition de la carte, (...) à effectuer le paiement de la part obligatoire des actes facturés par la FSE sur la base des informations relatives à la couverture d'assurance maladie contenue dans la carte à la date des soins* ». Il s'agit d'une interprétation large de l'article R 161-33- 8 du Code de la sécurité sociale qui prévoit une garantie « *sur la base des informations contenues dans la carte valide lors de la facturation* ». Seuls les flux dits dégradés ou non sécurisés ne sont dès lors pas couverts par la garantie. Ce principe a joué un rôle significatif de limitation du risque financier associé au tiers payant. Cela n'est pas sans conséquence financière sur l'assurance maladie, la CPAM ne récupérant pas son dû auprès de l'assuré en cas de droits non à jour. Si la CNAMTS ne considère pas l'extension du tiers payant comme un facteur spécifique de renchérissement de ses coûts liés à la lutte contre la fraude professionnelle (*cf. partie 2.1*), elle juge en revanche coûteuse l'application de la garantie de paiement.

⁵² Permettant la lecture tant de la Carte CPS (qui vaut garantie de signature électronique du médecin, moyennant saisine d'un code porteur) ainsi que de la Carte Vitale.

⁵³ Le recours à la télétransmission s'est globalement élevé de 56,4 % entre janvier 2009 à 61,92 % en juin 2013 chez les médecins spécialistes, passant de 81,82 % à 87,07 % sur la même période pour les médecins généralistes. Source : GIE Sésame Vitale.

⁵⁴ Pour mémoire, il existe trois modes de transmission bien distincts : les FSE, les flux B2 (dits dégradés, sans Carte Vitale) et les flux non sécurisés (transmission sans carte CPS). Les flux Sésame Vitale non sécurisés concernent seulement 1,48 % des médecins, contre 8,15 % des infirmiers, 10,89 % des ambulanciers (source CNAMTS : année 2012). Ces différences s'expliquent par des raisons structurelles (les transporteurs ne possédant pas de carte professionnelle et n'utilisant pas la Carte Vitale de l'assuré) mais également par certaines divergences dans les pratiques (le recours à la transmission papier est privilégié par les médecins en cas d'oubli de la Carte Vitale ou d'interruption informatique).

⁵⁵ Les taux de rejets des factures transmises par les médecins spécialistes sont respectivement de 1,21 % en FSE contre 9,26 % en B2. Pour les omnipraticiens, ils sont respectivement de 1,14 % et 8,31 %. Source : données IRIS de mars 2013. Cf. **annexe 7**.

⁵⁶ Source : calculs de la mission sur la base des données IRIS de mars 2013 concernant les flux en FSE + B2, dont le détail figure en **annexe 7**.

⁵⁷ Codes utilisés pour la télétransmission vers les organismes complémentaires.

⁵⁸ En revanche, la garantie ne s'applique pas en cas de « forçage » des informations en carte, c'est-à-dire dans le cas où le professionnel modifie les informations qui s'affichent automatiquement dans le logiciel, ou dans le cas où la Carte Vitale figure sur la liste d'opposition

[112] Les échanges menés dans le champ du tiers payant pharmaceutique, en particulier avec les sociétés spécialisées dans le recouplement bancaire et la gestion des rejets, font apparaître des cas d'inapplication de la garantie de paiement qualifiés par ces derniers de « rejets abusifs ». Afin d'en vérifier l'existence éventuelle dans le champ de la médecine de ville, la mission a sollicité une requête auprès de la CPAM du Gard visant à évaluer l'origine des minoration de paiement reçues par les médecins de ville sur les cinq premiers mois de 2013. Il ressort de ces résultats, ainsi que de ses échanges avec un panel de quatre autres CPAM, que :

- 1) les cas les plus fréquents de « pertes » financières concernent les majorations de ticket modérateur en raison du non respect du parcours de soins pour les spécialistes hors accès direct⁵⁹. La majorité de ces cas renvoie à la non-vérification de l'information médecin traitant sur l'Espace Pro⁶⁰, jugée unanimement chronophage à l'échelle d'une consultation, ce qui amène de fait le médecin à devoir arbitrer entre risque financier et renoncement au tiers payant. Ces situations ne renvoient pas à une inapplication de la garantie de paiement mais stricto sensu à un problème de calcul du montant du ticket modérateur. Elles sont toutefois assimilées par les professionnels à des « pertes financières » liées au tiers payant, ces derniers soulignant leur difficulté à se retourner contre le patient pour récupérer la majoration correspondante ;
- 2) les interprétations qui sont faites de la garantie de paiement peuvent s'avérer « caisses-dépendantes », engendrant des traitements différents pour des cas similaires. A titre d'exemple, la pratique voulant qu'en cas de changement de caisse, l'ancienne CPAM ne refuse jamais le paiement apparaît d'application variable de l'une à l'autre. Les acteurs rencontrés par la mission citent également des pratiques variables en cas de changement de régime ou de caisse (rejets pour « assuré absent de la BDO », « droits SS fermés ») dans lesquels la garantie de paiement devrait théoriquement s'appliquer. Ils relèvent des situations d'inapplication de la garantie de paiement dans le cas où est demandée une prise en charge à 100 % sur un acte lié à un accident du travail qui n'a pas été enregistré⁶¹. Cette analyse gagnerait à être systématisée et prolongée d'une évaluation des différentiels dans les pertes financières subies par les médecins d'un département à l'autre. Elle plaide toutefois pour une application plus homogène de la garantie de paiement par les AMO, au moyen de directives à leur réseau sur ce sujet (cf. infra).

1.2.2.2 Les délais de paiement sont globalement maîtrisés

[113] En second lieu, l'existence d'une garantie de délais incluse dans la convention médicale apparaît gage de délais maîtrisés :

- 1) Le délai de paiement⁶² des parts obligatoires est déterminé par la convention nationale et doit être de cinq jours ouvrés après télétransmission pour les dossiers sécurisés ;
- 2) Dans les faits, la mission relève des délais moyens de l'ordre de cinq jours à l'échelle des quatre CPAM interrogées, sans différence notable entre les flux en tiers payant et hors tiers payant ;
- 3) L'application de la garantie de délais est toutefois plus aléatoire dans les régimes hors régime général, pouvant parfois courir jusqu'à plusieurs semaines, là aussi sans distinction notable

⁵⁹ Au niveau national, l'anomalie « montant demandé supérieur au montant calculé hors parcours en tiers payant » représente 4,49 % des rejets. Source : CNAMTS, DDO, avril 2013.

⁶⁰ Les informations accessibles via l'Espace pro sont des informations d'identification (Nom ; Prénom ; NIR ; Date et rang de naissance), des informations de rattachement (Régime ; caisse/centre de gestion) et des informations sur les droits (existence de droits à la date du jour ; existence d'une exonération du ticket modérateur; éligibilité à l'ACS ; bénéficiaire de la CMU-C ; bénéficiaire de l'AME ; existence d'un Médecin Traitant déclaré). L'intérêt principal de ce service pour les médecins est l'accès aux droits en l'absence de Carte Vitale, l'accès à des informations non présentes en Carte Vitale comme le droit à l'AME et l'éligibilité à l'ACS ou l'existence d'un Médecin Traitant déclaré.

⁶¹ Or, la liste des 27 premiers motifs de rejets au niveau national atteste de l'importance des problèmes d'ouverture de droits. A titre d'exemple, le motif « AT inconnu en BDO » représente 8,9 % des rejets ; le motif « exonération de ticket modérateur non trouvée en BDO », 5,77 % ; le motif « assuré absent de la BDO », 4,05 %, le motif « bénéficiaire inconnu de la BDO », 3,83 %. Source : CNAMTS, tableau de bord IRIS National ; avril 2013.

⁶² Cette garantie de délais ne porte que sur le délai de paiement, le délai de traitement pouvant être plus élevé en cas de théaurisation des feuilles de soin par le professionnel.

entre flux de facturation en et hors tiers payant. Par ailleurs, la garantie de délais qui court entre l'émission de l'accusé de réception et la liquidation de la facture, est suspendue dans l'hypothèse d'un rejet, jusqu'à « recyclage » et retransmission de la facture par le médecin. Le délai de paiement sera, dans cette hypothèse, fonction du délai de traitement de l'anomalie par le médecin, dans les limites d'un délai de forclusion fixé à deux ans.

1.2.2.3 La charge administrative associée au tiers payant s'est trouvée limitée par certains développements logiciels

- [114] L'essentiel de la charge administrative associée au tiers payant concerne le pointage des impayés en aval de la transmission. Il s'agit d'un point d'autant plus important que, hors tiers payant, la facilité d'imputation entre le paiement et la facture est citée comme le premier avantage associé au règlement par chèque⁶³. Elle peut également être liée, à titre plus subsidiaire, à la préparation de la feuille des soins en tiers payant.
- [115] Sur le volet de la gestion des impayés, la charge administrative associée au tiers payant s'est d'abord trouvée limitée par l'existence d'une possibilité de paramétrer les logiciels médicaux de telle sorte qu'ils effectuent le recoupement automatique :
- entre les feuilles de soins électroniques transmises et les retours signalement paiement⁶⁴ (flux « retour » sur Sésame Vitale), d'une part ;
 - entre les retours signalement paiement et les virements, de l'autre. Certains médecins avancent dès lors l'hypothèse que le passage au tiers payant s'effectue de ce fait à charge administrative décroissante pour les médecins qui recevaient la majeure partie de leurs honoraires en chèque.
- [116] La mission n'a toutefois pu s'assurer de l'existence de cette fonctionnalité à l'échelle de l'ensemble du parc logiciel, compte tenu de l'éparpillement qui le caractérise⁶⁵.
- [117] Au stade de la préparation de la feuille de soins, la mission relève que la charge administrative qui pourrait résulter de l'identification par le médecin de la situation de tiers payant est de fait très limitée, les logiciels étant dans leur ensemble paramétrés pour « reconnaître » les cas de tiers payant légal (CMUC, ATMP). Elle note toutefois l'absence de possibilité d'un paramétrage équivalent pour les personnes en ACS, leur éligibilité au tiers payant ne pouvant être détectée dès lors que cette information ne figure pas en Carte Vitale en dehors de certains régimes⁶⁶. Il s'agit toutefois davantage d'un sujet d'accès aux soins que de charge administrative induite.

⁶³ 11 % des professionnels libéraux de santé interrogés.

⁶⁴ Le professionnel reçoit quotidiennement un retour de liquidation qui regroupe la liste des factures réglées et ou rejetées telles que retournées par les organismes d'AMO, par lot, pour les transmissions de la journée précédente. Ce « retour signalement paiement » (RSP) inclut la date et le montant de l'ordre de paiement ou de virement pour les factures réglées. Les factures rejetées sont retournées avec un code et un libellé par motif de rejets.

⁶⁵ Si 75 % des parts de marché sont détenues par les 4 premiers éditeurs et 82 % par les 5 premiers, 2 éditeurs détiennent respectivement 2,7 % et 1,3 % des parts de marché, les autres éditeurs ne disposent que de moins de 1 % de parts (22 éditeurs disposent d'une base clients comprise entre 1 et 550 utilisateurs) (source GIE Sésame Vitale janvier 2013).

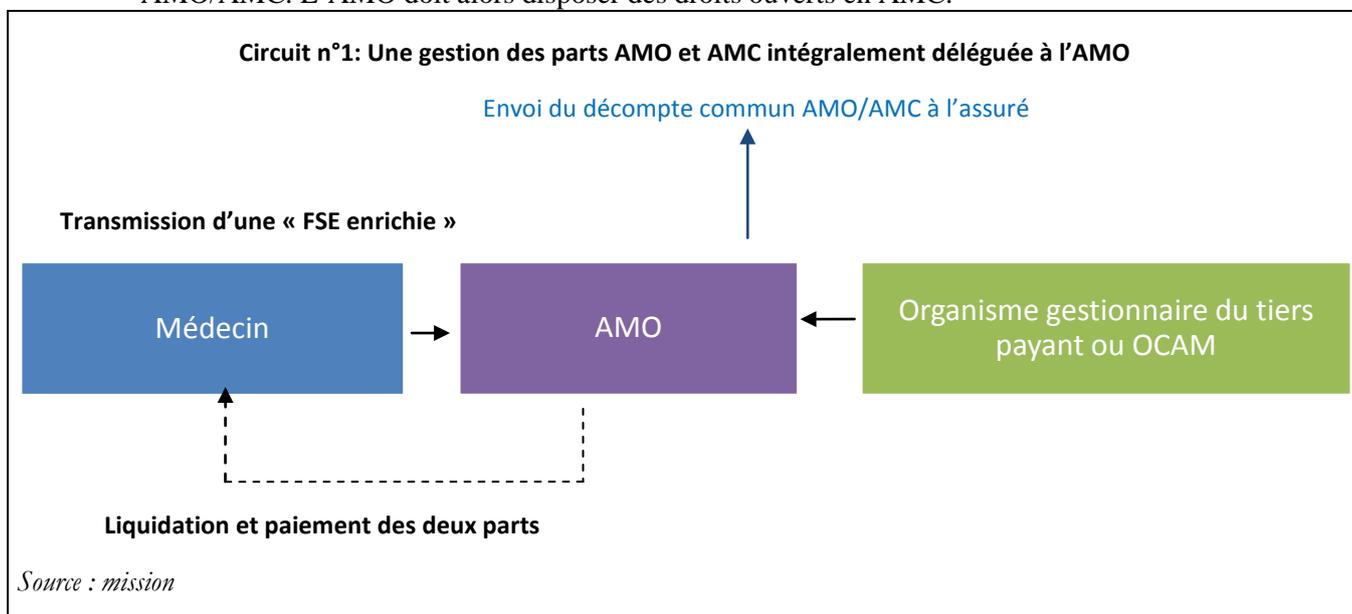
⁶⁶ Le chargement des droits ACS en Carte Vitale est très récent (printemps 2013) et ne concerne que la MSA. Pour les autres régimes, la version 3.3 d'Espace Pro diffusée le 17 juillet 2012, permet désormais au professionnel de santé de vérifier les droits ACS de son patient.

1.2.3 Par contraste, la pratique du tiers payant « complémentaire » demeure fastidieuse

[118] Les échanges de la mission font état de plusieurs sources de complexité spécifiquement associées au tiers payant en part complémentaire : incertitudes quant au champ d'application de la garantie financière; délais de paiement jugés globalement excessifs; formalités administratives induites par la multiplicité des interlocuteurs présents, tous ces facteurs concourant à une pratique marginale du tiers payant complémentaire.

[119] Certains de ces coûts associés à la pratique du tiers payant en part complémentaire apparaissent tributaires des différents modèles d'articulation existants entre AMO et AMC. Il existe aujourd'hui deux grandes alternatives, dont découlent trois modes d'articulation entre AMO et AMC :

- 1) Dans le circuit dit du payeur unique (système qui vaut actuellement dans le cadre des conventions « NOEMIE 3 »), l'AMO effectue le traitement et le paiement des parts complémentaires simultanément à ceux des parts obligatoires et établit un décompte commun AMO/AMC. L'AMO doit alors disposer des droits ouverts en AMC.

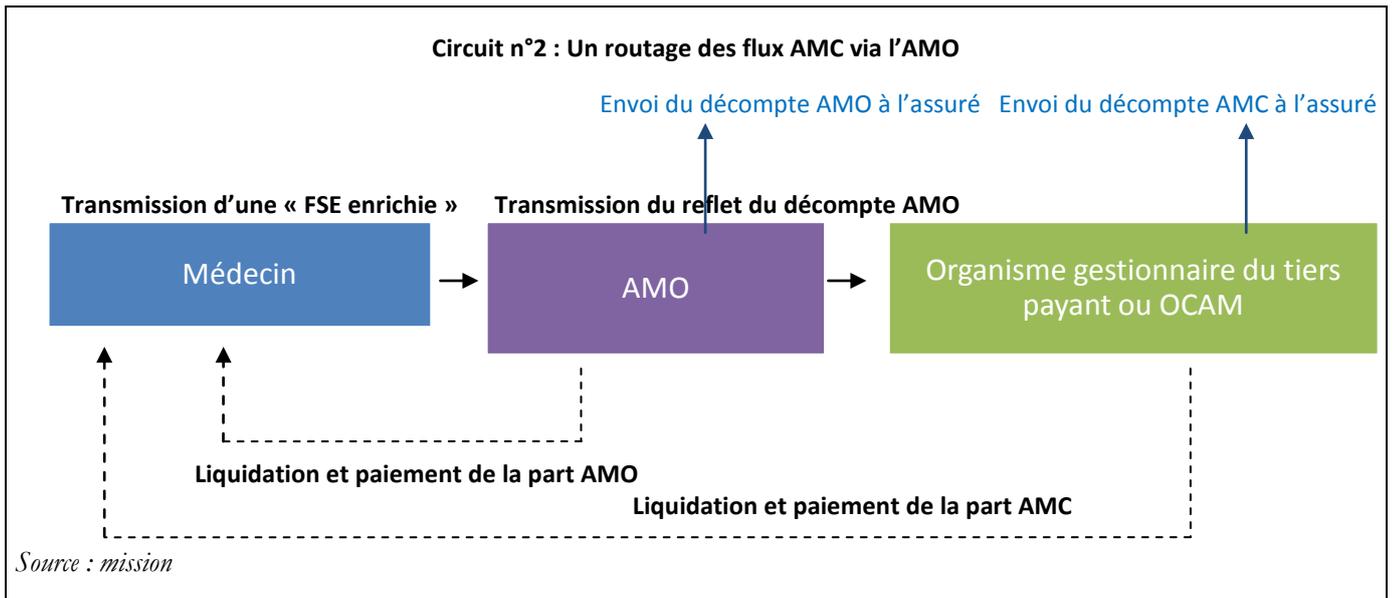


[120] L'hypothèse alternative est celle d'usines de liquidation séparées entre AMO et AMC. Dans cette hypothèse, l'éclatement et le routage des flux peuvent s'effectuer selon deux modalités distinctes⁶⁷:

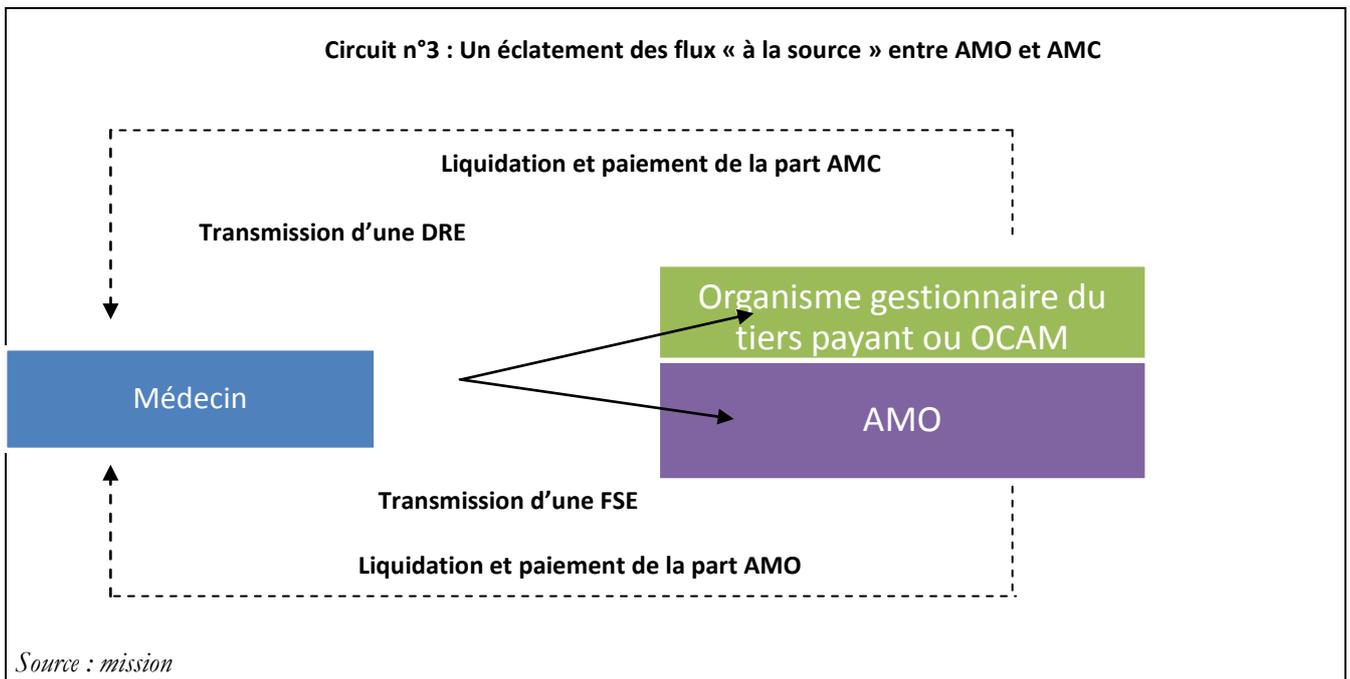
- 2) L'AMO peut procéder à la liquidation de la part obligatoire puis à l'aiguillage des flux de facturation vers les organismes complémentaires (système qui vaut actuellement dans le cadre des conventions « NOEMIE 1 »). L'AMO doit alors disposer de l'organisme d'AMC de l'assuré et non de ses droits AMC. Dans ce cas de figure, la transmission du reflet du décompte pour la part obligatoire à l'organisme complémentaire déclenche la liquidation de la part complémentaire selon les contrats de couverture choisis par l'assuré. Cette option apparaît comme la transposition simple du circuit de facturation qui s'est imposé comme la procédure majoritaire pour les circuits de facturation hors tiers payant, puisqu'il concerne 77 % des assurés du régime général⁶⁸.

⁶⁷ Les schémas récapitulatifs de ces différents scénarios sont présentés en **annexe 5**.

⁶⁸ Par contraste, la procédure NOEMIE 3 ne couvre que 108 772 assurés sur 42 737 474 bénéficiaires couverts par des accords NOEMIE dans le régime général.



- 3) L'éclatement et le routage des flux peuvent, enfin, être le fait soit du médecin lui-même soit d'un organisme concentrateur qui agit alors en tant que délégataire du médecin (« modèle » du tiers payant pharmaceutique). La possibilité d'un éclatement des flux de facturation « à la source » (émission simultanée et via une seule et même opération d'une feuille de soins électronique pour la part AMO et d'une demande de remboursement électronique pour la part AMC) ouverte par la version 1.40 de Sésame Vitale, a été le principal levier de développement de ce modèle, pour les professions dont le passage au tiers payant est récent (auxiliaires médicaux, masseurs kinésithérapeutes).



- [121] Il est à noter que la mission, compte tenu du temps imparti ainsi que de la complexité des autres mécanismes, a exclu du champ de son analyse un quatrième mode d'articulation consistant en une gestion des deux parts AMO et AMC selon une filière de facturation intégrée, que l'AMC gère l'AMO (à l'image notamment des mutuelles de fonctionnaires), ou que l'AMO gère l'AMC à l'image du régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle.

[122] Les chaînes de facturation en tiers payant, du fait notamment de l'absence d'unanimité des acteurs sur le circuit à privilégier, se sont construites en médecine de ville selon une logique de « sédimentation » entre plusieurs systèmes alternatifs :

- 1) La pratique historique du tiers payant AMC « papier », qui n'a pas été présentée dans les schémas précédents, tend à se maintenir chez certains médecins⁶⁹
- 2) La pratique du tiers payant en télétransmission dans lequel l'AMO intervient en tant que payeur et gestionnaire unique des deux parts AMO et AMC (circuit n°1), initialement circonscrite aux bénéficiaires de la CMUC⁷⁰, a connu un développement marginal avec le dispositif « médecins référents »⁷¹ dans le cadre des conventions NOEMIE 3. La mission relève toutefois que cette pratique ne s'est pas éteinte avec le développement de modes de transmission alternatifs
- 3) La pratique du tiers payant avec routage des flux AMC via l'AMO (circuit n°2) a été privilégiée dans deux des dix départements signataires d'accords locaux de tiers payant. Ces circuits ont toutefois connu d'importants dysfonctionnements, pour des raisons qui s'attachent notamment à la multiplication des erreurs de routage de la part des mutuelles, et à des paiements de la part complémentaire à l'assuré au lieu du médecin, entraînant des réclamations de ces derniers
- 4) Le passage à la version 1.40 de Sésame Vitale⁷² s'est traduit par un développement limité de la gestion séparée avec « éclatement des flux » AMO/AMC par le médecin (circuit n°3). Ce dispositif repose aujourd'hui en partie sur un système de conventionnement direct des organismes complémentaires avec les professionnels de santé. L'éclatement et/ou le routage des flux par un organisme concentrateur technique demeure également pratiqué à titre marginal par certains médecins. Ce système demeure notamment privilégié dans certains départements et notamment sur l'Ile de la Réunion (où le tiers payant est généralisé pour des raisons historiques – le système des « bons roses »⁷³ qui préexistait à la télétransmission du fait d'une précarité importante)⁷⁴.

[123] Le poids respectif de chacun des différents circuits demeure très faible : la procédure de transmission papier est privilégiée par 3 % des médecins en dehors des radiologues (chiffres FNMF); suivie par les circuits sous convention NOEMIE 3 (2 %) et enfin par le recours à la DRE (1 %). La pratique du tiers payant en part complémentaire chez les médecins radiologues passe en très large partie par la DRE (35 %) et de manière plus marginale, par le tiers payant papier (5 %).

[124] Il sera à noter, dans la suite de ces développements, que le terme « AMC » peut recouvrir différentes réalités, selon que la gestion de la facturation ressort effectivement de l'organisme complémentaire ou d'un délégataire que l'on appellera organisme de tiers payant (*cf. encadré partie 2.2*).

⁶⁹ Le professionnel transmet le cas échéant deux factures papier envoyées respectivement à l'AMO, et à l'AMC. Ce circuit dit de tiers payant « subrogatoire » a été initié par les pharmacies mutualistes puis généralisé à la pharmacie, avant passage à la télétransmission. Ce circuit s'apparente donc à un éclatement des flux par le médecin (circuit n°3).

⁷⁰ La « procédure A » mise en place en 2000 consiste en une délégation à l'AMO du suivi des adhésions à la complémentaire; de la liquidation et du paiement des prestations au professionnel de santé ainsi que de la gestion de la récupération de la part AMC si la complémentaire choisie par l'adhérent n'est pas l'AMO. Il s'agit d'une variante des circuits en NOEMIE 3, à la différence près que c'est l'AMO qui dans ce schéma assure l'avance de frais pour le compte des AMC.

⁷¹ Qui ne concernait qu'entre 4 et 14 % des médecins selon les départements, selon le rapport de 2003.

⁷² Afin de bénéficier de la possibilité de création d'une demande de remboursement électronique, les médecins doivent *a minima* posséder une version de la version 1.40 de Sésame Vitale dans le socle technique intitulé addendum 2 bis. A ce jour, 96 % des médecins ont implémenté le socle minimum. Source : CSSO du GIE SESAM Vitale de février 2013. Le taux d'équipement en version 1.40 est de 99,20 % pour les généralistes, et 99,60 % pour les spécialistes. Source GIE Sésame Vitale semaines 16 à 19.

⁷³ Système de tiers payant appuyé sur une gestion non matriculaire dans laquelle seul le professionnel de santé est identifié.

⁷⁴ Selon les chiffres transmis par Almerys, 93 % des flux de facturation réalisés à la Réunion le sont dans un mode « dégradé » (B2) avec éclatement des flux par un organisme concentrateur technique.

1.2.3.1 Les échecs des projets de carte électronique ont ralenti la « sécurisation financière » du tiers payant complémentaire

- [125] La mission relève, en premier lieu, que l'absence de support électronique embarquant les droits des complémentaires rend coûteuse l'application de la garantie conventionnelle de paiement « sur la base des droits en carte ». Ce principe est inclus dans la quasi-totalité des contrats de tiers payant complémentaire dont la mission a pu avoir communication. Du fait de l'absence de solution électronique dans plus de 90 % des cas, la garantie de paiement s'exerce sur la base d'une attestation papier renouvelée annuellement ou chaque semestre.
- [126] Ce principe est source de risque financier accru pour les complémentaires, du fait des changements de droits ou des niveaux de prise en charge en cours d'année. L'un des opérateurs de tiers payant rencontrés par la mission évalue à une fourchette comprise entre 10 et 17 % les taux de résiliation en cours d'année, selon les types d'assurés. La possibilité théoriquement ouverte à l'assureur de récupérer l'attestation papier en cas de résiliation en cours d'année s'avère dans les faits faiblement utilisée, ce qui implique que la garantie de paiement joue tant que la carte est entre les mains de l'assuré qui peut continuer à consulter sur cette base. La pratique consistant pour l'assureur ensuite à se retourner contre l'assuré pour récupérer l'indu reste par ailleurs très marginale au vu des coûts de gestion associés.
- [127] Il résulte de ces éléments des pratiques variables de la part des complémentaires en matière d'application de la garantie de paiement, certaines refusant d'honorer le paiement en cas de droits expirés; d'autres choisissant de ne garantir le paiement qu'une seule fois, moyennant un avertissement au médecin. Les écarts entre les dispositions contractuelles médecins/AMC et la pratique mériteraient d'être audités de façon plus systématique ; ils apparaissent toutefois, au sens de la mission, susceptibles d'expliquer le différentiel de pertes financières par rapport aux transmissions en part obligatoire. Ce constat n'est nullement spécifique à la médecine de ville, un tel écart se retrouvant très largement dans les champs de la pharmacie et de l'optique.
- [128] Au-delà, il est à noter que l'absence d'attestation électronique oblige le médecin à renseigner manuellement les informations relatives à l'AMC dans le logiciel de facturation, en particulier les codes permettant de calculer automatiquement le niveau de prise en charge. Elle accroît en cela les risques de rejets, puisque qu'il est très facile de commettre une erreur d'enregistrement des données de la mutuelle sur la fiche du patient.
- [129] L'absence d'un support électronique unifié renvoie aux débats autour de la gouvernance des projets informatiques de contrôle des droits. Le coup d'arrêt donné en avril 2011 à l'expérimentation autour de la Carte Duo (devenue carte associée⁷⁵), développée par la FFSA et certaines institutions de prévoyance, n'a pas été suivi d'une stratégie unifiée de la part des trois familles de complémentaires. Certaines se sont engagées dans le chargement des droits AMC en Carte Vitale (projet dit CAC AMC), qui englobe aujourd'hui 33 mutuelles en gestion séparée⁷⁶, quand d'autres développaient des cartes électroniques par l'entremise d'opérateurs de tiers payant (carte Cleyris par ALMERYYS et carte Projectia). Une relative convergence semble toutefois aujourd'hui avoir lieu à la faveur des projets d'accès aux droits en ligne, autour de la nécessité d'un « saut » de l'attestation papier au tiers payant de troisième génération étant donné le retard pris en matière de cartes (*cf. infra*).

⁷⁵ La carte Duo, « clone » de la Carte Vitale sur le plan technique, devait permettre à un assureur d'avoir son image ainsi que d'embarquer les droits complémentaires sur un support électronique. Cette carte intégrée mais spécifique aux droits AMC était selon ses promoteurs une solution plus simple que le chargement des droits AMC en Carte Vitale, notamment au plan de la mise en opposition. Le chargement des droits AMC en Carte Vitale soulève en effet des difficultés pratiques liées à l'absence de clavier sur les bornes de mise à jour en pharmacie (ce qui pose un problème lors de la primo-inscription, qui suppose de rentrer le code de la mutuelle), obligeant les adhérents à envoyer leur carte à leur mutuelle. La FNMF est à ce jour la seule des trois fédérations qui demeure pilote sur le projet.

⁷⁶ Soit 2,5M de bénéficiaires mutualistes en plus des 10M concernés par la gestion unique déjà en Carte Vitale.

- [130] La mission relève que la mise en place des possibilités de consultation des droits en temps réel devrait aboutir à évacuer à plus ou moins brève échéance le problème de la garantie de paiement (*cf. infra*). Dans le temps de latence précédant la montée en charge des services en ligne, il importe toutefois que l'application des clauses contractuelles à ce sujet fasse, encore plus que pour les assurances maladie obligatoires, l'objet d'une application vigilante. Les assurances données aux professionnels sur ce point conditionnent, au sens de la mission, tout pratique effective et à grande échelle du tiers payant.

1.2.3.2 La diversité des organismes complémentaires génère des pratiques variables en matière de délais de paiement des médecins

- [131] Les échanges de la mission font état de fortes disparités dans les délais de paiement, pouvant courir de deux jours pour les grands opérateurs de tiers payant (incluant généralement un engagement des établissements bancaires au sujet du jour de retour) à quinze jours ouvrés pour certaines mutuelles (sans engagement comparable). Lorsque les parts AMO et AMC sont gérées par le même organisme, c'est-à-dire que la caisse règle les deux parts du dossier en même temps, le dossier se solde généralement dans le délai conventionnel, soit cinq jours. Pour les AMC qui reçoivent les flux indépendamment du régime obligatoire (circuit n°3), le temps de traitement est généralement plus long. Il ne s'agit toutefois pas là d'une difficulté propre à la médecine de ville, comme en témoignent les différentes enquêtes réalisées auprès d'autres professionnels.

- [132] La mission fait l'hypothèse que ces disparités renvoient notamment au nombre élevé d'organismes complémentaires, à leur taille et à leur capacité de gestion variables, et à l'absence de recours systématique par ces derniers à des opérateurs de tiers payant.

1.2.3.3 La charge administrative induite pour le médecin varie selon le circuit de facturation pratiqué

- [133] Le niveau de charge administrative associé à la facturation en tiers payant apparaît fonction du mode de gestion retenu au regard de l'articulation entre AMO et AMC, dont il est très important pour la suite du rapport de bien comprendre les différents modèles.

- 1) Dans le circuit « avec éclatement des flux », le médecin doit procéder au correct aiguillage des lots de factures vers les organismes complémentaires ou leurs délégataires, en utilisant des tables de convention, qui mettent en correspondance les organismes complémentaires et leurs codes préfectoraux de transmissions. Cette étape n'existe pas hors tiers payant puisque la majeure partie des échanges s'effectue sous convention NOEMIE 1, qui se sont imposées comme la procédure « de droit commun » pour les circuits de facturation hors tiers payant. Le routage des flux correspond donc à une charge « nette » supplémentaire liée au passage au tiers payant. Selon la principale fédération d'éditeurs de logiciels, qui couvre environ la moitié de médecins en télétransmission⁷⁷, il s'agit d'une source importante d'appels au niveau des centres support, pour les médecins mais également de la part de professionnels plus assidus des fonctions de gestion du tiers payant (auxiliaires médicaux, masseurs kinésithérapeutes). Cette étape apparaît fastidieuse en raison du nombre élevé d'organismes complémentaires (464 organismes, dont une grande partie repose encore sur des antennes locales pour la facturation). En effet :

- La mise à jour régulière des tables de convention est rendue nécessaire par les évolutions rapides du paysage complémentaire; cette étape n'est pas nécessairement automatisée mais doit dans certains cas être faite par appel ciblé sur le site de l'éditeur de logiciel. Il n'existe en outre aucune table commune à l'ensemble des organismes complémentaires. Enfin, des politiques différentes peuvent coexister du côté des éditeurs en termes de mise à disposition initiale des tables de convention, tous n'en

⁷⁷ Soit 52 042 médecins télé transmetteurs sur un total de 103 0341 selon les chiffres du GIE de décembre 2012.

effectuant pas la distribution⁷⁸. Au global, si la version 1.40 de Sésame Vitale a donné au professionnel la possibilité d'effectuer lui-même ce routage, là où l'étape de l'éclatement devait auparavant être le fait d'un organisme concentrateur technique, elle demeure une source de charge administrative non négligeable

- Le nombre élevé d'interlocuteurs accroît le risque d'erreurs matérielles dans l'établissement de la facturation, et alourdit potentiellement la charge de gestion des rejets
- La mission relève enfin que les motifs de rejet ne font pas l'objet d'une nomenclature entièrement stabilisée d'un organisme complémentaire à l'autre, même si une forme d'harmonisation s'est opérée à l'occasion de la création des opérateurs de tiers payant au début des années 2000. Si certaines conventions ont prévu des évolutions dans le contenu des « retours signalement paiement », visant à en améliorer la lisibilité (réponse de niveau « facture » et non par lot, envoi dans un fichier unique des informations de paiement et de rejet), ces évolutions ne sont nullement communes à l'ensemble des organismes complémentaires.

- 2) Ces charges administratives ne se retrouvent pas dans le circuit de facturation avec routage des flux AMC via l'AMO (circuit n°2), le professionnel n'émettant alors qu'un flux unique. En revanche, certains des interlocuteurs de la mission soulignent que ce système débouche sur deux paiements pour une seule facture émise, ce qui rend potentiellement complexe le pointage comptable des impayés par le professionnel de santé⁷⁹.

[134] Les deux circuits précédents ont par ailleurs en commun la nécessité faite au professionnel de constituer un dossier à destination de l'organisme complémentaire, la liquidation par l'AMC supposant la transmission des informations bancaires et administratives nécessaires. Selon les éditeurs de logiciels, cette procédure d'envoi des pièces est d'autant plus contraignante pour le professionnel de santé que le nombre d'AMC est élevé.

- 3) La charge administrative « nette » supplémentaire liée au passage au tiers payant est par définition moindre dans le cadre d'une gestion des parts AMO et AMC intégralement déléguée à l'AMO.

1.2.3.4 En l'absence de conventionnement collectif, la cohabitation entre différents circuits d'articulation entre AMO et AMC est une source de complexité supplémentaire pour le médecin

[135] La mission relève l'absence d'un engagement des organisations de médecins dans un dispositif de conventionnement collectif avec les organismes complémentaires ou les grands opérateurs de tiers payant, par opposition à la plupart des autres professions médicales, dont les organisations sont signataires de conventions-cadres avec certaines fédérations (FNMF) ou les opérateurs de tiers payant. Force est de constater qu'aucun travail coordonné de préparation n'a été conduit pour rendre effectif le fonctionnement du tiers payant sur la part complémentaire. Cette remarque vaut indistinctement au plan national et au plan local : la mission relève que sur les dix commissions paritaires locales signataires d'accords de tiers payant, une seule a mis en place un accord (non formalisé sous la forme d'un protocole⁸⁰) portant sur le tiers payant complémentaire. Tous ces éléments doivent néanmoins être appréciés au regard de la pratique limitée du tiers payant par les médecins.

⁷⁸ Cette diffusion peut également être le fait des organismes complémentaires eux-mêmes ou de leurs fédérations, qui envoient et/ou mettent parfois à disposition des PS un fichier contenant la table de regroupement des complémentaires, contenant au moins la « ligne » correspondant à l'organisme.

⁷⁹ D'autant que dans ce type de circuit, il est fréquent que les AMC ne transmettent pas de retours signalement paiements.

⁸⁰ Dans le Tarn, le projet de protocole entre la commission paritaire locale et l'une des mutuelles du département portant sur l'extension à la part complémentaire du tiers payant en direction des bénéficiaires de l'ACS a été abandonné en cours

- [136] A défaut d'impulsion collective, la logique de conventionnement individuel a connu un démarrage très limité. Les taux de conventionnement des prescripteurs⁸¹ demeurent globalement inférieurs à 1 % pour les spécialistes (0,8 % chez les cardiologues ; 1,8 % chez les pneumologues ; 0,9 % pour les ORL et 0,6 % pour les autres spécialités), et proches de 3,1 % chez les généralistes. La seule exception notoire concerne les radiologues, dont les niveaux de conventionnement (33,9 %) se rapprochent de ceux des infirmiers (35,7 %) et des centres de santé (33,1 %), pour des raisons qui s'attachent notamment à une pratique plus systématique du tiers payant en part obligatoire du fait de la réglementation sur les actes coûteux.
- [137] La mission a par ailleurs relevé l'absence d'une stratégie de démarchage uniforme de la part des organismes complémentaires en direction des médecins, en dehors du cas des radiologues. Deux des trois opérateurs de tiers payant interrogés par la mission indiquent avoir misé sur une stratégie de démarchage étendue à l'ensemble des spécialités médicales⁸², ainsi qu'aux médecins généralistes. Avec la généralisation de l'offre de tiers payant, la concurrence entre opérateurs semble en effet s'être progressivement portée sur le versant de son extension à de nouvelles professions de santé. Les mutuelles interrogées par la mission indiquent au contraire ne signer de conventions de tiers payant qu'à la demande des médecins, le cas échéant pour entériner une pratique déjà existante.
- [138] L'absence d'engagement des médecins dans un dispositif conventionnel collectif explique pour une large partie le développement peu organisé du tiers payant complémentaire, marqué par la cohabitation informelle de différents modes d'articulation entre AMO et AMC. *A contrario*, l'entrée des autres professions dans une démarche de conventionnement a permis de rationaliser en grande partie les conditions dans lesquelles celui-ci s'exerce, permettant généralement à un circuit de s'imposer sur les autres (*cf. tableau infra*). Ainsi, pour les professions récemment intégrées dans un dispositif conventionnel de tiers payant, à l'image des auxiliaires médicaux, la demande de remboursement électronique (DRE) est désormais l'outil le plus utilisé. Dans les autres professions médicales, le développement du tiers payant complémentaire s'est historiquement effectué sur la base d'un modèle fixé conventionnellement : transmission de feuilles de soins électroniques avec éclatement des flux par des organismes concentrateurs techniques pour les pharmaciens; recours à des flux dégradés (« B2 ») pour les laboratoires et les opticiens.

de négociation et la décision d'élargissement du tiers payant intégral actée sur la base de réunions techniques et d'une décision de la CPL. L'un des autres départements contactés (Landes) a toutefois indiqué à la mission l'existence d'un projet de convention en cours.

⁸¹ Source : Mutualité française.

⁸² A titre d'illustration, 8000 généralistes et 4000 spécialistes sont actuellement couverts par des conventions avec ALMERYS.

Tableau 4 : Taux de tiers payant complémentaire, en nombre de décomptes, par profession et par mode de transmission, chiffres 2012

	Médecins libéraux hors radiologues	Radiologues	Auxiliaires médicaux	Chirurgiens dentistes	Laboratoires	Centres de santé	Pharmaciens
Taux de tiers payant en part AMC	6 %	40 %	65 %	30 %	84 %	80 %	93 %
Taux de tiers payant en flux dégradés (B2)	0 %	0 %	2 %	0 %	60 %	25 %	nr
Taux de tiers payant avec éclatement des flux à la source (DRE)	1 %	35 %	45 %	5 %	10 %	45 %	nr
Taux de tiers payant réalisé en NOEMIE	2 %	0 %	6 %	5 %	2 %	0 %	nr
Part de l'activité tiers payant réalisée en format dématérialisé (DRE+B2+NOEMIE)	50 %	88 %	81,5 %	33 %	83 %	87 %	96 %
Taux de tiers payant « papier »	3 %	5 %	12 %	20 %	12 %	10 %	nr

Source : Unocam

[139] Le mode de développement du tiers payant complémentaire en médecine de ville s'avère, par contraste, globalement insatisfaisant :

- 1) Il est source de complexité et d'inintelligibilité, pour les médecins mais également pour les éditeurs de logiciel, générant un retard dans l'édition de solutions logicielles adaptées. L'adaptation des éditeurs de logiciels à la DRE s'est effectuée moins rapidement du côté des éditeurs de logiciels médicaux que dans d'autres professions, car ils ne percevaient pas de demande forte de la part des médecins, qui jugent en retour malaisée l'utilisation des logiciels pour faire du tiers payant complémentaire;
- 2) Le conventionnement direct avec les professionnels peut s'accompagner d'un risque accru de distorsions d'un professionnel à l'autre et de moindres garanties dans le contenu des contrats : les organisations rencontrées par la mission dans le champ pharmaceutique relèvent l'existence d'une tentation similaire de certains organismes complémentaires de contractualiser directement avec les pharmaciens, aboutissant selon elles à la création possible d'un « réseau dans le réseau », qui se superpose aux accords nationaux pilotés par les fédérations ou les opérateurs de tiers payant sans toutefois offrir de garanties similaires.

Encadré n°1 - Un détour par le tiers payant pharmaceutique

Les acteurs interrogés par la mission s'accordent à distinguer cinq facteurs techniques qui ont facilité la mise en œuvre du tiers payant pharmaceutique :

1/ le recours massif à des organismes concentrateurs techniques (OCT), chargés de l'éclatement des flux entre AMO et AMC et de l'adressage de ceux-ci vers l'AMO, les AMC ou leurs opérateurs. Ces organismes, qui préexistaient à Sésame Vitale, se sont développés au niveau local puis national, puis élargis en dehors du seul champ pharmaceutique.

2/ un engagement significatif des organisations représentatives de la profession (FSPF et UMPF) dans le développement du tiers payant, non seulement au sein des concentrateurs (Résopharma, qui est une filiale des syndicats), mais également des opérateurs de tiers payant (Santé Pharma). Cet engagement s'est également traduit par une démarche de conventionnement des organisations représentatives pour le compte des professionnels, soit avec les opérateurs de tiers payant soit avec certaines fédérations de complémentaires (FNMF). Dans l'hypothèse où le conventionnement s'effectue avec des opérateurs de tiers payant, les organisations syndicales se retrouvent ainsi présentes de part et d'autre du dispositif conventionnel. Leur présence a été l'un des facteurs d'acceptation du tiers payant par la profession.

3/ le volume des flux échangés

4/ la mise à jour rapide du parc logiciel

5/ le recours à des sous-traitants pour la gestion des rejets et les opérations de recouplement entre les facturations transmises, les flux « retours » (« retours signalement paiement » transmis via NOEMIE) et les ordres de virement. Cette fonction peut être assurée par les concentrateurs eux-mêmes, à l'image du service « Résobanque » offert par Résopharma.

Du point de la mission, la réflexion sur une transposition à la médecine de ville du « modèle » pharmaceutique doit nécessairement tenir compte de ses contreparties, parmi lesquelles :

1/ un coût élevé lié au recours aux organismes concentrateurs et aux sous-traitants (dont la tarification est généralement fonction des flux). Ces coûts peuvent sembler d'autant plus élevés que :

- la version 1.40 de Sésame Vitale a ouvert la possibilité d'émettre directement des DRE depuis le poste de travail via les tables de convention ;

- les simplifications opérées par les éditeurs de logiciels permettent désormais un recouplement automatique entre les facturations transmises et les ordres de virement.

2/ une faible rationalisation du paysage des organisations signataires, du côté des complémentaires. Le conventionnement s'effectue en effet alternativement avec les organismes complémentaires ou leurs délégataires. Le nombre élevé d'interlocuteurs contribue à rendre fastidieuse l'étape du routage des flux par le pharmacien, justifiant en grande partie le recours aux OCT.

Toute réflexion concernant le « modèle » doit également intégrer certains éléments de différenciation vis-à-vis des médecins, parmi lesquels :

1/ sa plus grande complexité en gestion : les taux de rejet plus élevés, de l'ordre de 3 %⁸³, renvoient pour partie à des problèmes de droits ou de niveaux de prise en charge, pour partie à des facteurs spécifiques à la pharmacie (changements de prix et de taux de TVA, déremboursements de médicaments, non respect de la durée d'écoulement des stocks, etc.), justifiant notamment le recours à des sociétés spécialisées.

2/ l'organisation des officines, qui sont en mesure de répartir les tâches d'administration et de saisie sur plusieurs intervenants, ce qui facilite de fait l'usage des fonctions de gestion du tiers payant.

Source : mission

⁸³ Et de 1,2 % du chiffre d'affaire des officines (moyenne nationale) pour la part obligatoire, 2,1 % pour la part complémentaire, soit 3615 euros par mois. Source Litipharma.

- [140] Au final, l'absence de conventionnement collectif et la cohabitation de différents circuits de facturation sont des facteurs à la fois spécifiques à la médecine de ville et susceptibles d'expliquer, de concert avec les raisons précédemment évoquées, le sous-recours au tiers payant complémentaire.

2 LES EVOLUTIONS ENVISAGEABLES

2.1 La généralisation du tiers payant pour les consultations de ville est une réforme justifiée sur le fond

2.1.1 Les raisons d'une généralisation

2.1.1.1 Le tiers payant correspond à la philosophie de la sécurité sociale

- [141] Le tiers payant correspond en premier lieu à la logique d'une assurance sociale : l'assuré acquitte des cotisations préalables (prépaiement dit l'OMS) et il a droit lorsque le risque social se réalise (ex : un problème de santé) soit à une indemnisation de sa perte de revenu, soit à une prise en charge de ses dépenses supplémentaires (dans la limite d'un montant). Il n'a théoriquement pas en plus à faire l'avance des frais. L'assurance sociale n'est en ce sens pas l'assurance où il faut établir un préjudice et une responsabilité, établissement qui peut prendre du temps et justifie le plus souvent une avance de frais de l'assuré. C'est bien d'ailleurs parce qu'ils sont conscients de cette distinction assurance sociale / assurance que les organismes de prévoyance complémentaire pratiquent largement le tiers payant pour les assurances sociales complémentaires.

- [142] Cette philosophie s'applique a fortiori à l'assurance santé « courante », santé qui est un bien spécifique qui ne dépend pas du revenu et n'est pas étalée dans le temps ; passer par la trésorerie des ménages pour couvrir a priori cette dépense est injustifié et conduit de fait à des effets pervers (renoncement et report de soins notamment dans les secteurs optique et dentaire, dépenses supplémentaires dans un deuxième temps). La mission note à cet égard l'aberration que constitue le développement de la pratique bancaire de prêts Santé à taux zéro ou à taux très faible⁸⁴, qui font d'ailleurs l'objet de fortes critiques de la part des assurés.

- [143] En troisième lieu, cette philosophie s'applique a fortiori à une assurance maladie universelle telle que créée dans le cadre des grands systèmes nationaux de sécurité sociale. En effet, poser le principe de l'avance des frais, c'est aussitôt poser ses exceptions, donc segmenter l'assurance maladie, créer des effets de seuil et de stigmatisation, créer des inégalités de droits entre assurés, a fortiori lorsque les exceptions sont à la main des organismes d'assurance maladie et/ou des médecins, ce que l'analyse des règles et pratiques actuelles a précédemment montré. Le CISS et les associations qu'il réunit avaient en ce sens lors du débat sur la CMU réclamé la généralisation du tiers payant pour tous les assurés.

- [144] C'est forts de cette philosophie sociale que l'essentiel des pays à assurance maladie pratiquent un tiers payant généralisé pour les soins de ville et que les organisations internationales n'envisagent pas cette option de paiement.

Recommandation n°1: Rappeler aux parties prenantes le caractère légitime du tiers payant dans un système d'assurance maladie universel.

⁸⁴ Par exemple, la mutuelle des agents des services publics Intérieure, financée par le Crédit municipal de Paris, accorde à ses adhérents des prêts à taux zéro de 600 à 4000 euros, sur une durée de 6 à 36 mois. Autre exemple, le même Crédit municipal de Paris accorde des prêts à taux faible (2,95 %) jusqu'à 3000 euros, sur une durée de 6 à 36 mois mais cette fois à tous. Les arguments présentés - éviter les crédits de consommation renouvelables à des taux exorbitants - jusqu'à 20 % sur 36 mois, donc le surendettement, et faire face à fortes dépenses imprévues - ont pour principale faiblesse de ne traiter que les conséquences d'une situation et non la situation elle-même.

2.1.1.2 Le tiers payant contribue à faciliter l'accès aux soins des assurés

[145] La généralisation du tiers payant a les avantages suivants pour les assurés :

- 1) Elle constitue pour l'ensemble d'entre eux une simplification considérable des formalités (plus de suivi et de contrôle des remboursements via les décomptes)
- 2) Elle apporte une réelle lisibilité au droit de l'avance ou non des frais : il n'y a plus qu'une seule règle, au demeurant la même que pour les autres professions de santé
- 3) Elle conforte le caractère universel de l'assurance maladie, sans effets de seuil et sans segmentation entre les personnes donc sans stigmatisation de certaines populations soit modestes, soit fortement consommatrices de soins coûteux
- 4) Elle met fin aux inégalités d'octroi du tiers payant selon le régime, selon le médecin consulté et le département considéré, telles qu'on les a décrites dans la première partie
- 5) Elle facilite l'accès financier aux soins de ville des ménages modestes, qui ne sont pas tous couverts par les cas actuels de tiers payant, comme la première partie l'a également montré.

[146] Au niveau global de la santé publique :

- 6) La généralisation, en permettant un meilleur accès aux soins, participe d'un moindre report ou renoncement aux soins
- 7) Cette généralisation évite tous les effets de seuils actuels, là où les inégalités sociales de santé ne se distribuent justement pas en-deçà et au-delà d'un seuil mais de façon continue selon ce qu'il est convenu d'appeler le gradient social de santé.

2.1.1.3 Le tiers payant facilite sur certains points la pratique des médecins

[147] La mission observe tout d'abord que les organisations syndicales de médecins ne mettent plus d'obstacle « philosophique » au tiers payant, ni à la diversification des modes de paiement au-delà du paiement à l'acte. Le triptyque paiement à l'acte – entente direct sur les honoraires – paiement direct des honoraires a donc historiquement radicalement évolué pour garder comme pierres angulaires de la médecine libérale le libre choix du médecin par le patient, la liberté de prescription du médecin, la liberté d'installation du médecin, le secret professionnel. Le Conseil national de l'Ordre des médecins estime de même que le tiers payant n'est pas contraire à la déontologie et qu'il existe déjà pour un tiers des actes dispensés et qu'il est ouvert volontairement aux médecins dans le cadre de l'actuelle convention nationale. Les médecins libéraux que la mission a interrogés s'inscrivent dans ces perspectives.

[148] Les organisations syndicales de médecins n'ont pas spécifiquement exprimé devant la mission la crainte que des contraintes supplémentaires leur soient imposées en contrepartie du tiers payant, qu'elles viennent du côté de l'AMO ou du côté des AMC sur le mode d'autres professions de santé et dans une grande tendance de ces assurances maladie à se faire organisateurs de soins (ex : tiers payant contre génériques pour les pharmaciens, tiers payant contre engagements de prix ou de respect de pratiques professionnelles pour les opticiens, les audioprothésistes, les prothésistes dentaires référencés de façon sélective), contraintes d'autant plus aisées à exercer que les organismes paieraient directement les médecins (« si l'on paie, on peut retenir »).

[149] Ensuite, à l'intérieur de ces évolutions, les positions des organisations syndicales représentatives sont diverses : MG France revendique le tiers payant, mais dans le cadre d'un parcours coordonné par le médecin généraliste ; la CSMF, la FMF, le Bloc ne sont pas opposés à la généralisation du tiers payant, même si cela ne figure pas dans leur programme ou n'est pas considéré comme prioritaire, mais y mettent des conditions de fonctionnement technique irréprochables et d'interface avec la seule AMO que l'on étudiera dans le point 2.2 ; le SML souhaite s'en tenir à la situation du tiers payant « social » actuel et conserve son opposition de fond à un paiement des médecins par l'AMO et plus encore les AMC.

[150] Pour la mission, la généralisation du tiers payant présente les avantages suivants pour les médecins :

- 1) Elle est une mesure de lisibilité d'un droit qui comporte actuellement une quinzaine de situations possibles de tiers payant, cas parfois mal connus et/ou mal appliqués (ex : avance des frais exigée de certains patients en CMUC/ACS)
- 2) Elle leur évite d'apprécier la situation financière de leur patient
- 3) Elle est un facteur d'assainissement des relations avec les organismes d'AMO, souvent sourcilieux devant une utilisation non « ponctuelle » selon les termes de la convention nationale du 26 juillet 2011, des cas de tiers payant à la main des médecins
- 4) Elle leur apporte (potentiellement) une meilleure garantie de paiement, l'organisme d'assurance maladie étant (a priori) moins susceptible d'être un débiteur défaillant que le patient.

2.1.1.4 Le tiers payant peut contribuer à maîtriser le recours aux urgences hospitalières

[151] La première partie a cité des études permettant d'estimer qu'une part de la fréquentation des services d'urgence des établissements de santé était due à l'existence du tiers payant lors du recours à ces services, contrairement aux consultations de ville.

[152] Une généralisation du tiers payant en médecine de ville pourrait donc conduire à ce qu'une part (probablement faible mais à quantifier) des patients pris en charge aux urgences, le soient en médecine de ville, avec comme conséquence de moindres dépenses globales⁸⁵ liées aux prises en charge en urgence. Cette part pourrait être majorée par la mise en œuvre de mesures offrant une réponse aux autres motifs de recours aux services d'urgence, et notamment la possibilité de disposer d'une offre de soins complète sur un lieu unique et de façon permanente.

2.1.2 Les conditions d'une généralisation

[153] Rappel des termes employés par le présent rapport : le prix d'un soin délivré par le médecin fait l'objet d'un tarif fixé dans la convention nationale ou d'une base de remboursement opposable de l'assurance maladie obligatoire, ci-après exprimé « tarif conventionnel/opposable ». Le tarif conventionnel/opposable est remboursé par l'AMO sous déduction d'une participation forfaitaire et du ticket modérateur. Le ticket modérateur peut être pris en charge par une AMC ; la participation forfaitaire ne peut être prise en charge par l'AMC.

[154] Au-delà du tarif conventionnel/opposable, le médecin peut demander des dépassements d'honoraires, c'est la partie libre du prix total. Cette partie peut être prise en charge en tout, en partie ou en rien par les AMC.

2.1.2.1 Jusqu'à quel montant accorder le tiers payant ?

[155] La question se pose en cas de dépassement d'honoraires. Il existe en théorie quatre options:

- 1) La dispense d'avance des frais joue pour le seul niveau de tarif conventionnel/opposable et ne vaut pas pour les dépassements d'honoraires, qui font alors l'objet d'un paiement direct du patient au médecin et d'un remboursement éventuel par les AMC (option 1)
- 2) La dispense d'avance de frais ne vaut qu'à hauteur d'une règle ad hoc (exemple : dispense d'avance de frais dans la limite du seuil de déclenchement de la procédure sur les pratiques tarifaires excessives créé par l'avenant n°8 du 25 octobre 2012 à la convention du 26 juillet 2011) (option 2)

⁸⁵ 250 euros attribués aux établissements de santé dans le cadre des MIGAC par passage aux urgences.

- 3) La dispense d'avance de frais vaut à hauteur du niveau de prise en charge par les AMC, qu'elles couvrent tout (option 3) ou partie (option 3bis) des dépassements, comme c'est le cas, pour cette seconde option, pour 34 % des contrats individuels et 78 % des contrats collectifs⁸⁶.

[156] Les options 1 et 2, comparées aux deux options suivantes, auraient pour principaux effets:

- 1) de faciliter l'identification par l'assuré de ce qui relève du tarif fixé par l'assurance maladie, d'une part, et de ce qui correspond à un dépassement d'honoraires, de l'autre (pour l'option 1);
- 2) d'obliger l'AMC qui solvabilise les dépassements d'honoraires à faire coexister une ligne de production qui paie le médecin pour la partie dispensée d'avance de frais soit jusqu'au montant du tarif conventionnel/opposable que l'AMC prend en charge en règle générale (« l'AM complémentaire ») et une ligne de production qui rembourse l'assuré des dépassements d'honoraires (l'AM supplémentaire ou sur-complémentaire »)⁸⁷.

[157] La mission écarte néanmoins ces options pour les quatre raisons de principe suivantes:

- 1) La maîtrise des dépassements d'honoraires renvoie à bien d'autres mesures que le maintien d'un système d'avance de frais les concernant et les parties prenantes ont fait le choix d'autres processus de maîtrise (avenant n°8 du 25 octobre 2012 à la convention du 26 juillet 2011)
- 2) Le maintien d'un système d'avance de frais pour les dépassements d'honoraires peut faire courir le risque de dépassements d'honoraires accrus, leur avance étant devenue potentiellement plus faible par rapport à la situation actuelle si le tarif conventionnel/opposable remboursé est déjà réglé en tiers payant. Ce maintien pourrait par ailleurs conduire à une moindre pratique du tiers payant par les médecins qui y recourent déjà et pratiquent les dépassements d'honoraires, compte tenu de la dualité de procédure en résultant
- 3) Pour autant qu'un tel maintien soit imposable aux AMC (par une disposition légale et/ou une incitation financière du type contrat responsable ?), ce n'est pas l'existence de deux chaînes de production qui les fera renoncer à couvrir les dépassements d'honoraires. Leurs coûts de gestion seront simplement majorés
- 4) Ces options auraient pour effet d'obliger les assurés à effectuer l'avance des frais liés aux dépassements d'honoraires, avec un risque de difficulté d'accessibilité financière en cas de pathologies nécessitant des prises en charge multiples chez des patients qui, conscients de ce risque, avaient justement décidé de contracter une AMC leur évitant ce type de difficulté. Ces patients n'auraient de fait plus accès à certains médecins.

[158] La seconde question est ensuite de savoir si ce raisonnement a une valeur en gestion et si l'option de généraliser le tiers payant à hauteur des couvertures complémentaires n'est pas notablement plus coûteux pour les parties prenantes et notamment les médecins que de le généraliser au seul niveau des tarifs conventionnels/opposables.

[159] Dans les faits, il y a peu de différences notables entre les quatre options :

- 1) Les deux premières options permettraient d'alléger l'étape liée au calcul de la part complémentaire, aujourd'hui largement automatisé mais dont le paramétrage pourrait s'avérer plus délicat pour la part (limitée) des contrats exprimés sous la forme de garanties forfaitaires ;
- 2) Dans chacune des quatre options, le médecin doit toutefois procéder à la vérification du montant que couvre l'AMC de son patient, afin de lui demander le paiement direct de ce

⁸⁶ Source : *La généralisation de la couverture complémentaire en santé*, rapport du HCAAM, juillet 2013. Selon les chiffres de la DREES, la couverture des dépassements concerne 53 % des personnes prises en charge dans le parcours de soins et 38 % hors parcours de soins. Le niveau moyen de remboursement est de 19€ dans le parcours de soins, et de 15€ hors parcours de soins. Source : *Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2010*, DREES, Etudes et résultats n° 837, avril 2013.

⁸⁷ Cf. en Alsace-Moselle : la complémentaire obligatoire du régime local couvre le tarif conventionnel/opposable, ce qui conduit certains assurés à souscrire une deuxième AMC pour couvrir tout ou partie des dépassements d'honoraires.

qu'elle ne couvre pas et ne pourra donc faire l'objet d'un paiement direct à son profit: dans l'option 1, le médecin doit vérifier si l'AMC couvre la totalité du ticket modérateur (ce qui est la règle générale mais non absolue⁸⁸) ; dans les options 2, 3 et 3bis, il doit en plus déterminer quelle part des dépassements d'honoraires couvre l'AMC.

[160] Sur ce sujet moins immédiat, la mission n'a pas recueilli de position ferme des parties prenantes, à l'exception de la FFSA et du CTIP, qui se sont prononcées en faveur de l'option 3, et de la FNMF, qui privilégie la première option. L'ensemble des parties prenantes devra prendre une position argumentée au vu du présent rapport.

Recommandation n°2 : Généraliser le tiers payant à hauteur du montant couvert par les AMC.

2.1.2.2 Comment recouvrer la participation forfaitaire ?

[161] La mission rappelle tout d'abord qu'aux termes de la loi du 13 août 2004 (article L 322-2 du Code de la sécurité sociale), tout acte ou consultation réalisé par un médecin de ville est remboursé sous déduction d'une participation forfaitaire d'un euro⁸⁹ dans la limite d'un euro par jour et par médecin et de cinquante euros par an. Cette participation forfaitaire ne peut être prise en charge par les AMC. Elle est imputée sur les remboursements de toute nature à venir de l'assuré ou de ses ayants-droits (ou sur ses prestations en espèces).

[162] La participation forfaitaire doit en revanche conduire à un recouvrement direct sur les assurés lorsqu'il n'y pas de remboursement à venir, soit parce qu'ils ne consultent pas ou ne donnent pas lieu à des prestations en espèces (dont changement de régime, départ de France, décès), soit parce qu'ils sont bénéficiaires du tiers payant. Ce recouvrement direct n'a jamais été engagé au régime général et il existe au 31 décembre 2012 374 millions d'euros non recouverts cumulés depuis l'origine (soit 3 % de participations forfaitaires non recouverts par an), non recouvrement posant un problème financier et comptable⁹⁰ et un problème d'égalité entre assurés (puisque le tiers payant est accordé de façon variable comme on l'a vu précédemment). Les autres régimes multi-branches peuvent par contre recouvrer la participation forfaitaire sur les prestations sociales hors assurance maladie (ex : les pensions de retraite à la MSA ou à la CRP-SNCF)⁹¹.

[163] Généraliser le tiers payant aboutirait donc à généraliser, à pratiques actuelles, le non recouvrement des participations forfaitaires ce qui est inenvisageable pour un rapport financier de 800 millions d'euros par an. L'analyse des pays pratiquant le tiers payant à grande échelle a conduit la mission à distinguer trois modèles de recouvrement de ce type de franchises :

- 1) le modèle néerlandais: l'organisme d'assurance maladie a l'autorisation de prélever sur le compte bancaire de l'assuré le montant de la franchise (variable selon le choix de l'assuré de 155 à 655 euros) ;
- 2) le modèle allemand: l'assuré paie chaque trimestre à l'occasion de sa première visite au médecin spécialiste qu'il consulte directement (le médecin généraliste est payé par capitation) une « taxe de cabinet » de 10 euros que conserve le médecin et celui-ci est payé en tiers payant sous déduction de cette taxe ;

⁸⁸ Selon les données de la DREES, 2 % des personnes couvertes ont une prise en charge nulle ou inférieure au ticket modérateur pour les consultations chez les spécialistes hors parcours de soins (cette proportion est nulle pour les spécialistes dans le parcours de soins). Source : DREES, cf. note 79.

⁸⁹ Exceptions : femmes enceintes, enfants de moins de 18 ans, bénéficiaires de la CMUC.

⁹⁰ C'est l'un des motifs de réserves à la certification des comptes de la CNAMTS par la Cour des comptes.

⁹¹ Les franchises et prélèvements forfaitaires sont retenus au premier chef sur les prestations de santé, et à défaut sur d'autres prestations. Cette vérification est effectuée manuellement. En ce sens, une généralisation du tiers payant serait source de simplification pour ces régimes dans la mesure où elle permettrait d'automatiser la récupération sur les prestations retraite.

- 3) le modèle autrichien : l'assuré paie annuellement à sa caisse d'assurance maladie un montant de 10 euros au titre de participation aux frais de gestion de sa carte de droits (e-card, équivalente à la Carte Vitale) comme on paie en France son passeport, sa carte de famille nombreuse (19 euros tous les trois ans) ou comme les personnes âgées et handicapées paient depuis 2012 leur carte de réduction de transports à Paris (de 20 à 40 euros annuels selon les ressources).

[164] La mission considère, après un premier échange avec la CNAMTS, qu'en cas de tiers payant généralisé en France, la modèle néerlandais serait le plus opérationnel, dès lors que les organismes d'assurance maladie ont les comptes bancaires de leurs assurés et que l'assiette de récupération est la plus large possible, celle du budget total des ménages. Dans cette situation, à l'atteinte d'un seuil (ex : 30 euros), l'organisme d'assurance maladie prélèverait sur le compte de l'assuré la somme considérée en lui justifiant son prélèvement acte par acte, se substituant ainsi au système actuel d'imputation de la participation forfaitaire correspondant à un acte sur un autre acte. Il conviendrait d'étudier si ce système concernant la médecine de ville peut être étendu aux autres franchises existantes sur d'autres actes, biens et services médicaux.

[165] Le modèle allemand serait complexe à intégrer dans une réforme française déjà complexe à mettre en œuvre et conduirait politiquement à « passer » par le médecin, solution écartée dès l'origine ; il déconnecterait la participation forfaitaire du recours aux soins. Le modèle autrichien présente les mêmes inconvénients en termes de complexité et de déconnection ; il supposerait de plus un processus de délivrance et d'actualisation des cartes Vitale à zéro défaut dès lors qu'il serait formellement payant. L'article L 161-31 du Code de la sécurité sociale dispose à cet égard que la Carte Vitale est délivrée gratuitement et son article R 161-33-3 qu'elle est la propriété de l'organisme servant les prestations d'assurance maladie.

[166] Il reste naturellement l'application du modèle existant de prélèvement sur les prestations sociales des autres branches. Mais ce modèle ne répond en rien à la situation où l'assuré ne reçoit aucune prestation sociale ; il nécessiterait pour le régime général de construire des échanges de données complexes entre branches qui ont déjà beaucoup de mal à expliquer et à recouvrer leurs propres indus ; elle serait illisible pour les assurés et susciterait de nombreuses demandes, non pas à leur organisme d'assurance maladie mais à l'organisme qui sert les prestations sur lesquelles seraient imputées la participation forfaitaire..

Recommandation n°3 : Recouvrer la participation forfaitaire par prélèvement autorisé sur le compte bancaire des assurés par les organismes d'assurance maladie.

2.1.2.3 Une généralisation volontaire ou obligatoire ?

[167] La question qui doit enfin être traitée est celle du choix entre une généralisation de droit par la loi ou une généralisation de la possibilité pour les médecins d'accorder le tiers payant ouverte par la convention nationale.

[168] En faveur de la première solution jouent la netteté de la philosophie sociale que l'on attache au tiers payant ; l'égalité de traitement entre les assurés ; les réticences des médecins à mettre en œuvre des décisions techniques (ex : télétransmission).

[169] En faveur de la deuxième solution jouent le précédent de toutes les autres professions de santé ; la nécessité d'impliquer au maximum aux principes et à la mise en œuvre opérationnelle de la réforme d'une part les médecins, d'autre part les AMO et AMC. C'est cette deuxième branche de l'alternative que les organisations syndicales de médecins défendent, estimant d'ailleurs que la généralisation volontaire conduira à une généralisation de fait.

- [170] La mission propose de retenir la deuxième branche de l'alternative. Elle propose par ailleurs que cinq années après le début de la mise en œuvre de cette faculté, un bilan de l'état de généralisation soit réalisé et que les mesures de correction de trajectoire nécessaires soient, le cas échéant, adoptées.

Recommandation n°4 : Promouvoir la généralisation du tiers payant par la généralisation de la possibilité donnée aux médecins d'accorder le tiers payant à leurs patients. Etablir, cinq après le début de la mise en œuvre, un bilan de l'état de déploiement du tiers payant, et définir les mesures de correction de trajectoire nécessaires.

2.1.3 Les risques d'une généralisation

- [171] Il existe cinq grandes objections à la généralisation du tiers payant qu'il s'agit d'analyser.

2.1.3.1 La généralisation du tiers payant serait inflationniste

- [172] Un premier argument en faveur du maintien de l'avance des frais est que celle-ci permettrait la connaissance par les assurés des coûts qu'ils exposent, donc les responsabiliserait. En sens inverse, la généralisation du tiers payant serait « inflationniste » en matière d'actes, soit que le patient multiplie ses demandes, soit que le médecin multiplie son offre.

- [173] On rappellera tout d'abord qu'historiquement l'avance des frais est un principe qui fonde la médecine libérale et qu'elle n'est pas un argument de responsabilisation des assurés ; sur ce point, c'est la définition du panier de soins et le ticket modérateur qui sont les mécanismes de responsabilisation.

- [174] Néanmoins ce risque de déresponsabilisation donc de caractère inflationniste doit être pris en compte. De fait, celui-ci a fait l'objet d'une seule étude économétrique en France en 2000 menée dans le cadre du CREDES devenu IRDES sur la base de données de 1995 concernant essentiellement le tiers payant pharmaceutique, dont la mission a souhaité caractériser tant la problématique que les résultats.

1/ La problématique

- [175] Les auteurs écrivent tout d'abord : *« l'argument budgétaire est peu fondé. Ne pas consentir la dépense budgétaire éventuelle liée à la mise en place du tiers payant résulte d'un choix implicite. En effet, à dépense budgétaire donnée, on peut considérer que l'avance des frais, si elle est une source de moindres dépenses, permet de financer des cures thermales ou certains médicaments à faible service médical. Notre objectif n'est donc pas de comparer quantitativement les avantages et les inconvénients du passage au tiers payant, notamment au niveau budgétaire, mais d'étudier s'il serait légitime, car plus juste socialement.*

- [176] *« Le problème alors se pose dans les termes suivants : s'il apparaissait que son usage augmentait la dépense de tous les assurés, quel que soit état de santé ou leur niveau de revenu (hypothèse d'aléa moral), il pourrait alors être considéré comme purement inflationniste ; si, en revanche, il permettait d'affranchir les assurés plus modestes (...) de l'avance des frais, favorisant leur accès aux services de santé et augmentant le volume efficace de soins dispensés, il résoudrait un problème d'équité, voire d'efficacité à long terme. Pour répondre à cette question, tiers payant inflationniste ou tiers payant équitable, il est nécessaire de mener une analyse micro-économique (...) »*

2/ Les résultats

[177] « *Le recours au tiers payant n'est pas la simple conséquence de conditions d'offre. Même si le professionnel peut proposer le tiers payant à l'assuré, les préférences et les contraintes de ce dernier ont une influence déterminante sur sa décision. On peut même supposer que le patient peut contourner les effets d'offre en choisissant des professionnels (par exemple des officines) qui proposent le tiers payant.*

[178] « *Tiers payant et dépenses de santé sont corrélées positivement (...). Le tiers payant agit plus chez les pauvres que chez les riches : on ne peut donc vraiment parler d'un effet inflationniste (qui augmenterait tous les coûts de soins chez tous les assurés) mais plutôt d'un rattrapage par les pauvres du volume de soins que consommaient déjà les ménages non concernés par la contrainte de liquidité. Certes, rien n'indique que ce volume moyen soit un volume souhaitable du point de vue des résultats de santé. On peut au moins présenter ce résultat comme un gain d'équité et espérer qu'en facilitant l'accès aux soins ambulatoires à court terme, il évite des complications et des recours aux soins hospitaliers à plus long terme. La conclusion principale de notre étude est que le tiers payant est un mode de paiement socialement plus équitable. »*

[179] Interrogés par la mission, les économistes de la santé de l'Etat (DSS, DREES), de l'IRDES (dont l'un des deux auteurs de l'étude de 2000) et de la CNAMTS ont estimé :

- qu'il n'y avait pas de méthodes alternatives à celle de la précédente étude (qui avait duré six mois, durée toutefois compatible avec une feuille de route de généralisation du tiers payant), qu'il s'agisse des modèles de micro-simulation (qui raisonnent à comportements constants), des études contrefactuelles (consistant à prendre deux populations strictement équivalente sur un même territoire, l'une bénéficiant du tiers payant et l'autre non et de comparer le recours aux soins de ville de l'une et de l'autre sur une période longue), de mise en relation des dépenses des départements avec leur taux de recours au tiers payant (ex : un taux de recours quasiment de 100 % à la Réunion conduit-il à des dépenses supplémentaires ?), de très nombreux paramètres devant être pris en compte sur une longue période (dont ceux relatifs à l'offre de soins) pour tenter d'explicitier des différences géographiques de consommation de soins ;
- que les conclusions de l'étude de 2000 restaient valables et que par ailleurs l'effet de rattrapage de consommation de soins était intervenu dans le cadre de la création de la CMUC et de l'ACS⁹².

[180] Ces mêmes administrations et organismes ont par ailleurs estimé que la maîtrise des dépenses de soins de ville ne se jouait pas sur l'avance des frais mais, d'une part, sur des mesures de responsabilisation de fond des assurés par l'éducation et la promotion de la santé et de sensibilisation financière réelle (dont un montant de franchise pertinent) ; et, d'autre part, sur des mesures d'organisation et de productivité de l'offre (ex : parcours de soins, alternatives au paiement à l'acte, respect de références médicales opposables que propose le Bloc en contrepartie de la généralisation du tiers payant).

[181] Ces administrations et organismes ont enfin rappelé que les pays à tiers payant généralisé n'ont pas de dépenses de santé plus élevées que la France et que leurs plans d'économies en matière de santé depuis vingt ans ne sont pas revenus sur ce principe au prétexte de mieux responsabiliser les assurés et d'être moins inflationnistes en termes d'actes.

⁹² A titre purement empirique, 78 % du panel d'assurés de la CPAM du Gard hors bénéficiaires de la CMUC et de l'ACS estiment que la généralisation du tiers payant ne les amènerait pas à faire évoluer leur consommation de soins.

[182] Constatant néanmoins l'ancienneté des données traitées (1995) et leur origine (les dépenses pharmaceutiques dont la structure de prix est différente de celle de la médecine de ville), la mission recommande de réaliser avant toute généralisation du tiers payant une étude de ses conséquences financières, *a fortiori* dans une situation de déficit structurel de l'assurance maladie et ne serait-ce que pour déterminer les gages financiers nécessaires à une mesure dont l'intérêt social serait retenu.

Recommandation n°5 : Réaliser une étude sur les conséquences financières de la généralisation du tiers payant pour les actes réalisés en médecine de ville.

- [183] Par ailleurs, aux yeux de la mission, une éventuelle généralisation du tiers payant :
- devrait remplacer le signal sur le coût des actes qui disparaît avec la disparition de l'avance des frais par un autre signal : remise à l'assuré d'une copie de la facture adressée par le médecin à la caisse d'assurance maladie (comme en ouvre la possibilité l'article R 161-47 du Code de la sécurité sociale), envoi d'un relevé des dépenses exposées à un rythme donné (ce que fait la MSA annuellement en appliquant strictement l'article L 161-31 du Code de la sécurité sociale), capacité de consulter en ligne ses dépenses exposées (service actuellement disponible au régime général sur le site AMELI) etc. Il ne revenait pas à la mission d'expertiser ce sujet mais celle-ci estime que ce doit être un des principes posés à une éventuelle généralisation que le maintien d'une information à l'assuré sur les frais qu'il expose ;
 - devrait prendre place dans un « paquet » global de maîtrise des dépenses de soins de ville.

Recommandation n°6 : Mettre en œuvre dans le cadre de la généralisation du tiers payant un dispositif permettant au patient de connaître les frais de soins de ville qu'il suscite.

2.1.3.2 La généralisation du tiers payant pourrait gêner le mécanisme de repérage des fraudes professionnelles

[184] Un certain nombre de directeurs de CPAM ont estimé que dès lors que la facturation s'effectue en tiers payant, il existe un risque accru que le médecin facture des actes inexistant, le tiers payant induisant potentiellement une moindre vigilance de la part du patient sur ses relevés de soins. Cette analyse, au sens de la mission, est toutefois affaiblie par l'absence de données permettant d'isoler la part représentée par l'utilisation du tiers payant dans la fraude professionnelle et permettant d'en mesurer l'évolution dans le temps en fonction des taux de tiers payant.

[185] La CNAMTS a indiqué utiliser le tiers payant pour repérer des comportements suspects de fraudes lorsque les indicateurs en montrent une utilisation statistiquement aberrante. A titre d'exemple, le programme de contrôle lancé en 2011 concernant les médecins généralistes réalisant un grand nombre d'actes en tiers payant a abouti au ciblage de 21 médecins et à la constatation d'actes fictifs dans 4 cas, d'un non-respect de la nomenclature générale des actes professionnels dans 5 cas, et d'un abus d'acte dans un cas. La CNAMTS considère que si le tiers payant « *peut faciliter, tant pour les professionnels de santé que pour les assurés, certains mécanismes de fraude* », il n'est pas en lui-même générateur d'un risque d'occurrence accrue de certains types de pratiques, parmi lesquels les doubles paiements, les fausses factures ou actes fictifs et la facturation d'actes annulés par le patient.

[186] La généralisation du tiers payant priverait dès lors la CNAMTS d'une entrée en termes de détection de la fraude professionnelle, mais la mission constate l'existence d'autres indicateurs pouvant alternativement être utilisés à cette même fin.

2.1.3.3 La généralisation du tiers payant serait une mesure « pour les riches »

[187] Dès lors que le tiers payant est d'ores et déjà généralisé pour les plus modestes, sa généralisation n'est-elle pas une mesure pour les assurés les plus aisés qui de plus n'en ont pas besoin compte tenu du bénéfice de ce que la mission a appelé « dispense d'avance de frais de fait » (délais de remboursement très réduits + facilités de crédit usuelles) ?

[188] Il semble à la mission qu'il convient de répondre à cette objection :

- 1) avec l'ensemble des arguments développés supra en matière de « philosophie sociale » et donc notamment de cohésion sociale liés à l'existence d'une assurance maladie universelle et financée en fonction des revenus ;
- 2) avec l'amélioration de l'accès aux soins des plus modestes sur les autres compartiments que l'avance des frais, c'est-à-dire le montant des frais restant à charge, l'accessibilité géographique aux soins et l'accessibilité culturelle et psychologique à ceux-ci ; c'est l'objet de la mission confiée à Mme ARCHIMBAUD.

2.1.3.4 La généralisation du tiers payant ne serait pas intégrale pour les assurés ne disposant pas d'une AMC

[189] Les assurés ne disposant pas d'une AMC devraient acquitter à leur médecin directement la part que couvre cette assurance, soit 6,9 euros pour prendre l'exemple d'une consultation de généraliste. Cette situation prévaut actuellement pour toutes les autres professions de santé fonctionnant en tiers payant, et singulièrement chez le pharmacien.

[190] Pour la mission, cette situation ne renvoie pas à la non généralisation du tiers payant compte tenu de l'ensemble des avantages qui y sont attachés ; elle renvoie à la généralisation de l'AMC pour laquelle d'ailleurs des travaux parallèles sont justement en cours.

2.1.3.5 La généralisation du tiers payant serait une réforme inutile compte tenu des acquis actuels en matière de délais de remboursement des assurés

[191] Une ultime question se pose de savoir si l'ensemble de cette analyse en faveur de la généralisation du tiers payant conserve sa valeur dès lors que les délais de remboursements vers les ménages sont de quatre jours en moyenne et que ceux-ci bénéficient soit de facilités de crédit communes, soit pour les plus modestes justement du tiers payant. La dispense d'avance de frais n'est-elle pas généralisée « de fait » et est-il nécessaire de mettre en œuvre des réformes techniques dont on va voir dans la partie suivante qu'elles sont très importantes pour un gain quasiment nul ?

[192] On observera tout d'abord que les assurés ont tout d'abord pleinement conscience d'avancer leur frais chez le médecin puis de se faire rembourser ; si le tiers payant allège fortement leurs charges à venir, c'est que leurs charges actuelles de suivi et de vérification de leurs remboursements existent bien ; pour ce qui est des facilités de crédit, ils les paient d'une façon ou d'une autre à leur banque.

[193] Par ailleurs, la philosophie sociale à laquelle se réfère la mission en faveur de la généralisation du tiers payant - l'affirmation d'une assurance maladie universelle et non segmentée et prépayée par des cotisations - vaut pour une généralisation de droit et non une généralisation de fait.

2.1.4 Les alternatives d'une généralisation

2.1.4.1 Une extension « par compartiment » du tiers payant

[194] Une première alternative à la généralisation du tiers payant serait une extension de celui-ci à de nouvelles populations, fondamentalement :

- en baissant le niveau des actes coûteux y ouvrant droit (on a situé précédemment deux hypothèses de 50 et 100 euros alternatives au seuil actuel de 120 euros) ;
- en relevant le niveau de ressources ouvrant droit actuellement au tiers payant, proche du seuil de pauvreté ; des commentateurs ont proposé par exemple de fixer le tiers payant jusqu'à 1,5 SMIC ;
- en liant le cas échéant les deux précédents critères (variation du niveau des actes coûteux faisant l'objet de tiers payant en fonction des ressources du ménage) ;
- en étendant aux AMC le tiers payant accordé aux bénéficiaires de l'ACS, comme le prévoit par exemple l'accord local du Tarn ;
- en ouvrant des droits à des populations nouvelles comme l'ont fait des CPAM dans leurs accords locaux ou comme le font les médecins dans leurs décisions individuelles.

[195] On rappelle à cet égard qu'un amendement parlementaire à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 (disjoint par le Conseil constitutionnel pour raison de cavalier budgétaire) avait prévu des expérimentations sur trois ans de tiers payant intégral sur quelques territoires pour :

- les étudiants bénéficiant d'un contrat d'assurance complémentaire en santé dès lors qu'ils respectaient les règles relatives au médecin traitant et aux médicaments génériques, ceci dans la limite des tarifs opposables ;
- les personnes fréquentant les maisons, centres et professionnels de santé signataires du contrat type mentionné à L 162-14-1 du Code de la sécurité sociale.

[196] On rappellera également qu'une extension du tiers payant à de nouvelles catégories de bénéficiaires (personnes atteintes d'une ALD, femmes enceintes, familles nombreuses, jeunes de moins de 25 ans) constitue l'un des scénarios « bas » proposés par le collectif d'usagers rencontré par la mission.

[197] Cette option d'extension et non de généralisation aurait les avantages suivants :

- 1) Elle se présenterait comme une rationalisation/simplification du champ actuel du tiers payant donc sa plus grande équité sociale et géographique :
 - en consolidant tous les accords locaux ;
 - en couvrant les décisions d'évaluation des médecins, les rendant cohérentes et leur évitant justement cette appréciation individuelle ;
 - en rendant cohérent les règles actuelles dont on a montré toutes les limites.
- 2) Elle se situerait dans une logique claire de meilleur accès financier aux soins pour les ménages modestes, donc prioritaires dans une politique de santé ;
- 3) Elle limiterait les risques budgétaires éventuels de la généralisation ;
- 4) Elle éviterait les problèmes techniques qui vont être évoqués dans la partie 2.2, sauf à ce que le champ du tiers payant soit notablement étendu.

- [198] La mission a écarté néanmoins cette option pour les raisons suivantes.
- Elle ne répondrait pas aux avantages de logique sociale et financière que l'on a développés en faveur de la généralisation du tiers payant
 - Elle créerait de nouvelles catégories qui devraient se justifier administrativement (or ce sont celles qui ont le plus de mal à se justifier) et « psychologiquement » devant le médecin et l'organisme d'assurance maladie ; elle créerait de nouveaux seuils
 - Elle créerait des complexités nouvelles et resterait toujours aussi distincte de la logique qui a prévalu pour les autres professionnels de santé
 - Elle serait une fausse réponse à la problématique d'accès financier aux soins de ville des ménages modestes qui renvoie moins à des mesures d'avance de frais qu'à des mesures de maîtrise des frais restant à charge
 - Elle ne traiterai pas le sujet ville-urgences
 - Elle pourrait conduire à généraliser le critère ressources en assurance maladie, extrêmement lourd à gérer.

2.1.4.2 Une généralisation réservée à la médecine de premier recours

[199] La mission a situé dans son rappel historique de la période 1975-2000 la grande alternative de tiers payant en matière de prise en charge des soins : soins coûteux de spécialités ou soins de premier recours assurés par la médecine généraliste⁹³ ? Elle a montré que c'est la première option qui a été retenue. La seconde option revient aujourd'hui sur le devant de la scène dès lors que l'organisation d'une médecine de premier recours est un choix stratégique fort du gouvernement. La lettre de mission de la ministre à l'IGAS rappelle d'ailleurs que la situation actuelle « *complique indûment l'accès aux soins de premier recours* ». La principale organisation syndicale de médecins qui propose la généralisation du tiers payant, MG France, privilégie également cette seconde option. Il en est de même pour la MSA et la FNMF. D'un autre côté, les autres organisations syndicales de médecins se sont déclarées opposés à une telle limitation du champ du tiers payant.

[200] On distinguera dans cet accès aux soins de premier recours deux sujets distincts, à partir des éléments actuels de la « doctrine⁹⁴ », des travaux de l'administration⁹⁵ et des positions des parties prenantes : d'une part l'organisation d'une offre de soins de premier recours et d'autre part la constitution de cette offre comme régulatrice de l'offre de soins de deuxième recours, qu'il s'agisse de la médecine spécialisée libérale ou de l'hôpital. A chacune de ces deux étapes, la mission s'interroge sur l'apport éventuel du tiers payant à la stratégie envisagée.

1/ L'organisation d'une offre de soins de premier recours

[201] L'essentiel des réflexions actuelles porte sur la constitution d'une offre de soins de premier recours. Elles constatent tout d'abord l'écart prévisible entre, d'une part la diminution du temps médical généraliste disponible (moins de médecins, diminution du temps de travail...), *a fortiori* dans certaines zones géographiques, et d'autre part la nécessité d'enrichir la prise en charge de premier recours.

⁹³ Voir la définition exacte des soins de premier recours posée à l'article L 1411-11 du Code de la santé publique.

⁹⁴ Exemple : PL Bras, *Les tribunes de la santé*, n°30, printemps 2011.

⁹⁵ *Contribution de l'IGAS sur l'organisation des soins de premier recours dans le cadre des réflexions sur la stratégie nationale de santé*, juin 2013.

- [202] Deux grands types d'organisation sont aujourd'hui mis en place pour réduire cet écart : la construction de systèmes de coordination des prises en charge et/ou d'accompagnement des patients notamment en cas de maladies chroniques (ex : les plateformes de *disease management* créées par les AMO et les AMC) ; l'intégration dans les cabinets de médecine générale d'autres professionnels de santé permettant de constituer des équipes pluri-professionnelles prenant des formes très diverses (équipes de soins de premier recours, maisons de santé, pôles de santé, au-delà des habituels cabinets de groupe, centres de santé, hôpitaux locaux). Ces nouvelles organisations sont susceptibles à cet égard de favoriser l'installation de médecins dans des zones géographiques ou des quartiers où la démographie médicale ne permet pas de répondre aux besoins de premier recours.
- [203] Le développement de ces nouveaux types d'organisation nécessite de revoir les formations des actuelles professions de santé et de développer de nouveaux métiers (exemples des infirmiers pour l'accompagnement des malades chroniques), de faire évoluer les métiers actuels pour mieux asseoir les modes de coopération et de collaboration entre professionnels, de créer de nouveaux financements et de nouvelles modalités de rémunération des professionnels de santé, d'avoir des systèmes d'informatique performants permettant notamment de suivre la situation médicale personnelle des assurés, de disposer de professionnels d'appui administratif, de créer un niveau territorial d'appui en matière d'information, de formation, de documentation, d'éducation thérapeutique, de promotion/prévention de la santé, de SI, d'évaluation des cas complexes.
- [204] La généralisation du tiers payant a-t-elle un intérêt dans cette stratégie ? La mission ne le croit pas : la généralisation du tiers payant n'augmente pas le temps médical disponible comme on le verra dans la partie 2.2 ; il n'a pas d'impact prévisible sur les autres reconfigurations de l'offre de soins.
- [205] C'est plutôt en sens inverse l'organisation d'un système de soins de premier recours qui influencera dans un deuxième temps positivement la généralisation du tiers payant avec la nécessité d'alternatives au paiement à l'acte (liée à l'avance des frais), la nécessité de rémunérer les divers professionnels de santé selon les mêmes techniques, le développement de métiers d'appui administratif, la sensibilité des nouvelles structures aux SI.

2/ Un renforcement du rôle du médecin traitant dans son rôle de régulateur de l'offre de deuxième recours

- [206] L'idée est ici différente : elle consiste à faire en sorte que seul l'accès au médecin traitant et par extension seule l'accès aux soins de premier recours bénéficie du tiers payant. L'hypothèse sous-jacente à ce choix est celle d'un renforcement du rôle régulateur du médecin traitant en ne facilitant l'accessibilité financière qu'à l'offre de soins de premier recours. Il s'agit dans tous les cas de renforcer le dispositif du médecin traitant afin d'éviter un recours désordonné et inapproprié au système de soins. Le fait de réserver le tiers payant à cette médecine généraliste de premier recours constituerait une incitation financière à s'inscrire dans le parcours de soins souhaité.
- [207] Mais la mission estime devoir écarter cette option par rapport à une généralisation sans condition du tiers payant pour les quatre raisons suivantes :
- On ne voit tout d'abord pas comment on pourrait supprimer l'actuel tiers payant pour les actes coûteux chez les spécialistes, tiers payant qui bénéficie à une large part de la population depuis 50 ans
 - Ce choix équivaudrait à revenir sur l'actuel tiers payant pour les ménages modestes dès lors qu'ils ne respectent pas le parcours préalable chez le généraliste. Or, la condition actuelle de passage par le médecin traitant n'est justement pas imposée à ces ménages modestes (hors bénéficiaires de l'ACS) ou n'est pas appliquée de fait (pour les bénéficiaires de la CMUC) dès lors que l'on fait passer l'accès aux soins en soi avant tout accès plus organisé. Par ailleurs, on a dit précédemment que la dispense d'avance de frais était « de fait » pour les autres ménages aisés avec des délais de remboursement très limités et des facilités de crédit. Cette option aboutirait donc à une situation où le tiers payant serait supprimé pour les

ménages modestes alors que les ménages aisés n'ont pas, du fait d'autres mécanismes, à faire eux-mêmes l'avance des frais (ex : débit de la carte bancaire intervenant après le remboursement par les assurances maladie).

[208] On voit à partir de ces deux premiers éléments combien il est difficile de sortir du système actuel de tiers payant (ressources modestes/soins coûteux) pour aller vers un système radicalement nouveau (un tiers payant réservé au médecin généraliste dans ses fonctions de régulateur).

- La mission a en outre développé dans la partie 1 les raisons de fond d'une généralisation du tiers payant. La limiter à la médecine généraliste ne permettrait pas de faire valoir ces éléments ;
- Enfin, il reste pour orienter les soins en fonction du système de parcours souhaité les éléments autrement plus importants en matière d'incitation financière (le montant du panier de soins, les tarifs et les taux de remboursement par l'AMO), pour autant d'ailleurs qu'ils soient bien compréhensibles par les assurés.

[209] La mission considère donc nécessaire de généraliser le tiers payant sans conditions administratives de parcours de soins. Il n'est toutefois pas à exclure de faire coïncider l'annonce de mesures globales relatives au respect du parcours de soins avec une décision de généralisation éventuelle du tiers payant.

2.2 La généralisation est une réforme techniquement possible dont le déploiement va être facilité par l'arrivée des services en ligne

[210] L'analyse des dysfonctionnements actuels conduit la mission à dégager plusieurs principes qui conditionnent une pratique effective du tiers payant par les médecins en cas de généralisation: la neutralité financière, la limitation des délais de paiement et la réduction de la charge administrative associée pour le professionnel aux différentes étapes de la facturation en tiers payant, ce qui renvoie notamment aux différents modes d'articulation entre AMO et AMC. Ces principes, ainsi que l'objectif global de limitation des coûts induits pour le professionnel par la facturation en tiers payant, doivent au sens de la mission constituer la base de toute feuille de route de généralisation. Une attention particulière devra en particulier être portée aux conditions d'exercice du tiers payant en part complémentaire.

Recommandation n°7 : Subordonner le choix des modalités techniques de généralisation du tiers payant au respect de certains principes (neutralité financière, encadrement des délais et maîtrise des charges administratives pour le médecin).

[211] Les travaux de la mission ont visé à établir sous quelles conditions, et à quel horizon de temps ces objectifs pouvaient raisonnablement être atteints. Elle s'est efforcée d'intégrer à cette évaluation l'impact qu'aura l'émergence, déjà en cours pour certaines professions de santé, des services dits « en ligne » (consultation des droits en ligne et facturation en ligne, dont les définitions figurent en encadré) sur les différents coûts associés au tiers payant.

Encadré n°2- Les services en ligne : quelques définitions

La logique commune à ces services est celle d'un usage étendu d'Internet, appliqué aux différents processus métier, dont le processus de facturation.

La consultation des droits en ligne inclut deux possibles volets :

1/ l'accès aux droits en ligne, impliquant la consultation d'un portail interfacé avec les serveurs des organismes gestionnaires. Le déploiement par l'Assurance maladie des services sur son portail dédié aux professionnels de santé (Espace Pro) en est l'un des exemples.

2/ l'acquisition des droits en ligne, qui consiste en l'interrogation en temps réel des plates-formes des gestionnaires pour récupérer des informations d'identification, de rattachement, ou des informations concernant les droits et garanties de l'assuré. Le développement de ces services se fait sous la forme de référentiels et de cahiers des charges permettant aux éditeurs de logiciels d'intégrer les téléservices dans les logiciels des professionnels de santé (cf. TLSI développés par la CNAMTS). En cas d'interruption de service, ces solutions peuvent être basées sur une logique de stockage intermédiaire pour éviter les connexions systématiques.

Par facturation en ligne, on entend le transfert instantané par Internet des données de facturation, impliquant l'abandon différé du transfert de données par lots via le dispositif Sésame Vitale, et aboutissant à l'accélération du traitement des feuilles de soins.

Source : mission

2.2.1 La transition vers un contrôle des droits en ligne ouvre d'importantes perspectives en termes de limitation des pertes financières associées au tiers payant

2.2.1.1 La réduction des pertes financières passe à court terme par une application effective de la garantie de paiement sur la base des droits en carte

[212] Au sens de la mission, une limitation des pertes financières associées pour le médecin au tiers payant apparaît envisageable à court terme. Sur ce sujet :

- 1) La mission ne retient pas la revendication formulée par certaines organisations de médecins relative à la mise en place d'une garantie de paiement « absolue », soulignant tant le risque d'aléa moral et les risques de fraude associés à cette possibilité que la complexité qu'occasionnerait une récupération des minorations éventuelles auprès de l'assuré. Cette option pourrait être revue en cas de généralisation obligatoire, ce qui n'est pas la voie retenue par la mission
- 2) La mission est néanmoins consciente du fait que toute charge administrative associée au contrôle des droits est désincitative à la pratique du tiers payant, dans l'hypothèse où celui-ci demeure à la main du médecin. Le développement des possibilités de consultation des droits en ligne apparaît susceptible d'apporter des solutions convaincantes en limitant la charge inhérente au contrôle (*cf. infra*)
- 3) Du côté des AMO, la mission considère par ailleurs que l'application de la garantie de paiement telle qu'inscrite dans la convention médicale pourrait être renforcée par des directives aux organismes d'assurance maladie de base, le principe d'une garantie de paiement sur la base des droits en carte devant être conservé jusqu'à mise en œuvre intégrale de la consultation des droits via le logiciel de facturation (*cf. infra*)
- 4) Du côté des AMC, elle considère nécessaire une sécurisation du principe, généralement affirmé contractuellement, d'une garantie de paiement sur la base des droits en carte, quel qu'en soit le support (papier ou électronique). Celle-ci pourrait s'opérer par la voie d'un conventionnement collectif entre les organisations de médecins et l'UNOCAM.

2.2.1.2 Le contrôle des droits en ligne offre des marges importantes de réduction des coûts associés, pour les assurances maladie, à la facturation en tiers payant

[213] L'enquête de la mission ne s'est pas réalisée à horizon technique « constant ». Le développement des services en ligne constitue une perspective commune aux deux « étages » du tiers payant, porteuse d'évolutions sensibles:

- 1) Du côté de l'AMO, la mise en place via le programme 2 de la CNAMTS⁹⁶ d'une possibilité d'accès aux droits via l'Espace pro est déjà une réalité pour certaines professions de santé. Le déploiement du service dit PEC+ (accès aux droits en ligne) qui concerne 40 % des transporteurs sanitaires, est prévu à l'été 2013 pour les taxis, et courant 2014 pour les assurés d'autres régimes. Le développement d'un pilote d'acquisition des droits en ligne intégré au logiciel de facturation constitue logiquement l'étape suivante (développement à compter de septembre 2013 pour les biologistes, en vue d'une généralisation aux médecins de ville courant 2014). Cette évolution apparaît en cohérence avec la convention médicale du 26 juillet 2011, prévoyant que les parties signataires mettent en place une expérimentation portant sur un « *accès en ligne aux droits à prestations des assurés sociaux pour les médecins au moment de la facturation* »
- 2) Du côté des organismes complémentaires, le démarrage de la norme Visiodroits⁹⁷ pilotée par la FFSA et l'un des opérateurs de tiers payant/éditeurs de logiciels poursuit des objectifs proches, i.e. l'acquisition des droits en ligne et le rapatriement des droits sur le poste de travail du médecin pour une période de trois mois. Cette évolution est toutefois non-conjointe à l'ensemble des trois familles complémentaires. Le développement par un autre opérateur d'une norme concurrente, vis-à-vis de laquelle trois des quatre principaux éditeurs de logiciels médicaux sont désormais interfacés, pose la question de la gouvernance des services en ligne à l'échelle des trois familles d'AMC. Un projet d'accès aux droits⁹⁸ est également en cours du côté de la FNMF, que cette dernière indique vouloir faire évoluer, vers un service d'acquisition des droits en ligne, tout en indiquant qu'il serait possible de le rendre compatible avec Visiodroits, dans la mesure où celle-ci deviendrait une norme « publique » associant l'ensemble des AMC à sa gouvernance. Au-delà, la mission relève qu'il n'existe par ailleurs aucun registre ou référentiel d'affiliation commun aux trois familles AMC, dont les formules de tarification diffèrent d'ailleurs d'une famille à l'autre.

[214] La transition vers ce tiers payant de « troisième génération » est potentiellement source d'économies de gestion pour les assurances maladie:

- 1) En permettant aux AMO et aux AMC de gérer les droits « au plus près du contrat », elle offre la possibilité de supprimer le résidu de pertes financières associées à la télétransmission sur la base de cartes non à jour en raison de la modification des produits ou des changements de situation des assurés. Actuellement, ce risque est alternativement supporté par les assurances maladie lorsque celles-ci offrent une garantie de paiement sur la base des droits en carte, par le professionnel dans le cas contraire. La transition d'une garantie de paiement sur la base des droits en carte à une garantie « sur la base des droits en ligne » apparaîtrait en cela source d'économies potentielles. L'impact serait particulièrement fort pour les AMC pratiquant une garantie de paiement sur la base d'attestations de droits papier ;
- 2) Pour les AMO, la possibilité d'accéder directement aux droits inscrits en base de données opérationnelle (BDO) devrait par ailleurs évacuer le sujet de la mise à jour des Cartes et de la

⁹⁶ Le Schéma directeur de la CNAMTS comporte deux programmes : téléservices à destination des assurés (« programme 1 ») et des professionnels (« programme 2 »). Le projet « Transports » consiste, à l'intérieur de ce cadre, en l'expérimentation de la démarche de dématérialisation de bout en bout d'un processus.

⁹⁷ Qui vient d'être validée par la CNIL dans le domaine de l'optique et est en cours de déclinaison dans celui du dentaire.

⁹⁸ Projet ADEL (accès aux droits en ligne) d'un portail interfacé avec les serveurs de plusieurs mutuelles, que la FNMF indique vouloir notamment développer en direction des pharmaciens et des auxiliaires médicaux.

diffusion, coûteuse, du lecteur en double homologation auprès des professionnels de santé⁹⁹ - la Carte n'étant plus que la clé d'identification et d'entrée dans le réseau ;

- 3) Plus généralement, la mise en place d'une possibilité de contrôle des droits en ligne fera diminuer les rejets de facturation et donc les coûts de gestion associés aux circuits de facturation, qu'ils s'effectuent ou non en tiers payant. La CNAMTS estime ainsi à un tiers la marge de diminution des rejets associée au déploiement des possibilités d'accès aux droits en ligne pour les transporteurs sanitaires. L'utilisation du RNIAM comme base de contrôle des droits devrait à terme aboutir à supprimer la partie des rejets qui concerne des changements de régimes¹⁰⁰. Du côté des AMC, l'existence de marges de réduction des coûts de gestion est étayée par une enquête faisant état d'une disparition grâce au contrôle immédiat des droits et des prestations des indus qui peuvent actuellement aller jusqu'à 2 % des demandes de remboursements (source ALMERYYS).

2.2.1.3 Ses effets pour le professionnel sont en revanche ambivalents

[215] Les impacts du déploiement du contrôle des droits en ligne sont plus ambivalents s'agissant des professionnels de santé :

- 1) Le contrôle des droits en ligne va limiter les pertes financières résiduelles associées :
 - aux transmissions actuellement réalisées en mode dégradé, notamment fréquentes en CMUC et en AME ;
 - à l'annonce par un patient se trouvant hors parcours de soins de l'existence d'un médecin traitant: la possibilité d'acquiescer via le logiciel de facturation des informations actuellement accessibles via le seul Espace pro semble de nature à encourager indirectement le recours au tiers payant. L'accès à l'Information médecin traitant intégrée au logiciel de facturation en fournira un test à brève échéance¹⁰¹.
- 2) En revanche, le passage d'une garantie de paiement sur la base des droits en carte à une garantie sur la base des droits « en ligne » ne sera neutre qu'en l'absence d'une charge administrative supplémentaire pour le professionnel de santé. L'acquisition des droits doit pouvoir se faire automatiquement et via le logiciel de facturation du professionnel. La nécessité de se connecter à son Espace pro pour bénéficier d'une garantie de paiement serait une régression en termes d'ergonomie pour le médecin. Au sens de la mission, il importe de s'assurer que la transition d'un mode de garantie à l'autre ne s'accompagne pas d'une charge administrative supplémentaire associée à la vérification des droits.

[216] Au global :

- 1) Le contrôle des droits en ligne permettra à terme d'évacuer en grande partie la problématique du « risque financier » (aujourd'hui alternativement supporté par le professionnel lui-même ou par les assurances maladie, selon que ces dernières offrent ou non une garantie de paiement sur la base des droits en carte) associé à la télétransmission sur la base de cartes non à jour
- 2) La garantie de paiement sur la base des droits en carte doit rester de principe jusqu'à la mise en place d'une possibilité effective d'acquisition automatique des droits en ligne via le logiciel de facturation. La transition d'un mode de garantie à l'autre devra donc nécessairement s'assortir de conditions précises.

⁹⁹ La diffusion de lecteurs permettant la mise à jour de la Carte Vitale depuis le poste du professionnel (dits lecteurs en double homologation) est faible (9000 lecteurs en circulation), au regard notamment de leur caractère onéreux (253 euros contre 120 euros environ pour un lecteur bifente). Leur développement n'apparaît pas à l'ordre du jour, la maîtrise d'ouvrage tablant dorénavant, selon le GIE Sésame Vitale, sur le développement des services en ligne.

¹⁰⁰ A titre d'exemple, la liste des 27 premiers motifs de rejets au niveau national fait apparaître 2,02 % de rejets liés au motif « assuré non géré par la caisse ». Source : CNAMTS, tableau de bord IRIS National ; avril 2013.

¹⁰¹ Les spécifications nécessaires aux éditeurs pour développer l'intégration du service IMTi (Information médecin traitant intégrée au logiciel) dans les logiciels seront mis à leur disposition à l'automne 2013.

Recommandation n°8 : Dans une perspective de suppression des pertes financières associées au tiers payant :

- uniformiser l'application de la garantie de paiement sur la base des droits en carte d'une caisse d'AMO à l'autre ;
- sécuriser ce principe du côté des AMC à un niveau conventionnel ;
- conserver dans les deux cas le principe d'une garantie de paiement sur la base des droits en carte, jusqu'à la mise en place effective d'un contrôle automatique des droits intégré au logiciel.

2.2.2 Le développement de la facturation en ligne constitue un levier de réduction des délais de paiement au professionnel

[217] La mission identifie plusieurs leviers permettant d'agir sur les délais de paiement associés au tiers payant :

- 1) A court terme, une garantie de délais pourrait être incluse dans le champ d'un accord portant sur le fonctionnement du tiers payant complémentaire, afin d'en encadrer et d'en normaliser les pratiques. Au sens de la mission, la limitation aux seuls opérateurs de tiers payant de la possibilité de pratiquer le tiers payant serait également un levier effectif d'action sur les délais moyens de paiement. Cette clause pourrait être inscrite dans le dispositif conventionnel qui sera envisagé entre les médecins et les organismes complémentaires, afin de rationaliser les pratiques actuelles.

[218] A horizon technique constant, la mission considère en outre que la limitation du risque de trésorerie pourrait passer par une mesure consistant à conditionner la pratique du tiers payant au recours à la télétransmission:

- A titre principal, elle permettrait l'affichage d'une garantie de délais uniforme, en mettant fin à la pratique du tiers payant papier, qui apparaît porteuse de délais supplémentaires (quinze jours en moyenne selon l'outil webdélais de la CNAMTS)
 - A titre annexe, elle pourrait jouer un rôle de levier sur le passage à la télétransmission des médecins pratiquant actuellement le tiers payant papier. Une telle mesure, incluse dans l'accord de tiers payant signé en 2002 à la Réunion, semble avoir produit des effets notables¹⁰². A l'échelle nationale, cet impact serait toutefois vraisemblablement limité aux seuls médecins généralistes, au vu du sur-recours des médecins spécialistes à la télétransmission pour la pratique du tiers payant (*cf. supra 1.2.1*).
- 2) A moyen terme, la facturation en ligne apparaît porteuse d'un très fort potentiel de raccourcissement des délais, qui pourraient à terme passer de deux jours à quelques heures. Cette évolution, qui impliquera à terme la « sortie » de l'infrastructure Sésame Vitale pour l'émission des flux de facturation, est déjà en cours de mise en place, à des degrés toutefois inégaux entre AMO et AMC:
 - Le programme 2 de la CNAMTS prévoit une expérimentation de la facturation à destination des transporteurs sanitaires à la rentrée 2013, et une extension progressive aux taxis et aux autres régimes en 2014. La mise en œuvre de la facturation en ligne à destination des médecins est envisagée début 2015 avec une expérimentation pour les généralistes, capitalisant sur les développements déjà réalisés pour les transporteurs. Cette évolution ne vaudra toutefois pas pour les assurés des régimes hors régime général, pour lesquels se poursuivra une facturation via Sésame Vitale, de manière analogue au mode opératoire mis en place pour les transporteurs

¹⁰² Selon les données 2012, 97 % des professionnels de santé à la Réunion facturent en télétransmission, dont 88 % en mode sécurisé. La proportion de flux sécurisés atteint 99 % chez les médecins généralistes et 89 % chez les médecins spécialistes. Source : CGSS.

- Du côté des AMC, la mise en place par l'une des fédérations complémentaires, en partenariat avec un opérateur de tiers payant, de la norme Visiodroits, comporte d'ores et déjà un module de facturation en ligne dont la mise en place à destination des pharmaciens devrait être opérationnelle d'ici 2014. Il ne s'agit toutefois pas à ce stade d'une démarche coordonnée à l'échelle des trois familles (*cf. supra*).

Recommandation n°9 : Dans une perspective de limitation des délais associés au tiers payant :

- étendre au tiers payant complémentaire le principe d'une garantie de délais, dont le niveau sera fixé en fonction de l'état de déploiement des services en ligne ;
- limiter aux seuls opérateurs de tiers payant la possibilité de pratiquer le tiers payant complémentaire ;
- conditionner la pratique du tiers payant au recours à la télétransmission.

2.2.3 Trois scénarios d'articulation entre AMO et AMC ont été étudiés par la mission dans une perspective de limitation de la charge administrative liée au tiers payant

[219] Par référence aux « modèles » d'articulation entre AMO et AMC prévalant actuellement et déjà exposés en partie 1.2, la mission a dégagé trois options distinctes d'articulation entre AMO et AMC:

- 1) une option dite du « payeur unique » (gestion intégralement déléguée à l'AMO) ;
- 2) une option médiane reposant sur la liquidation de la part obligatoire par l'AMO, la transmission du reflet du décompte à l'organisme complémentaire et la liquidation par celui-ci de la part AMC ;
- 3) une piste consistant enfin en un éclatement des flux par le médecin entre AMO et AMC, conformément à la pratique ayant cours pour les autres professions de santé.

[220] Les parties prenantes interrogées par la mission se sont alternativement positionnées en faveur des options 1 et 3. Les partisans de la première mettent en avant l'intérêt d'un flux de tiers payant « accroché » à la base en termes de simplicité pour le médecin, ainsi que l'existence du précédent du tiers payant coordonné pour les patients en CMUC. La gestion unique peut en effet apparaître plus simple pour le médecin en ce qu'elle « prend en charge » la relation avec les complémentaires, en particulier pour les médecins qui n'ont pas de gestion de devis avec ces dernières. Les défenseurs de la troisième option relèvent qu'elle a été le principal levier de développement du tiers payant à l'échelle d'autres professions de santé (orthophonistes, infirmiers en particulier), dont la pratique du tiers payant est passée de moins de 13 % en avril 2011 à près d'un tiers en 2013. La mission a par ailleurs choisi d'analyser les impacts de l'option « médiane », au vu de sa très large utilisation pour les circuits de facturation hors tiers payant.

[221] La mission a procédé à l'évaluation de chacune de ces pistes du triple point de vue :

- de leurs bénéfices en termes de limitation de la charge de gestion associée, pour le professionnel, à la pratique du tiers payant ;
- de leurs coûts financiers et techniques. L'évaluation au regard des coûts de gestion générés pour l'AMO d'une part, les AMC, d'autre part, s'est faite par rapport aux modes actuels de facturation, dont la mission a considéré, par convention, qu'ils se déroulaient principalement, du moins pour le régime général, en « NOEMIE 1 » ;
- de leur acceptabilité par chacune des parties prenantes.

2.2.3.1 L'option d'une gestion intégralement déléguée à l'AMO n'est portée par aucun des maîtres d'ouvrage potentiels

1/ L'option d'une gestion intégralement déléguée à l'AMO présente indéniablement le moindre coût pour le médecin :

- Elle ne génère aucune charge supplémentaire liée à l'adressage des flux, en maintenant le principe d'un destinataire unique en lieu et place du recours aux tables de convention
- Elle limite en outre la charge supplémentaire liée à la gestion des impayés, en donnant au professionnel de santé un interlocuteur unique.

2/ Au regard des coûts de gestion des assurances maladie, cette option ne serait optimale qu'étendue aux autres professions.

[222] Le passage à une liquidation unique là où coexistent aujourd'hui pour les actes réalisés en médecine de ville, deux usines de liquidation distinctes hors tiers payant, apparaît à première vue comme un relais de productivité pour les assurances maladie. La mission IGAS/IGF dédiée aux coûts de gestion de l'assurance maladie évalue à 7€ la différence, pour un organisme complémentaire, du coût de la gestion d'un bénéficiaire selon que celui-ci a ou non son assurance de base dans le même organisme.

[223] Cette analyse n'intègre toutefois pas les impacts d'une telle solution sur les autres professions de santé, qui ont massivement privilégié l'éclatement des flux, soit par le médecin lui-même via la DRE (modèle des auxiliaires médicaux), soit par des concentrateurs (modèle pharmaceutique). Une bascule intégrale en NOEMIE 3 pour les quelques 110 000 médecins de ville reviendrait à faire le choix d'une solution orthogonale à celle qui a notamment été privilégiée pour les 82 000 auxiliaires médicaux et 31 000 pharmaciens¹⁰³, avec pour effet un net renchérissement des coûts de gestion des AMC. Elle impliquerait alors la cohabitation de deux réseaux parallèles de tiers payant, et donc une perte de productivité potentielle pour les AMC, par rapport au système actuel. Cette piste apparaît en cela sous-optimale, sauf à envisager le rapatriement de l'ensemble des autres professions de santé vers une gestion en NOEMIE 3.

[224] Le passage à des systèmes de facturation en ligne, impliquant la « sortie » du système Sésame Vitale pour l'ensemble des professions évoquées ci-dessus, permettrait toutefois d'envisager une convergence à moindres frais de l'ensemble des professions vers une usine unique. La mission n'a toutefois pu documenter exhaustivement l'impact du déploiement des services en ligne sur ce point.

3/ Surtout, cette piste semble n'être portée par aucun des maîtres d'ouvrage potentiels.

[225] La mission n'identifie parmi les maîtres d'ouvrage potentiels aucun « porteur » de ce scénario. Les AMC, initialement favorables au dispositif - le choix de la procédure A (liquidation commune par l'AMO) a ainsi été massif¹⁰⁴ lors de la mise en place du tiers payant CMUC -, apparaissent triplement opposés à cette solution :

- Elle aboutit, de facto, au montage d'une solution alternative à celle qu'elles ont développée pour l'ensemble des autres professions. Les trois familles d'AMC estiment que le tiers payant ne sera pas source de coûts supplémentaires à condition de s'inscrire dans le prolongement des solutions existantes et des investissements déjà réalisés

¹⁰³ Chiffres DREES de décembre 2011. A titre d'illustration, l'ensemble des actes facturés par les auxiliaires médicaux en secteur 1 représentent près de 309M€ sur les six derniers mois de 2012, contre 132M€ pour les généralistes en secteur 1. Source : DDO CNAMTS.

¹⁰⁴ La procédure B laissait aux organismes complémentaires davantage d'autonomie dans la liquidation et le paiement de la part complémentaire.

- Elle leur fait craindre une perte de visibilité tant vis-à-vis des médecins que de l'assuré (« payeur aveugle »), ce en dépit d'un dispositif de décompte qui repose pourtant sur une individualisation des deux parts
- Certains des organismes interrogés par la mission relèvent la nature différente des vérifications effectuées (vérifications des informations portant sur les droits et des informations de rattachement du côté obligatoire, vérification de la nature de la garantie du côté complémentaire) pour écarter la piste d'une gestion unique
- Leur opposition s'explique enfin et surtout par la réticence d'une partie d'entre elles vis-à-vis d'un accès de l'AMO au contenu des garanties contractuelles. Même à privilégier l'hypothèse d'un tiers payant à hauteur du seul tarif conventionnel, la mise en œuvre de l'option d'une gestion unique impliquerait en effet nécessairement la construction d'un référentiel commun d'affiliation exposant les données relatives à l'AMC, ainsi qu'une connexion individualisée avec chaque système d'information de l'AMC. Le tiers payant mis en place à destination des médecins référents s'est révélé difficilement praticable en raison de la difficulté des CPAM à vérifier de façon certaine le montant des avances de frais à réaliser, ne disposant ni des garanties liées aux contrats ni des historiques de paiement (pour l'application éventuelle de seuils par exemple). Il ne permet pas non plus d'« affecter » la charge de paiement à la bonne garantie ou au bon contrat¹⁰⁵. Le modèle du tiers payant « coordonné » à destination des bénéficiaires de la CMUC, souvent cité en référence par les promoteurs de l'option d'une liquidation unique, n'implique quant à lui aucun accès de l'AMO à l'information concernant les garanties complémentaires dont bénéficie le patient à l'échelle d'un acte. C'est en cela que les AMC soulignent que « *la liquidation déléguée n'est opérante que si les garanties sont standard* », comme c'est notamment le cas pour les bénéficiaires de la CMUC ayant opté pour une complémentaire.

[226] Les réticences des AMC vis-à-vis d'une liquidation unique doivent par ailleurs être remises dans le contexte de l'échec de certains projets sous maîtrise d'ouvrage collective du GIE Sésame Vitale, évoqués ci-dessus :

- L'arrêt de la carte Duo n'a pas été compris par les AMC qui évoquent l'affichage initial du projet lors de leur entrée dans le tour de table du GIE au début des années 2000, ainsi que le feu vert donné par le conseil de surveillance au sujet des cartes complémentaires. S'ils ne remettent pas nécessairement en cause les différents arguments juridiques soulevés, ils considèrent que ceux-ci auraient légitimement dû être avancés au moment de la création de leur entrée dans le GIE
- La coïncidence entre l'arrêt de ce projet et le déploiement du nouveau schéma directeur des systèmes d'information de la CNAMTS a alimenté la perception d'un glissement hors de la logique collégiale qui avait prévalu à l'initiative du GIE, vers une logique de maîtrise d'ouvrage sous pilotage unilatéral de la CNAMTS, orientation confirmée par certains travaux récents¹⁰⁶. Les échanges entre les trois fédérations d'AMC font désormais état d'une volonté de « repositionnement stratégique général » et de la mise en place d'une dynamique

¹⁰⁵ Cf. sur ce point les remarques du rapport d'audit du dispositif de tiers payant coordonné réalisé par la CNAMTS en mars 2003. Le rapport, réalisé « dans un contexte d'élargissement prévisible du tiers payant coordonné » note en particulier que « le partenariat imposé par les textes n'a pas été perçu comme l'occasion de décloisonner les relations entre les régimes obligatoires et les régimes complémentaires ». Les problèmes relevés concernent l'existence d'OCAM débitrices de sommes parfois importantes; la non coordination entre les caisses dans la négociation des accords avec les complémentaires; les difficultés persistantes de mise à jour des différents fichiers.

¹⁰⁶ Le rapport de la Cour des comptes de février 2013 dédié aux téléservices en matière de santé relève que la dynamique de développement des services en ligne s'accompagne d'un « net recul en termes d'organisation et de gouvernance, la CNAMTS ayant abandonné la prise en commun des décisions de maîtrise d'ouvrage et la mise en commun de maîtrise d'œuvre pour laquelle le GIE Sésame Vitale avait été créé. (...) La CNAMTS est en train de substituer sa propre plateforme de services au dispositif inter-régimes commun existant. Les régimes obligatoires l'adopteront nécessairement, quoique il n'y ait pas eu de concertation en dehors d'un consensus de principe ». La FNMF indique dans sa réponse au rapport que cette stratégie « ne peut malheureusement convenir aux autres partenaires, et singulièrement aux organismes complémentaires ».

inter-AMC dans le champ des services en ligne, dont l'engagement n'est toutefois qu'à ses prémices.

- [227] La CNAMTS, prenant acte des développements en cours du côté des organismes complémentaires, ne s'est pas positionnée en faveur de cette solution. Sans se prononcer de manière explicite en faveur de l'option d'une gestion séparée, elle indique à la mission la compatibilité de cette dernière avec les développements en cours dans le champ des services en ligne, tant en matière de contrôle que de facturation. Seule la MSA, dont les taux de liaison en NOEMIE 3 apparaissent tendanciellement plus élevés que pour le régime général¹⁰⁷, privilégie la piste d'une gestion unique.
- [228] En cela, la piste d'une gestion « unique » ne semble pas pouvoir se dégager d'un processus conventionnel.

2.2.3.2 La deuxième option d'un routage des flux via l'AMO paraît également peu acceptable

1/ Cette deuxième option pourrait permettre de limiter les coûts associés au routage des flux par le médecin.

- [229] Cette solution apparaît très proche de celle de la solution avec éclatement des flux, puisqu'elle maintient le principe (valable actuellement en médecine de ville hors tiers payant) de deux usines de liquidations séparées. Son principal avantage pourrait être de limiter les coûts spécifiquement associés à la consultation des tables de conventions, ce qui supposerait toutefois de revenir sur certaines évolutions liées à la version 1.40 de Sésame Vitale¹⁰⁸.

2/ Elle suppose d'engager d'importantes évolutions du dispositif NOEMIE.

- [230] Son bon fonctionnement suppose une rénovation des circuits actuels, l'option de leur transposition en l'état soulevant en effet d'importantes difficultés pratiques:
- La CNAMTS estime actuellement à 2,1 %¹⁰⁹ l'absence de lien actif entre AMO et AMC pour des bénéficiaires, en raison de problèmes contractuels de « chevauchement » entre plusieurs organismes lors d'un changement de contrat d'AMC¹¹⁰. Les CPAM disposent de leviers limités vis-à-vis de ces situations, qui se soldent généralement par l'envoi aux organismes concernés d'une demande la mise à jour de leurs fichiers. Le précédent du tiers payant coordonné mis en place dans le cadre du dispositif « médecin référent » avait généré des difficultés similaires
 - Les échanges menés par la mission avec un échantillon de CPAM révèlent par ailleurs l'importance de problèmes liés à l'adhésion à deux contrats complémentaires, générant des

¹⁰⁷ 48,8 % contre 0,2 % pour le régime général, selon les chiffres de la mission IGAS/IGF dédiée aux coûts de gestion de l'assurance maladie. La facturation en Noémie 3 concerne toutefois en majeure partie les assurés dont la gestion est unifiée (1,2 M d'assurés sur les 3,2 M d'assurés relevant d'une complémentaire gérée par la MSA).

¹⁰⁸ La version 1.40 de Sésame Vitale a en effet vu disparaître le « top mutualiste » qui préexistait dans la version 1.31 et permettait au médecin de flécher le flux vers l'AMO sans avoir à renseigner ni le nom et ni le code de la complémentaire. Du fait des problèmes d'articulation relevés entre AMO et AMC (cf. tiers payant complémentaire mis en place dans le Tarn), et de certaines erreurs de routage, le professionnel doit désormais renseigner le code mutuelle, y compris pour les transmissions en NOEMIE, la CPAM procédant ensuite à un contrôle à partir de son propre registre. En cela la version 1.40 qui se veut neutre vis-à-vis de l'un ou l'autre des modes de transmission, est dans les faits techniquement très incitative à une gestion séparée, puisque chaque transmission qu'elle se fasse en FSE ou en DRE, implique la saisie par le professionnel du code de l'organisme complémentaire.

¹⁰⁹ 902 492 ne sont pas actifs sur 42 737 474 bénéficiaires couverts. Source : CNAMTS, DDO.

¹¹⁰ La date de fin du contrat allant généralement bien au-delà de la date réelle, de manière à éviter une réactualisation à échéance annuelle, il appartient à l'ancienne mutuelle de mettre fin à son intervention. A défaut, la transmission par l'AMO du flux vers le nouvel organisme complémentaire de rattachement ne pourra être opérante.

blocages lors de la première facture émise et nécessitant une intervention manuelle des CPAM pour annuler l'un des liens. Si la mission n'a pu produire d'estimation exhaustive de ces dysfonctionnements, sa requête auprès de l'une des CPAM l'amène à estimer qu'ils concernent près d'un quart des assurés sans lien NOEMIE¹¹¹.

[231] Il est probable que chacune de ces difficultés aille en s'accroissant avec les transitions vers des contrats collectifs découlant de l'entrée en vigueur de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013. Le choix de cette option devrait par conséquent nécessairement s'accompagner :

- d'une rénovation profonde du dispositif de conventionnement, le conventionnement local¹¹² semblant de moins en moins adapté au paysage des complémentaires : la mission relève à cet égard la mise en place à venir d'une plateforme unique de gestion des échanges NOEMIE que projette la CNAMTS;
- d'une fiabilisation des liens NOEMIE. La mission a noté la tenue à l'échelle de certaines CPAM de travaux de pointage des chevauchements qui ont débouché sur des demandes de clôture adressées à certaines mutuelles. A plus longue échéance, une fiabilisation supposerait la mise en place d'un référentiel d'affiliation unique, qui pourrait être le RNIAM¹¹³, couvrant l'ensemble du périmètre des assurés sociaux et permettant d'identifier simultanément l'opérateur de liquidation des parts obligatoires et complémentaires. L'existence d'une telle base des données d'affiliation permettrait de faire l'économie du pointage périodique des chevauchements, et rendrait bloquant l'établissement d'une convention NOEMIE en cas de convention déjà en cours avec un autre organisme complémentaire.

3/ L'acceptabilité de cette piste par les acteurs en présence est également faible.

[232] Cette option, contrairement à la précédente, n'implique nullement un accès de l'AMO aux garanties contractuelles au titre de l'AMC. Pour autant, la mise en place d'un référentiel unique permettant d'identifier l'opérateur de liquidation des parts obligatoire et complémentaire suscite l'opposition de la part des organismes complémentaires. Ce choix de gestion leur semble notamment peu pertinent au regard de la non-coïncidence croissante entre les périmètres de l'AMO et des AMC (assuré ayant droit d'un côté, assuré bénéficiaire de l'autre).

[233] Cette option n'est pas davantage portée par l'AMO qui s'interroge sur le financement d'un registre d'affiliation commun aux AMO et aux AMC, si le choix d'enrichir le RNIAM de l'intégralité des organismes d'AMC devait en particulier être retenu.

2.2.3.3 L'option d'un éclatement des flux entre AMO et AMC par le professionnel pourrait être rapidement opérationnelle grâce aux services en ligne et moyennant une réduction du nombre d'acteurs

1/ L'option d'un éclatement des flux par le professionnel pourrait être rapidement opérationnelle.

¹¹¹ Globalement, l'une des CPAM interrogées estime à 10 % des assurés les assurés ne disposant pas d'un lien NOEMIE, dont la moitié disposent effectivement d'une complémentaire. Le chevauchement entre plusieurs OC concerne 3 % des assurés ; l'existence de deux contrats simultanés explique une large partie des 2 % résiduels.

¹¹² Pour mémoire, le dispositif NOEMIE, harmonisé depuis 1992 dans le cadre d'une convention type, prévoit le principe de la signature d'une convention entre chaque CPAM concernée et chaque AMC volontaire (au niveau national ou local). La convention renvoie à une annexe technique précisant les normes techniques d'échanges et organisant les circuits administratifs d'échanges notamment l'alimentation du fichier client des assurés bénéficiaires par l'AMC sous sa responsabilité ainsi que les conditions de facturation selon le choix de l'option NOEMIE 1 ou 3.

¹¹³ Registre national interrégimes des bénéficiaires d'assurance maladie, permettant d'identifier l'organisme d'assurance maladie auquel le bénéficiaire est rattaché. Ce registre peut comporter des informations relatives à l'organisme d'assurance maladie complémentaire, sans toutefois d'exhaustivité.

[234] Le principal avantage attaché à cette solution concerne l'absence d'obstacle technique majeur à l'extension d'une solution qui fonctionne aujourd'hui très largement pour des professions aux conditions d'exercice proches, à l'image des auxiliaires médicaux, qui la pratiquent d'ores et déjà pour plus d'un tiers d'entre eux sans infrastructure technique de cabinet. Cette solution s'inscrit dans la droite ligne des développements mis en œuvre dans le cadre de la version 1.40 de Sésame Vitale, dont la diffusion est quasiment parachevée chez les médecins (taux d'équipement de l'ordre de 99,20 % chez les généralistes, 99,60 % chez les spécialistes¹¹⁴) et vis-à-vis de laquelle les quatre principaux éditeurs de logiciels sont désormais interfacés. Son adoption aurait le mérite de fournir une référence acceptable et une cible aux éditeurs de logiciels médicaux. En dépit des écarts de pratique (possibilité de regrouper plusieurs actes sur une même facture pour les auxiliaires médicaux), elle offrirait la possibilité de bénéficier de l'« effet d'apprentissage » de la part des professions dont la transition vers le tiers payant est déjà largement engagée.

[235] En termes de coûts de gestion, cette solution apparaît légèrement sous-optimale en comparaison avec la solution « médiane » d'un routage des flux via l'AMO, qui prévaut actuellement hors tiers payant: le passage des flux de facturation par l'AMO apparaît susceptible de permettre aux AMC de limiter leur charge de gestion des rejets, pour la part de ceux-ci qui concerne des erreurs de cotation. La mission fait toutefois l'hypothèse qu'un tel surcoût sera logiquement amené à se réduire avec le passage au contrôle des droits en ligne et la réduction concomitante de la fonction de gestion des rejets.

2/ Au sens de la mission, l'acceptation de ce scénario par les professionnels repose sur la réduction de part et d'autre du nombre d'acteurs.

[236] Au regard des échanges conduits par la mission, la piste d'une gestion éclatée entre AMO et AMC, privilégiée par les assurances maladie, présente le risque d'être perçue par les médecins comme une source de charge administrative supplémentaire. Elle aboutit en effet *a minima* à rajouter pour le professionnel une étape supplémentaire liée au routage des flux. Du point de vue de la mission, elle ne sera acceptable que moyennant deux évolutions dont la mise en œuvre pourrait être plus ou moins conjointe : une réduction du nombre d'interlocuteurs, du côté des AMO comme des AMC, et une évolution des outils disponibles sur le poste de travail du professionnel.

[237] En premier lieu, comme évoqué en première partie, l'existence d'un nombre limité d'interlocuteurs semble, au moins autant que des évolutions de nature technique (matérielles et logicielles) conditionner la réduction de la charge administrative associée au tiers payant :

- Du côté des complémentaires, l'étape du routage des flux pourrait être allégée par l'obligation, déjà évoquée plus haut (2.2.2) faite aux organismes complémentaires de recourir à un opérateur de tiers payant. Selon la mission, il est significatif que les seuls départements dans lesquels le tiers payant en part complémentaire s'est développé se caractérisent par un paysage mutualiste fortement concentré (Réunion, Tarn)¹¹⁵ et/ou le recours massif à des opérateurs de tiers payant (Réunion). Cette évolution serait en partie convergente avec la tendance, actuellement en cours, à l'« externalisation » de la fonction de gestion du tiers payant auprès de trois ou quatre opérateurs (*cf. encadré ci-après*). Certains des organismes complémentaires rencontrés par la mission ont indiqué envisager cette option à très brève échéance. Au sens de la mission, une telle évolution permettrait notamment d'accélérer la normalisation des pratiques aux différents stades de la procédure de facturation
- La problématique d'un nombre réduit d'usines de liquidation, sans être aussi prégnante du côté des AMO compte tenu de l'unicité de législation, pourrait être envisagée conjointement autour des trois principaux réseaux (régime général, MSA, RSI).

¹¹⁴ Selon les chiffres fournis en mai 2013 par le GIE Sésame Vitale.

¹¹⁵ Le principal Organisme Complémentaire Tarnais couvre ainsi environ 47 % des bénéficiaires de l'ACS du département.

Encadré n°3 - Les opérateurs de tiers payant

Les opérateurs de tiers payant (« plateformes de tiers payant » ou « délégataires de gestion » dans la terminologie de la CNAMTS) sont des mandataires chargés de la gestion du portefeuille d'adhérents d'un groupe d'organismes complémentaires.

Ils assurent généralement un quadruple rôle pour le compte de ceux-ci :

1/ Pilotage des campagnes de conventionnement avec les professionnels pour le compte des OCAM. Ce conventionnement peut être individuel ou s'inscrire dans le champ d'une convention-cadre avec les professionnels de santé ou leurs syndicats. Il porte généralement définition des conditions techniques dans lesquelles s'effectue la télétransmission. La plupart des opérateurs privilégient les échanges en DRE; certains pouvant toutefois ponctuellement être également signataires de conventions locales NOEMIE 1 (auquel cas le choix du circuit est laissé à l'appréciation du professionnel de santé) ;

2/ Délivrance des cartes/gestion des attestations de droit ou des « attestations de tiers payant » des assurés ;

3/ Gestion des flux de prestations reçues soit des professionnels eux-mêmes, soit des organismes concentrateurs techniques. A ce titre, les opérateurs sont généralement chargés de la gestion des rejets et anomalies et sont l'interlocuteur unique du professionnel de santé en lieu et place de leurs délégataires. Si ce service implique dans la plupart des cas un interfaçage avec les bases d'affiliation des délégataires, il est à noter que le contrôle des droits peut également s'effectuer sur simple interrogation des organismes complémentaires, sans accès des opérateurs au contenu des contrats ;

4/ Liquidation/paiement des factures aux professionnels de santé, l'AMC délégataire se chargeant ensuite de la compensation.

Ces organismes se distinguent à deux titres des « organismes concentrateurs techniques » (OCT) :

1/ Ils sont les délégataires pour le compte des organismes complémentaires et non des professionnels eux-mêmes ;

2/ Ils sont des usines à liquidation, là où les organismes concentrateurs interviennent en amont, au stade de l'éclatement et du routage des flux.

Ces organismes sont également à distinguer des « plateformes de santé » (« groupes de management de santé ») qui conditionnent l'octroi du tiers payant à l'insertion dans un réseau de soins ou à certains engagements en termes de pratiques professionnelles.

Les quatre premiers organismes en nombre d'affiliés couverts sont SP SANTE/CETIP (filiale de CEGEDIM. 130 000 PS, 180 OCAM, 13 M de bénéficiaires); ALMERYYS (160 000 PS, 50 OCAM, 15 M de bénéficiaires) ISANTE (autre filiale de CEGEDIM 100 000 PS, 7 M de bénéficiaires) et VIAMEDIS (169 000 PS, 80 OCAM, 8 M de bénéficiaires)¹¹⁶. Certains de ces organismes ont connu un développement au-delà du périmètre historique de l'une des trois familles complémentaires (cf. SP Santé est issu de la FFSA, VIAMEDIS du monde de la prévoyance, ALMERYYS et ISANTE du champ mutualiste).

Du point de vue des professionnels de santé, leur développement a permis une forte réduction du nombre d'interlocuteurs et donc une limitation de la charge administrative induite; un raccourcissement des délais de remboursement et une « standardisation » progressive des garanties offertes.

Source : mission

[238] En second lieu, l'acceptation par les professionnels d'une solution d'éclatement des flux à la source pourrait passer par certaines évolutions techniques destinées à en simplifier la pratique. Il s'agit, pour reprendre l'expression utilisée par la fédération des éditeurs de logiciels, de « *masquer la complexité du cahier des charges 1.40* ». Les professionnels de l'informatique médicale font état de marges d'amélioration possibles de l'ergonomie du tiers payant à trois étapes-clé de la chaîne de transmission:

- l'accès aux tables de convention: la CNAMTS estime que « *les difficultés d'utilisation de la version 1.40 les plus récurrentes concernent aujourd'hui la table des conventions* ». Il s'agit d'une difficulté commune à d'autres professions, dont le volume de télétransmission est

¹¹⁶ Sources : CEGEDIM, ALMERYYS, ISANTE, VIAMEDIS.

pourtant bien moindre (cf. auxiliaires médicaux). Comme évoqué en première partie, deux points sont en particulier remontés par ces professionnels: l'absence d'un registre commun à l'ensemble des organismes complémentaires d'une part; et le caractère fastidieux de la mise à jour régulière de ces tables, rendue nécessaire par les évolutions rapides du paysage complémentaire ;

- la gestion des rejets : la normalisation des motifs de rejet et la diffusion d'un « retour » par facture et non plus par lots apparaît à cet égard particulièrement nécessaire ;
- la gestion des impayés : le paramétrage des modules de recoupement entre les retours signalement paiement et les ordres de virement est généralement mal connu et faiblement utilisé par les professionnels. Sauf à revenir à un modèle fondé sur le recours massif à des tiers (concentrateurs et services de recoupement bancaire), peu souhaitable au vu de son coût, cette étape devra nécessairement faire l'objet d'un important travail d'accompagnement vis-à-vis des professionnels, qui pourrait prendre différentes formes (espaces clients, messages d'information ciblés, plateformes de e-learning, plateformes de support téléphonique, messages d'information intégrés dans le logiciel, actions de formation à mener en partenariat avec les organismes de DPC¹¹⁷).

3/ La montée en charge des services en ligne devrait notamment permettre de limiter la charge associée à l'éclatement des flux.

[239] L'émergence des services en ligne offre à cet égard des marges d'évolution significatives :

- Les développements en cours en matière de contrôle des droits en ligne devraient permettre la mise à jour automatique des tables de convention via le logiciel de facturation. La mission relève par ailleurs le démarrage récent (avril 2013) d'un projet d'annuaire commun aux trois familles d'AMC, regroupant pour chaque assuré le nom et le code de la mutuelle, et devant inclure à terme des formules de tarification harmonisées
- Le passage à la facturation en ligne s'accompagnera à terme d'un allègement significatif de la charge administrative liée à l'éclatement des flux, en supprimant la nécessité de recourir aux codes préfectoraux pour le routage des flux de facturation.

2.2.3.4 L'option d'une gestion séparée « sous conditions » semble la plus réaliste au regard du positionnement des acteurs

[240] Au final, la piste d'une liquidation unique par l'AMO peut apparaître démesurément lourde, au regard des développements déjà effectués par les autres professions. L'obstacle au déploiement d'une solution en gestion unique réside cependant avant tout dans l'absence de portage de cette option par l'AMO et les AMC. La solution « médiane » d'un routage des flux via l'AMO semble achopper, pour des raisons semblables, sur la question de la mise en place d'un référentiel d'affiliation commun.

[241] Au regard de ces éléments, la mission privilégie en conséquence la piste d'un éclatement des flux entre AMO et AMC. Elle présente des avantages convaincants, en particulier dans l'hypothèse où la négociation conventionnelle serait retenue. La mission considère que sur ce sujet, la voie de la négociation collective est indispensable, tant au vu du nombre élevé de parties prenantes que du caractère techniquement très mouvant des circuits de facturation. Sur ce point, les acteurs apparaissent aussi divisés sur le contenu technique des solutions que sur la voie adéquate pour y parvenir : une partie des professionnels privilégiant la voie réglementaire cependant que certains opérateurs de tiers payant affichent, à l'inverse, leur volonté de demeurer sur une base de strict conventionnement individuel.

¹¹⁷ Développement professionnel continu.

[242] La mission ne retient pas l'option de traitement des flux complémentaires par les organismes d'AMO qui créerait des coûts de transaction importants (*a fortiori* avec l'éclatement et la mouvance des assurances maladie complémentaires) et nécessiterait de revenir sur les chaînes de production actuelles des autres professionnels de santé.

[243] Pour s'avérer acceptable par les professionnels, il est clair que la piste d'un éclatement des flux devrait toutefois, au sens de la mission, s'accompagner de différents aménagements:

1/ La complexité actuellement associée à la gestion éclatée est très largement due au nombre élevé d'interlocuteurs et à l'absence de dispositif conventionnel organisé. Un alignement des conditions dans lesquelles s'exerce le tiers payant complémentaire sur celui des autres professions apparaît à cet égard *a minima* souhaitable, une rationalisation plus poussée pouvant également être envisagée ;

2/ Une évolution des outils à la disposition du médecin, afin de limiter autant que possible la charge administrative liée au routage des flux en direction des organismes complémentaires, apparaît par ailleurs nécessaire. Les services en ligne semblent offrir en la matière d'importantes marges d'évolution à un horizon raisonnable.

[244] La mission relève que ces services font actuellement alternativement l'objet d'une tarification globale (« pack services en ligne ») ou en fonction du nombre de services, qui vient se surajouter au tarif de base acquitté pour l'acquisition d'un logiciel de facturation. Une éventuelle négociation conventionnelle portant sur le tiers payant complémentaire devrait impérativement inclure un volet financier portant sur les modes de tarification des services en ligne par les éditeurs de logiciels.

Recommandation n°10 : Mettre en place un circuit reposant sur l'éclatement des flux entre AMO et AMC, moyennant une limitation de la charge administrative qui pourrait en découler:

- **par la limitation aux seuls opérateurs de tiers payant de la possibilité de pratiquer le tiers payant complémentaire ;**
- **par une simplification des modalités d'enregistrement et de mise à jour des tables de conventions, dont les contours seront à définir en fonction de l'état de diffusion des services en ligne.**

2.2.4 Le déploiement dans le temps devra de préférence s'effectuer dans un environnement technique stabilisé

[245] La question des conditions techniques préalables au déploiement du tiers payant est rendue complexe par l'absence d'horizon technique « constant ». La mission s'est trouvée confrontée au sujet de l'articulation souhaitable entre le déploiement des services en ligne et la généralisation du tiers payant. Il ressort de son analyse les éléments suivants :

- 1) Le déploiement des services en ligne n'est pas un pré-requis absolu au déploiement du tiers payant
- 2) L'arrivée des services en ligne est en revanche de nature à simplifier très profondément les conditions techniques d'exercice du tiers payant. Elle permettra en effet d'agir conjointement sur les délais de paiement, les pertes financières associées ainsi que sur la charge administrative induite par l'éclatement des flux. La mission fait l'hypothèse que ces développements limiteront les coûts de transition associés à un passage au tiers payant intégral, et partant, faciliteront son acceptation par les professionnels. Pour cette raison, il pourrait apparaître cohérent d'attendre la mise en place d'un cadre technique stabilisé de part et d'autre, sur le double volet du contrôle des droits et de la facturation en ligne, pour définir les modalités pratiques de déploiement du projet « industriel » que constitue le passage des quelques 110 000 médecins de ville au tiers payant intégral. Comme l'ont montré les développements *supra*, les

contours donnés à la garantie de paiement, ainsi que le contenu de la garantie de délais, sont hautement dépendants de l'état de déploiement des services en ligne

- 3) Si le développement des services en ligne apparaît largement engagé, aussi bien dans le cadre du programme 2 de la CNAMTS que du côté des AMC - sous réserve que le calendrier annoncé par les uns et les autres soit effectivement tenu - il achoppe dans ce dernier cas sur l'absence d'un cadre technique unique, en dépit de la volonté affichée de promouvoir un socle de développements communs. L'émergence d'une structure de gouvernance réunissant les AMC, qui fixe le rythme, les normes à mettre en œuvre et les objectifs de montée en charge des services en ligne, apparaîtrait à cet égard comme un préalable. Les instances de gouvernance en cours de mise en place dans le cadre du projet d'annuaire inter-AMC pourraient en fournir l'un des soubassements possibles.

Recommandation n°11 : Encourager au sein des AMC la mise en place d'instances de gouvernance destinées à faire émerger un cadre technique unique pour assurer la montée en charge des services en ligne.

- 4) Une généralisation graduée, portant dans un premier temps sur la part obligatoire puis sur la part complémentaire, n'aurait que peu de sens dans une optique de simplification pour l'assuré et pour les médecins ;
- 5) Quel que soit enfin le calendrier de mise en œuvre opérationnelle du projet retenu, il devra intégrer le laps de temps nécessaire à l'appropriation du dispositif par les professionnels, comme le montre l'entrée sous conventionnement des médecins radiologues et leur pratique effective de la facturation en tiers payant. Le passage rapide de certaines professions au tiers payant via la DRE ne doit pas faire oublier certaines différences structurelles avec les médecins ; ainsi le regroupement de plusieurs actes sur la même facture chez les auxiliaires médicaux, aboutit à réduire les flux et donc à masquer la lourdeur du dispositif.

2.3 Il existe trois niveaux de gouvernance pour piloter un projet aussi majeur que celui de la généralisation du tiers payant

[246] S'il n'est pas question à ces trois niveaux de constituer des instances de gouvernance lourdes donc lentes, il est nécessaire de déterminer une maille réactive de pilotage, s'agissant d'un projet « industriel » majeur sur la durée et qui touchera l'exercice professionnel quotidien des médecins et des organismes d'assurance maladie.

2.3.1 Un niveau stratégique

[247] L'importance politique et technique du projet pour les médecins, les assurés et les organismes d'assurance maladie, ses nombreuses interfaces avec d'autres politiques d'accès aux soins et d'autres réformes techniques (ex : recouvrement de la participation forfaitaire) supposent en premier lieu une pleine implication de l'Etat et la constitution d'une instance de pilotage stratégique regroupant autour d'elle les trois autres types de parties prenantes, appuyé par un groupe projet. La mission considère que cette instance devra se prononcer sur :

- une cible de généralisation du tiers payant, autour des sept options stratégiques suivantes : généralisation du tiers payant et non extension à de nouvelles autres catégories ; généralisation à hauteur du montant couvert par les AMC ; généralisation non subordonnée à un parcours de soins particulier ; généralisation sous la forme d'une possibilité donnée aux médecins d'accorder le tiers payant à l'ensemble de leur patientèle ; recouvrement de la participation forfaitaire par prélèvement sur le compte bancaire des assurés ; généralisation subordonnée à la neutralité financière, à l'encadrement des délais et à la maîtrise des charges administratives pour les médecins ; circuit technique reposant sur l'éclatement des flux entre AMO et AMC ;

- ses contreparties, incluant la mise en place d'un dispositif permettant au patient de connaître les soins de ville qu'il suscite, ainsi que le suivi des indicateurs relatifs à la fraude ;
- l'insertion dans un politique générale de santé ;
- le cadrage financier; incluant le pilotage de l'étude dédiée aux conséquences financières de la généralisation du tiers payant sur les actes réalisés en médecine de ville ;
- la communication vis-à-vis des assurés ;
- la construction d'un calendrier de projet précis, tenant compte d'un déroulement estimé à cinq ans et de l'articulation avec l'arrivée des services en ligne ;
- le suivi de la montée en charge du déploiement du tiers payant en médecine de ville.

Recommandation n°12 : Mettre en place une instance de pilotage stratégique de généralisation du tiers payant appuyée par un groupe projet, instances regroupant l'Etat, les assurances maladies, les organisations représentatives de médecins et les représentants des assurés. Déterminer au sein de cette instance les principes-cadres de généralisation du tiers payant, les contreparties, le cadrage financier et l'interface avec les politiques de santé.

2.3.2 Un niveau conventionnel

[248] La mission a précédemment proposé un schéma de généralisation fondé sur un engagement volontaire des médecins à pratiquer le tiers payant. Elle considère que cette généralisation doit être opérationnellement organisée par voie conventionnelle, autour d'une négociation unique (UNCAM-UNOCAM-organisations syndicales représentatives de médecins) ou en deux volets, l'un portant sur le tiers payant obligatoire et l'autre sur le tiers payant complémentaire. La poursuite coordonnée du projet plaide pour la première solution.

[249] Au-delà de la possibilité ouverte à tous les médecins de pratiquer le tiers payant, ce processus conventionnel devra aboutir à définir, sur la base d'un état donné des possibilités techniques, les garanties et modalités devant accompagner la mise en place du tiers payant. La mission considère que ce support conventionnel devra en particulier porter fixation :

- des contours donnés à la garantie de paiement (garantie sur la base des « droits en carte » ou des « droits en ligne ») ;
- des mesures d'encadrement dans le temps du paiement au médecin (garanties de délais, délais de forclusion) ;
- du nombre d'usines de liquidation, notamment en part complémentaire ;
- des modalités techniques d'articulation entre AMO et AMC ;
- des modes de tarification des services en ligne.

[250] Il s'agit là d'une mutation importante des outils conventionnels nationaux à destination des médecins (à titre d'illustration, pour les radiologues aucun texte ni national, ni local n'a été signé).

Recommandation n°13 : Mettre en place un dispositif conventionnel venant définir les paramètres financiers et techniques de mise en œuvre de la réforme ainsi que le contenu des garanties offertes au professionnel. Ce contenu sera à déterminer en fonction de l'état d'avancement des services en ligne.

2.3.3 Un niveau « industriel »

[251] La généralisation du tiers payant concernera les processus et les systèmes d'information de 110 000 médecins et de près de 500 organismes d'assurance maladie (dont la mission a préconisé le regroupement autour de quelques grandes usines de liquidation) qui auront à traiter plus de 500 millions d'actes annuels.

- [252] Si les substrats de ce traitement existent du côté des organismes d'assurance maladie et des médecins, leur mutation forte avec la généralisation du tiers payant nécessitera un accompagnement de chacun des acteurs et les négociations conventionnelles devront ensuite se décliner sous la forme de différents groupes techniques. Pour prendre un seul exemple, les éditeurs de logiciels devront être largement associés, s'agissant de l'adaptation de l'ergonomie des logiciels aux postes médicaux ou de la définition des modalités d'accompagnement des professionnels.
- [253] Tous les standards de la conduite d'un grand projet « industriel » devront donc être mobilisés pour réussir cette réforme sur la durée.

CONCLUSION

[254] Justifiée sur le fond et réalisable techniquement, la généralisation du tiers payant pour les actes de médecine de ville est une mutation historique, institutionnelle et gestionnaire considérable, dont la menée à bien suppose une triple démarche :

1/ La discussion des choix stratégiques présentés par le rapport.

[255] Même si elle est parvenue à des convictions fortes, la mission considère son travail comme une première documentation d'un sujet qui n'a pas fait l'objet de réflexions de fond depuis vingt ans. L'ensemble des données présentées par le rapport doivent donc être approfondies (à l'image des conséquences financières sur les actes réalisés en médecine de ville) par les parties prenantes, qui devront ensuite se saisir des sujets stratégiques énumérés précédemment. C'est sur la base de cette discussion que pourra être établi un relevé de décisions stratégiques entre les quatre types de parties prenantes.

2/ L'organisation d'une conduite de grand projet.

[256] La mission rappelle que la généralisation du tiers payant est un grand projet à horizon quinquennal, nécessitant l'implication forte de tous les acteurs (d'où le choix d'une démarche conventionnelle entre AMO et AMC d'une part, organisations syndicales de médecins d'autre part) et une conduite de projet rigoureuse.

3/ La mise en perspective avec d'autres réformes.

[257] Comme le rapport l'a explicité, la mission considère que ses conclusions doivent être mises en perspective avec de nombreux autres dossiers adjacents relatifs d'une part à l'accès aux soins des ménages les plus modestes, d'autre part à l'organisation des soins que porte la future stratégie nationale de santé, enfin à l'articulation du champ et de la gestion entre AMO et AMC dont le présent rapport a montré toutes les limites.

[258] La généralisation du tiers payant est une réforme très positive pour l'ensemble des assurés ; elle doit prendre place dans une stratégie globale pour un système de santé plus juste et plus efficient.

Etienne MARIE

Juliette ROGER

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Autorité responsable
1	Rappeler aux parties prenantes le caractère légitime du tiers payant dans un système d'assurance maladie universel.	Etat
2	Généraliser le tiers payant à hauteur du montant couvert par les AMC.	Etat/AMO et AMC/ Organisations de médecins/Associations d'usagers
3	Recouvrer la participation forfaitaire par prélèvement autorisé sur le compte bancaire des assurés par les organismes d'assurance maladie.	Idem
4	Promouvoir la généralisation du tiers payant par la généralisation de la possibilité donnée aux médecins d'accorder le tiers payant à leurs patients. Etablir, cinq après le début de la mise en œuvre, un bilan de l'état de déploiement du tiers payant, et définir les mesures de correction de trajectoire nécessaires.	Idem
5	Réaliser une étude sur les conséquences financières de la généralisation du tiers payant pour les actes réalisés en médecine de ville.	Idem
6	Mettre en œuvre dans le cadre de la généralisation du tiers payant un dispositif permettant au patient de connaître les frais de soins de ville qu'il suscite.	Idem
7	Subordonner le choix des modalités techniques de généralisation du tiers payant au respect de certains principes (neutralité financière, encadrement des délais et maîtrise des charges administratives pour le médecin).	Idem
8	Dans une perspective de suppression des pertes financières associées au tiers payant : - uniformiser l'application de la garantie de paiement sur la base des droits en carte d'une caisse d'AMO à l'autre ; - sécuriser ce principe du côté des AMC à un niveau conventionnel ; - conserver dans les deux cas le principe d'une garantie de paiement sur la base des droits en carte, jusqu'à la mise en place effective d'un contrôle automatique des droits intégré au logiciel.	AMO/AMC/ Organisations de médecins
9	Dans une perspective de limitation des délais associés au tiers payant : - étendre au tiers payant complémentaire le principe d'une garantie de délais, dont le niveau sera fixé en fonction de l'état de déploiement des services en ligne ; - limiter aux seuls opérateurs de tiers payant la possibilité de pratiquer le tiers payant complémentaire ; - conditionner la pratique du tiers payant au recours à la télétransmission.	Idem
10	Mettre en place un circuit reposant sur l'éclatement des flux entre AMO et AMC, moyennant une limitation de la charge administrative qui pourrait en découler: - par la limitation aux seuls opérateurs de tiers payant de la possibilité de pratiquer le tiers payant complémentaire ; - par une simplification des modalités d'enregistrement et de mise à jour des tables de conventions, dont les contours seront à définir en fonction de l'état de diffusion des services en ligne.	Idem

11	Encourager au sein des AMC la mise en place d'instances de gouvernance destinées à faire émerger un cadre technique unique pour assurer la montée en charge des services en ligne.	Etat / AMC
12	Mettre en place une instance de pilotage stratégique de généralisation du tiers payant appuyée par un groupe projet, regroupant l'Etat, les assurances maladies, les organisations représentatives de médecins et les représentants des assurés. Déterminer au sein de cette instance les principes-cibles de généralisation du tiers payant, les contreparties, le cadrage financier et l'interface avec les politiques de santé.	Etat
13	Mettre en place un dispositif conventionnel venant définir les paramètres financiers et techniques de mise en œuvre de la réforme ainsi que le contenu des garanties offertes au professionnel. Ce contenu sera à déterminer en fonction de l'état d'avancement des services en ligne.	AMO / AMC / Organisation de médecins

LETTRE DE MISSION



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

La Ministre

CAB/MT/BM/MGD/D.13-1663

Paris, le 25 FEV. 2013

NOTE

à l'attention de Monsieur Pierre BOISSIER
Chef de l'Inspection générale des affaires sociales

Objet : Mission sur le tiers payant pour les consultations de médecine de ville

La prise en charge en tiers-payant par l'assurance maladie obligatoire et par l'assurance maladie complémentaire est largement pratiquée pour les frais pharmaceutiques, les dépenses de soins hospitaliers et d'auxiliaires médicaux.

En revanche, l'avance de frais continue à être la règle pour les consultations en ville des médecins généralistes ou spécialistes, la mise en œuvre du tiers payant demeurant réservée à certaines populations ou structures limitativement définies par la réglementation ou la convention médicale. Cette situation complique indûment l'accès aux soins de premier recours.

Je vous demande en conséquence de bien vouloir diligenter une mission chargée, à partir d'un bilan des pratiques actuelles du tiers payant, d'expertiser les conditions administratives, techniques et financières de son extension, sous forme de tiers payant intégral, à l'ensemble des assurés pour les consultations médicales en ville.

Vous veillerez à recueillir notamment les observations des organisations représentant les médecins libéraux, de même que les organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire. Les conclusions de la mission devront m'être remises dans un délai de trois mois.

Marisol TOURAINE

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

1 ETAT ET SES OPERATEURS

Cabinet de la ministre des affaires sociales et de la santé

Denis Morin, directeur de cabinet
Bruno Maquart, directeur adjoint de cabinet
Vincent Beaugrand, conseiller technique

Direction de la sécurité sociale

Thomas Fatome, Directeur
François Godineau, chef de service
Thomas Wanecq, chef de projet
Arnaud Lasserre, chef du bureau 2A (CMU et prestations de santé)
Fabrice Masi, chef du bureau 1B (relations avec les professions de santé)
Abraham Hamzawi, chef du bureau 4C (systèmes d'information)
Emmanuelle Laurent, bureau 4C (systèmes d'information)

Direction générale de l'offre de soins

Natacha Lemaire, sous-directrice de la régulation de l'offre de soins
Evelyne Satonnet, chef de bureau PF3 (coopération et contractualisation)
Perrine Ramé-Mathieu, chef de bureau R2 (soins de premier recours)
Laurent Gadot, chargé de mission

Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes

Virginie Gallerand, chef de bureau, bureau F3 (services et professions organisées)
Véronique Jarry, adjointe au chef de bureau

Direction générale du Trésor

Philippe Guyonnet-Dupeyrat, adjoint au chef de bureau, bureau BANCFIN4 (services bancaires et moyens de paiement)

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

Nathalie Fourcade, sous directrice de l'observation de la santé et de l'assurance maladie

Institut de la recherche et de la documentation de l'économie en santé

Paul Dourgnon, maître de recherche

Fonds CMU

Jean-François Chadelat, président d'honneur
Raphaëlle Verniolle, directrice adjointe

GIE Sésame Vitale

Jacques de Varax, directeur

Bertrand Sallé, direction des programmes, relations avec la maîtrise d'ouvrage

Sébastien Houget, directeur de projet

2 ORGANISATIONS DE MEDECINS

Syndicat des médecins libéraux

Dr Roger Rua, président

Dr Eric Henry, vice-président

Dr Jean-Louis Caron, secrétaire général

MG France

Dr Claude Leicher, président

Dr François Wilthien, Vice-président

Dr Gilles Urbejtel, trésorier

Confédération syndicale des médecins français

Dr Michel Chassang, président

Dr Michel Combier, président de l'UNOF

Dr Pierre Lévy, Secrétaire général

Fédération des médecins français

Dr Jean-Paul Hamon, président

Le Bloc

Dr Philippe Cuq, co-président

Dr Jean Marty, co-président

Conseil national de l'Ordre des médecins

Dr André Desueur, conseiller national, président de la section exercice professionnel

3 ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

Frédéric Van Roekeghem, Directeur général

Sophie Martinon, directrice de cabinet

Dominique Polton, directrice de la stratégie, des études et des statistiques

Mathilde Lignot-Leloup, directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins

Claude Gissot, directeur adjoint à la direction de la stratégie, des études et des statistiques

Dorothee Hannotin, chef de cabinet de la direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins

Denis Richard, directeur du service de la maîtrise d'ouvrage informatique, direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins

Helda Weissmann, direction des professions de santé, direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins

Caisse primaire d'assurance maladie du Gard

Christian Fatoux, directeur

Aurélie Bonche, directrice adjointe, gestion du risque, accès aux soins, lutte contre la fraude

Aurore Crouzet, responsable prestations et accueil

Patrice Hérault, sous-directeur gestion du risque

Caisse primaire d'assurance maladie de l'Orne

Lilian Vachon, directeur

Nicolas Enouf, responsable du pôle relations avec les professionnels de santé

Caisse primaire d'assurance maladie du Tarn

Hélène Cardinale, directrice

Caisse primaire d'assurance maladie des Landes

Yves Coulombeau, directeur

CGSS de la Réunion

Jean-Paul Phelippeau, directeur

Jean-Xavier Bello, directeur adjoint

Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole

Michel Brault, directeur général

Franck Duclos, Directeur délégué aux Politiques sociales

Régime social des indépendants

Dr Pascal Perrot, médecin conseil national, directeur de la gestion des risques et de l'action sociale

4 ASSURANCE MALADIE COMPLEMENTAIRE

Unocam

Fabrice Henry, président

Fédération nationale de la mutualité française

Agnès Bocognano, directrice déléguée

Christophe Lapiere, directeur des systèmes d'information de santé

Emmanuel Daydou, responsable du pôle organisation des soins à la direction santé

Françoise Giraut, direction des systèmes d'information

Fédération française des sociétés d'assurance

Jean-François Lequoy, délégué général

Véronique Cazals, conseiller du président en charge de la protection sociale

Alain Rouché, directeur santé, direction des assurances de personnes

Anne-Marie Berger, directrice informatique santé

Centre technique des institutions de prévoyance

Evelyne Guillet, directeur santé et modernisation des déclarations sociales
Morgane Langlois-Gautier, chargé de mission systèmes d'information santé

Harmonie mutuelle

Bruno Céron, directeur de la stratégie et des partenariats
Corinne Devillard, directrice des relations avec les professionnels de santé et offreurs de soins,
directrice de la stratégie et des partenariats

Mutuelle générale de l'Education nationale

Michel Rousseau, Vice-président du Groupe, en charge notamment de la politique de gestion du régime obligatoire et de l'offre mutualiste
Jean-Nicolas Salvetti, directeur technique opérationnel

5 ACTEURS DU TIERS PAYANT PHARMACEUTIQUE

Fédération des syndicats pharmaceutiques de France

Philippe Besset, vice-président de la commission économique
Résopharma (organisme concentrateur technique)
Philippe Besset, administrateur
Giorgio Giorgi, Directeur général
William Le Bellego, Directeur général adjoint

Ordre des pharmaciens

Alain Delgutte, président de la section des pharmaciens titulaires d'officine, CROP Bourgogne
Martial Fraysse, conseiller ordinal, CROP Ile-de-France

Litipharma (société spécialisée dans le traitement des rejets)

Marie-Anne Martin-Pavot, directrice

6 OPERATEURS DE TIERS PAYANT

Groupe ALMERYS

Laurent Caredda, président du Directoire
Jérôme de Mautort, directeur du développement et des relations extérieures

Groupe CEGEDIM

Pierre-Henri Comble, directeur marketing et prospective

Mut'santé

Daniel Moreau, directeur conventionnement et relations professionnels de santé

7 EDITEURS DE LOGICIELS

Fédération des éditeurs d'informatique médicale et paramédicale ambulatoire

Francis Mambrini, président

8 ASSOCIATIONS D'USAGERS

Collectif Interassociatif Sur la Santé

Magali Léo, chargée de mission

9 AUTRES PERSONNALITES CONSULTEES

Gilles Duhamel, IGAS

Alain Gillette, conseiller maître à la Cour des comptes

André Loth, directeur de projet, DREES

Alain Rivière, médecin généraliste

Corinne Gobert, Crédit Mutuel

Fédération nationale des centres de santé

Dr Richard Lopez, président

Dr Guirec Loyer, secrétaire général adjoint

ANNEXE 1 : LISTE, PRIX ET NOMBRE DES ACTES EFFECTUES PAR LES MEDECINS LIBERAUX

1 NOMBRE D'ACTES PAR SPECIALITE MEDICALE

	Secteur conventionnel	Nb actes	Nb actes avec tiers payant	%TP
Généralistes (y compris MEP)	Secteur 1	131 713 408	41 621 437	31,6 %
	Secteur 2 et 1DP	9 630 463	1 309 743	13,6 %
Spécialistes « cliniques »¹¹⁸	Secteur 1	28 597 147	11 267 276	39,4 %
	Secteur 2 et 1DP	11 031 081	2 426 838	22 %
Spécialistes « techniques »¹¹⁹	Secteur 1	51 470 557	26 044 102	50,6 %
	Secteur 2 et 1DP	29 213 286	8 676 346	29,7 %

Source : CNAMTS- Erasme national tous régimes - juillet à septembre 2012

2 NOMBRE D'ACTES PRIS EN CHARGE PAR LES CPAM EN MEDECINE DE VILLE¹²⁰, ANNEE 2012

HONORAIRES du SECTEUR PRIVE (en nombre d'actes)	Total
Omnipraticiens libéraux	
Consultations	212 665 976
Visites	23 873 485
Actes techniques (c)	10 689 832
Total omnipraticiens libéraux	247 229 293
Spécialistes libéraux	
Consultations	84 357 274
Visites	46 793
Actes techniques (c)	127 690 504
SCM Soins conservateurs des stomatologues (c)	3 997 073
PRO Prothèses dentaires des stomatologues (c)	4 114 386
ORT Orthodontie des stomatologues (c)	7 418 015
Actes en KMB prélèvement sanguin médecin biologiste	912 047
Total spécialistes libéraux	228 536 092
TOTAL Médecins libéraux	
Consultations	297 023 250
Visites	23 920 278
Total Actes techniques (c)	138 380 335
SCM Soins conservateurs des stomatologues (c)	3 997 073
PRO Prothèses dentaires des stomatologues (c)	4 114 386
ORT Orthodontie des stomatologues (c)	7 418 015
Actes en KMB prélèvement sanguin médecin biologiste	912 047
Total médecins libéraux	475 765 384

Source : CNAMTS

¹¹⁸ Spécialités «cliniques»: cardiologues, dermatologues, gastro-entérologues, spécialistes de médecine interne, pédiatres, pneumologues, rhumatologues, neuropsychiatres, spécialistes de réanimation médicale, spécialistes de rééducation et réadaptation fonctionnelle, neurologues, psychiatres, gériatres, néphrologues, spécialistes de endocrinologie et métabolisme, psychiatres de l'enfant et de l'adolescent, spécialistes de santé publique et de médecine sociale.

¹¹⁹ Spécialités «techniques»: anesthésistes, chirurgiens, radiologues, gynécologues, neurochirurgiens, oto-rhino-laryngologues, ophtalmologues, urologues, stomatologues, anatomo-cyto-pathologistes, médecins biologistes.

¹²⁰ En métropole.

3 MONTANTS PRIS EN CHARGE PAR LES CPAM EN MEDECINE DE VILLE¹²¹, ANNEE 2012

HONORAIRES du SECTEUR PRIVE (en milliers d'euros)	Total
Omnipraticiens libéraux	
Consultations	3 714 206
Visites (y compris frais de déplacement)	760 368
Total Actes techniques	285 535
TOTAL Omnipraticiens libéraux	4 760 109
Spécialistes libéraux	
Total Actes techniques	3 544 400
Consultations	1 883 774
Total Scanner-IRMN-Tomographie-Forfaits consommables	4 222
Actes en P (Anatomo-cyto-pathologistes)	223
Visites (y compris frais de déplacement)	2 018
ORT Orthodontie des stomatologues	15 640
SCM Soins conservateurs des stomatologues	6 879
PRO Prothèses dentaires des stomatologues	6 338
Actes en KMB prélèvement sanguin médecin biologiste	2 954
TOTAL Spécialistes libéraux	5 466 448
TOTAL Médecins libéraux	
Consultations	5 597 980
Total Actes techniques	3 829 935
Visites (y compris frais de déplacement)	762 386
Total Scanner-IRMN-Tomographie-Forfaits consommables	4 222
Actes en P (Anatomo-cyto-pathologistes)	223
ORT Orthodontie des stomatologues	15 640
SCM Soins conservateurs des stomatologues	6 879
PRO Prothèses dentaires des stomatologues	6 338
Actes en KMB prélèvement sanguin médecin biologiste	2 954
TOTAL Médecins libéraux	10 226 557

Source : CNAMTS

¹²¹ En métropole.

ANNEXE 2 : REFERENTIEL JURIDIQUE DU TIERS PAYANT POUR L'ENSEMBLE DES PROFESSIONS DE SANTE



REFERENTIEL JURIDIQUE
RELATIF A LA PARTICIPATION DE L'ASSURE
TIERS PAYANT

SOMMAIRE

RÉFÉRENCES JURIDIQUES.....	4
CIRCULAIRES CNAMTS.....	6
LETTRES RÉSEAUX CNAMTS	6
1 LE TIERS PAYANT LÉGAL	7
1.1 LE TIERS PAYANT LIÉ À LA NATURE DES SOINS	7
1.1.1 LES FRAIS D'HOSPITALISATION	7
1.1.2 LES ACTES DE PRÉVENTION	8
1.1.2.1 LES DÉPISTAGES ORGANISÉS À L'OCCASION DES CAMPAGNES PUBLIQUES.....	8
1.1.2.2 L'EXAMEN BUCCO-DENTAIRE DE PRÉVENTION	8
1.1.2.3 LE VACCIN ANTI-GRIPPAL.....	8
1.1.3 LES EXAMENS RÉALISÉS DANS LES CENTRES DE SANTÉ.....	8
1.1.4 LES SOINS DISPENSÉS DANS LES CENTRES DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE (PMI)	9
1.2 LE TIERS PAYANT LIÉ AU STATUT DU BÉNÉFICIAIRE	9
1.2.1 LES BÉNÉFICIAIRES DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE COMPLÉMENTAIRE (CMUC)	9
1.2.1.1 PENDANT LE BÉNÉFICE DE LA CMUC.....	9
1.2.1.2 À LA « SORTIE » DU DISPOSITIF CMUC.....	10
1.2.2 LES BÉNÉFICIAIRES DE L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT (AME)	10
1.2.3 LES SAPEURS POMPIERS VOLONTAIRES	11
1.3 LE TIERS PAYANT LIÉ À LA NATURE DE L'ASSURANCE.....	11
1.4 LE TIERS PAYANT DÉLÉGUÉ	11
2 LE TIERS PAYANT CONVENTIONNEL	11
2.1 LE TIERS PAYANT ACCORDÉ PAR LES MÉDECINS	12
2.1.1 LE TIERS PAYANT SOCIAL POUR LES BÉNÉFICIAIRES DE L'AIDE POUR UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (ACS).....	12
2.1.2 LE TIERS PAYANT POUR CERTAINS ACTES ET COEFFICIENTS	12
2.1.3 LE TIERS PAYANT DANS LE CADRE DE LA PERMANENCE DES SOINS.....	12
2.1.4 LE TIERS PAYANT POUR LES PATIENTS AYANT CHOISI LE MÉDECIN RÉFÉRENT COMME MÉDECIN TRAITANT.....	13
2.1.5 LE TIERS PAYANT DANS LE CADRE DES EXPÉRIMENTATIONS AGRÉÉES.....	13
2.1.6 LE TIERS PAYANT POUR LA DÉLIVRANCE DES MÉDICAMENTS ET DE CERTAINS DISPOSITIFS MÉDICAUX EFFECTUÉE PAR LES MÉDECINS PHARMACIENS.....	13
2.1.7 ACCORDS LOCAUX SPÉCIFIQUES	13
2.2 LE TIERS PAYANT ACCORDÉ PAR LES PHARMACIENS	14
2.3 LE TIERS PAYANT ACCORDÉ PAR LES DIRECTEURS DE LABORATOIRE PRIVÉ D'ANALYSES MÉDICALES.....	15
2.4 LE TIERS PAYANT ACCORDÉ PAR LES CHIRURGIENS-DENTISTES.....	15
2.4.1 POUR TOUS LES SOINS DENTAIRES.....	15
2.4.2 POUR L'EXAMEN BUCCO-DENTAIRE DE PRÉVENTION.....	16
2.5 LE TIERS PAYANT ACCORDÉ PAR LES SAGES-FEMMES.....	16
2.6 LE TIERS PAYANT ACCORDÉ PAR LES AUXILIAIRES MÉDICAUX.....	17
2.6.1 LES INFIRMIERS.....	17
2.6.2 LES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES	17
2.6.3 LES ORTHOPTISTES	17
2.6.4 LES ORTHOPHONISTES	18
2.6.5 LES PÉDICURES-PODOLOGUES.....	18
2.6.6 LES OPTICIENS.....	18
2.6.7 LES AUDIOPROTHÉSISTES.....	18
2.6.8 LES PODO-ORTHÉSISTES, LES OCULARISTES, LES ÉPITHÉSISTES ET LES ORTHOPROTHÉSISTES	18
2.6.9 LES FOURNISSEURS	18
2.7 LE TIERS PAYANT ACCORDÉ PAR LES TRANSPORTEURS SANITAIRES PRIVÉS PRÉVUS À L'ARTICLE L.322-5-2 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE.....	19
2.8 LE TIERS PAYANT ACCORDÉ PAR LES ENTREPRISES DE TAXIS.....	19
3 LES SITUATIONS PARTICULIÈRES	19
3.1 LA DÉLIVRANCE D'ALLERGÈNES PRÉPARÉS POUR UN SEUL INDIVIDU.....	19
3.2 LE SUIVI DE L'EXAMEN DE SANTÉ	20
3.3 LES ASSURÉS HOSPITALISÉS EN URGENCE DANS LES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE (HUG).....	20
DDGOS/DREGL..... Référentiel Tiers payant	3/20

Références juridiques

(Nota bene : les documents cités ci-dessous sont présentés dans l'ordre leur apparition dans le texte)

Code de la sécurité sociale

- [Article L. 322-1](#)
- [Article L.162-21-1 du CSS](#)
- [Articles L. 321-1-6°](#) et [L. 322-3-16°](#).
- [Article L. 162-1-12](#)
- [Articles L. 162-32](#) et [D. 162-24](#)
- [Articles L. 861-1](#), [L. 861-3](#) et [D. 861-2](#)
- [Article L. 162-16-7](#)
- [Article L. 861-3](#)
- [Article L.321-1 – 1°, 2°, 3°, 4° et 6°](#)
- [Article L. 331-2](#)
- [Articles L. 431-1](#) et [L. 432-1](#)
- [Article L. 863-1](#)
- [Article R. 322-8](#)
- [Article L. 161-31](#)
- [Articles L. 162-17](#), [L. 165-1](#) et [L. 324-1](#)

Code de la santé publique

- [Articles L. 1411-6](#) et [L. 1411-7](#) -
- [Article L. 2132-2-1](#)
- [Article L. 2112-7](#)
- [Article L. 4211-3](#)
- [Article L. 4211-6](#)

Code l'action sociale et des familles

- [Articles L. 251-1 à L. 253-4](#)
- [Article R. 251-1](#)

Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre

- [Article L. 115](#)

Lois - Décrets - Arrêtés

- [Loi n° 91-1389 du 31 décembre 1991](#) – Article 2
- [Décret n° 85-327 du 12 mars 1985](#)
- [Décret n° 92-620 du 7 juillet 1992](#) – Article 3
- [Arrêté du 29 septembre 2006](#)

Convention nationale

- [La Convention nationales des médecins, signée le 26 juillet 2011 \(approuvée par l'arrêté du 22 septembre 2011, publié au J.O. du 25 septembre 2011\)](#)
- [Convention nationale des pharmaciens \(approuvée par l'arrêté du 4 mai 2012, publié au J.O. du 6 mai 2012\) – Article 35](#)
- [Convention nationale des directeurs de laboratoire privé d'analyses médicales - Avenant du 16 janvier 2004 \(approuvée par l'arrêté du 30 septembre 1994, publié au J.O. du 14 octobre 1994\), reconduite le 11 avril 2004\). – Article 6.2](#)
- [Convention nationale des chirurgiens-dentistes des 11 et 19 mai 2006 \(approuvée par l'arrêté du 14 juin 2006, publié au J.O. du 18 juin 2006\). – Article 4.2.2](#)
- [Convention nationale des sages-femmes du 11 octobre 2007 \(approuvée par l'arrêté du 10 décembre 2007, publié au J.O. du 19 décembre 2007\) – Article 3.4.5-B](#)
- [Convention nationale des infirmiers du 22 juin 2007 \(approuvée par l'arrêté du 18 juillet 2007, publié au J.O. du 25 juillet 2007\). – Article 5.2.7](#)
- [Convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes du 03 avril 2007 \(approuvée par l'arrêté du 10 mai 2007, publié au J.O. du 16 mai 2007\). – Article 3.3.6-b](#)
- [Convention nationale des orthoptistes \(approuvée par l'arrêté du 7 juillet 1999, publié au J.O. du 5 août 1999\). – Article 5.2.b](#)
- [Convention nationale des orthophonistes \(approuvée par l'arrête du 31 décembre 1996, publié au J.O. du 9 janvier 1997\). – Article 5.2-b](#)
- [Convention nationale des pédicures-podologues du 18 décembre 2007 \(approuvée par l'arrêté du 24 décembre 2007, publié au J.O. du 29 décembre 2007\) – Article 1.4.3](#)
- [Convention nationale des opticiens conclue le 14 octobre 2003.- Article 19](#)
- [Convention type régionale des audioprothésistes \(approuvée par l'arrêté du 13 août 1992, publié les 24 et 25 août 1992\).- Article 7](#)
- [Convention nationale des podo-orthésistes, ocularistes, épithésistes, et orthoprothésistes, conclue le 19 décembre 2003 et l'avenant n° 1 du 4 avril 2011.- Article 19](#)
- [Convention nationale des fournisseurs, conclue le 7 août 2002.- Article 26](#)
- [Convention nationale des transporteurs sanitaires privés \(publiée au J.O. du 23 mars 2003\).- Articles 4 et 5](#)
- [Convention nationale des taxis \(publiée au J.O. du 23 septembre 2008\). Article 7 – Annexe 4](#)

Circulaires CNAMTS

- [CABDIR n° 15/1999 du 21 décembre 1999,](#)
- [DDRI/AC n° 88/34/2000 du 13 juillet 2000,](#)
- [CABDIR/AC n° 15/52/2000 du 5 décembre 2000](#)
- [DDRI/71/2002 du 3 mai 2002](#)
- [DDRI/24/2001 du 8 février 2001](#)
- [Circulaire CNAMTS n° 59/2006 du 15 décembre 2006](#)
- [Circulaire CNAMTS n° 127/2004 du 19 octobre 2004 et l'accord-type annexé](#)
- [Circulaire CNAMTS/ENSM n° 1008/85 du 29 octobre 1985](#)

Lettres réseaux CNAMTS

- [LR DDGOS/63/2011 du 27 juillet 2011](#)
- [LR DDGOS-107/2010 du 28 décembre 2010](#)
- [LR CABDIR-1/2007 du 26 janvier 2007](#)
- [LR MPS/8/2005 du 18 mars 2005](#)
- [LR /DDGOS/72/2012 du 30 juillet 2012](#)
- [LR DDGOS-30/2010 du 22 avril 2010](#)

Un régime de Sécurité Sociale peut s'organiser, soit sous forme de distribution directe des soins (soins gratuits), soit sous forme de remboursement au malade des frais nécessités par son état de santé, ceux-ci étant avancés par le malade.

C'est cette dernière forme qui a été choisie par le régime français de Sécurité Sociale et qui en constitue, d'ailleurs, l'un des principes fondamentaux ; autrement dit, le paiement direct des honoraires aux professionnels de santé a été érigé en règle (cf., à cet égard, [l'article L. 322-1 du Code de la sécurité sociale](#) qui prévoit que « la part garantie par la caisse primaire d'assurance maladie... est remboursée... directement à l'assuré ou aux ayants droit... »).

Néanmoins, des aménagements ont été apportés à cette règle. Ils se caractérisent par des mécanismes de dispense d'avance des frais qui permettent aux assurés sociaux de ne pas régler les praticiens, ce qui facilite, en partie, l'accès aux soins des plus démunis, l'organisme d'assurance maladie intervenant dans le cadre de la procédure dite « tiers payant ».

Deux mécanismes sont prévus : le tiers payant légal et le tiers payant conventionnel. Il existe aussi des situations particulières qui ne relèvent d'aucun de ces mécanismes (*elles feront l'objet du chapitre 3*).

La procédure de tiers payant s'applique sur la part des frais de soins habituellement remboursée, c'est-à-dire avec application du ticket modérateur, ou sur le montant total du tarif de responsabilité. Elle permet le versement direct au professionnel de santé (ou à l'organisme tiers, qui a réglé le praticien), par l'organisme d'assurance maladie, de la part des honoraires pris en charge.

L'indication de la dispense d'avance des frais doit être portée sur les différents supports de transmission utilisés (feuilles de soins, bordereau de facturation, factures diverses...), qu'il s'agisse de documents papier ou de supports électroniques.

IMPORTANT : le tiers payant ne couvre ni les participations forfaitaires ni la franchise médicale. Ces dernières restent, sauf exception, dues par le patient. Le professionnel de santé ne les prélève pas. La participation est perçue ultérieurement par la caisse à l'occasion d'autres remboursements ou lorsque la caisse formule une demande de reversement à l'assuré.

Par ailleurs, le fait d'être exonéré du ticket modérateur n'entraîne pas ipso facto le bénéfice de la dispense d'avance des frais.

1 Le tiers payant légal

Il est accordé de plein droit et existe depuis de nombreuses années, par exemple, dans les « régimes » de soins financés en totalité par la collectivité (CMUC et AME). Une distinction peut s'opérer selon la nature des soins, le statut du bénéficiaire ou la nature de l'assurance. Le système du tiers payant délégué sera évoqué dans le § 1.4.

1.1 Le tiers payant lié à la nature des soins

1.1.1 Les frais d'hospitalisation

En matière d'hospitalisation, compte tenu de la réglementation relative aux établissements de santé publics ou privés sous convention avec l'assurance maladie, la caisse peut se substituer à l'assuré pour le paiement des frais (prix de journée et honoraires médicaux), pour la part obligatoire et, le cas échéant, la part complémentaire, celui-ci ne payant éventuellement que sa participation personnelle (chambre individuelle, location d'un poste de télévision, d'un appareil téléphonique...). ([Article L.162-21-1 du CSS](#)).

1.1.2 Les actes de prévention

1.1.2.1 Les dépistages organisés à l'occasion des campagnes publiques

Les actes de prévention organisés par les campagnes publiques, tels la mammographie effectuée à l'occasion du dépistage du cancer du sein, en faveur des femmes âgées de 50 à 74 ans, ou le test de recherche de saignement occulte (dépistage du cancer colorectal) pour les assurés et les ayants droit âgés, également, de 50 à 74 ans, permettent à ces personnes de bénéficier de la dispense totale d'avance des frais pour lesdits actes. ([Arrêté du 29 septembre 2006](#), [articles L. 1411-6 et L. 1411-7 du Code de la santé publique](#), [articles L. 321-1-6° et L. 322-3-16° du Code de la sécurité sociale](#).)

1.1.2.2 L'examen bucco-dentaire de prévention

De même, l'examen bucco-dentaire de prévention, mentionné à [l'article L. 2132-2-1 du Code la santé publique](#), prodigué aux enfants dans l'année qui suit leur sixième et leur douzième anniversaire ainsi que les actes dentaires consécutifs (soins conservateurs, chirurgicaux et actes radiographiques, à l'exception des soins prothétiques et d'orthopédie dento-faciale), dont le programme doit commencer dans les trois mois suivant l'examen et s'achever dans les six mois suivant le début des soins, sont pris en charge, en totalité, par l'assurance maladie (FNPEIS) et les parents sont dispensés de l'avance des frais. ([Article L. 162-1-12 du Code de la sécurité sociale](#) et [circulaire CNAMTS n° 59/2006 du 15 décembre 2006](#).)

Le chirurgien-dentiste ne peut pas facturer de dépassements d'honoraires.

Nota bene : l'examen bucco-dentaire de prévention concernant les enfants âgés de 9, 15 et 18 ans relève du domaine conventionnel (cf. § 2.4.2 infra).

1.1.2.3 Le vaccin anti-grippal

Les populations éligibles à la vaccination contre la grippe saisonnière (cf., à cet égard, la [LR DDGOS/63/2011 du 27 juillet 2011](#)) se voient délivrer gratuitement le vaccin par le pharmacien.

1.1.3 Les examens réalisés dans les centres de santé

Le versement, par la caisse d'assurance maladie, de la part des honoraires due à l'occasion des actes réalisés par le centre de santé est effectué selon la procédure de dispense d'avance des frais, conformément à la législation applicable aux centres de santé. L'assuré doit justifier de ses droits en présentant sa carte vitale ou l'attestation papier qui l'accompagne. ([Articles L. 162-32 et D. 162-24 du Code de la sécurité sociale](#) et [article 1.7 de l'Accord national du 19 novembre 2002 - avis portant approbation de l'accord publié au J.O. du 19 avril 2003](#)).

Pour les assurés non exonérés du ticket modérateur pour des raisons médicales ou sociales, et qui bénéficient d'une couverture complémentaire, la caisse cherchera à favoriser, par le biais d'accord conclus avec les organismes complémentaires, les conditions permettant aux assurés d'être également dispensés du règlement direct du ticket modérateur.

1.1.4 Les soins dispensés dans les centres de protection maternelle et infantile (PMI)

L'usager du service départemental de PMI est dispensé de l'avance des frais pour les actes listés dans la convention (voir ci-après), sous réserve qu'il présente sa carte vitale ou son attestation de droits papier afin de justifier de ses droits aux prestations. ([Article L. 2112-7 du Code de la santé publique](#). Voir également, en ce qui concerne la protection maternelle et infantile, l'article 6 de la convention type de financement et de partenariat entre les CPAM et les départements et, en ce qui concerne les actions de planification et d'éducation familiales, les interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse et le dépistage et le traitement des maladies transmissibles par voie sexuelle, l'article 10 de la même convention. *Cette convention est annexée à la [lettre-réseau DDGOS-107/2010 du 28 décembre 2010](#).*)

Le paiement de la participation de la caisse est effectué directement au service départemental de PMI.

1.2 Le tiers payant lié au statut du bénéficiaire

1.2.1 Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC)

1.2.1.1 Pendant le bénéfice de la CMUC

Les bénéficiaires de la CMUC, sur présentation de leur carte vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne ou de l'attestation CMU, sont dispensés de faire l'avance des frais, part obligatoire et part complémentaire, même lorsqu'ils ne s'inscrivent pas dans le cadre du parcours de soins coordonnés (*) pour tous les soins qui leur sont prodigués. ([Articles L. 861-1, L. 861-3 et D. 861-2 du Code de la sécurité sociale](#).) Ces dispositions concernent tous les professionnels de santé, à l'exception des médecins non conventionnés. (*Au sujet des modalités pratiques de mise en œuvre de la procédure de tiers payant coordonné voir, notamment, les circulaires :*

- [CABDIR n° 15/1999 du 21 décembre 1999](#),
- [DDRI/AC n° 88/34/2000 du 13 juillet 2000](#),
- [CABDIR/AC n° 15/52/2000 du 5 décembre 2000](#)).

() Dans ce cas, la dispense ne devrait être accordée que sur la seule part obligatoire, mais le décret d'application n'étant pas paru cette disposition n'est pas applicable. (Le montant restant à charge du fait de la modulation du ticket modérateur en raison du non respect du parcours de soins ne pourra pas être retenu sur les honoraires du professionnel qui respecte les tarifs opposables.)*

IMPORTANT : en ce qui concerne les substituts nicotiques, la pratique du tiers payant est exclue (cf. [LR CABDIR-1/2007 du 26 janvier 2007](#)) de même qu'en cas de refus de la délivrance d'un médicament générique, sauf dans les groupes génériques soumis au tarif forfaitaire de responsabilité ou lorsqu'il existe des génériques commercialisés dans le groupe dont le prix est supérieur ou égal à celui du princeps. Cette disposition ne s'applique pas non plus dans les cas pour lesquels la substitution est incompatible avec l'intérêt du patient sur avis du médecin (cf. [article L. 162-16-7 du Code de la sécurité sociale](#)).

1.2.1.2 A la « sortie » du dispositif CMUC

Les personnes qui ne bénéficient plus de la CMUC peuvent prétendre à la dispense d'avance des frais, pour toutes les dépenses de santé, pendant une année, mais uniquement pour la part obligatoire (sauf si elles sont en mesure de présenter une « attestation tiers payant » établie par l'organisme complémentaire qu'elles auraient choisi). [Article L. 861-3 du Code de la sécurité sociale.](#)

La caisse remet, pour ce faire, aux intéressés un imprimé portant la mention « Attestation tiers payant – part obligatoire » à présenter aux professionnels de santé.

Nota bene : le tiers payant pour les bénéficiaires de l'aide pour une complémentaire santé (ACS) relève du tiers payant conventionnel – cf., à cet égard, § 2.1.1, infra.

1.2.2 Les bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat (AME)

Les bénéficiaires de l'AME, sur présentation de la carte d'admission remise par la caisse, sont dispensés de faire l'avance des frais (part obligatoire et part complémentaire de façon systématique, puisqu'ils ne sont pas concernés par le dispositif du médecin traitant – nota bene : contrairement aux bénéficiaires de la CMUC, ils ne disposent pas du panier de biens et les dépassements des tarifs de responsabilité demeurent à leur charge) pour les prestations mentionnées aux [1°, 2°, 3°, 4° et 6° de l'article L. 321-1](#) et à [l'article L. 331-2 du Code de la sécurité sociale.](#) ([Articles L. 251-1 à L. 253-4 du Code de l'action sociale et des familles.](#))

Ces dispositions concernent tous les professionnels de santé, à l'exception des médecins non conventionnés.

IMPORTANT : en ce qui concerne les substituts nicotiques, la pratique du tiers payant est également exclue (cf. [LR CABDIR-1/2007 du 26 janvier 2007](#)).

Remarque : la loi de finances pour 2010 prévoit que certaines prestations ne puissent plus être prises en charge pour les personnes majeures. Elle dispose ainsi que pourront être exclus les frais mentionnés aux 1° et 2° de l'article L. 321-1 précité, pour lesquels le service médical n'a pas été qualifié de moyen ou d'important ou lorsqu'ils ne seront pas destinés directement au traitement ou à la prévention de la maladie. Sont ainsi exclus de la prise en charge par l'AME, telle que prévue au 1° de l'article L. 251-2 :

- *les frais relatifs aux cures thermales définis à l'article R. 322-14 du Code de la sécurité sociale,*
- *les actes techniques et les examens de biologie médicale spécifiques à l'assistance médicale à la procréation, mentionnés dans la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du Code de la sécurité sociale,*
- *les médicaments et produits relevant respectivement des articles L. 162-17 et L. 165-1 du même code et nécessaires à la réalisation des actes et examens définis dans le paragraphe précédent. ([Article R. 251-1 du Code de l'action sociale et des familles.](#))*

1.2.3 Les sapeurs pompiers volontaires

Depuis l'entrée en vigueur du [décret n° 85-327 du 12 mars 1985](#), les frais occasionnés par les accidents survenus ou les maladies contractées en service commandé par les sapeurs pompiers volontaires, affiliés au régime général au titre de leur activité principale, sont pris en charge dans le cadre de l'assurance maladie.

Au termes de [l'article 2 de la loi n° 91-1389 du 31 décembre 1991](#), le Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS) du département dans lequel le sapeur pompier exerce habituellement ses fonctions, ou l'organisme délégué au titre de [l'article 3 du décret n° 92-620 du 7 juillet 1992](#), règle directement les professionnels de santé du montant des prestations calculé selon les tarifs applicables en matière d'assurance maladie et sollicite ensuite le remboursement des sommes engagées auprès de la CPAM, dont relève le sapeur pompier.

Ainsi, les prestataires mentionnés ci-dessus ne peuvent demander le règlement d'aucuns honoraires au sapeur pompier qui présente une feuille d'accident (remise par le SDIS), hormis les dépassements autorisés des tarifs (cf. article 2 de la loi précitée, dernier alinéa).

Remarque : ce système se rapproche du tiers payant délégué (cf. § 1.4, infra), mais n'a pas la même origine.

1.3 Le tiers payant lié à la nature de l'assurance

La législation sur les accidents du travail prévoit le système de la dispense d'avance des frais pour les victimes d'un accident du travail ou pour les assurés qui ont contracté une maladie professionnelle. ([Articles L. 431-1 et L. 432-1 du Code de la sécurité sociale](#).) Les dépassements de tarifs ne sont pas pris en compte. Les intéressés doivent présenter aux professionnels de santé la feuille d'accident du travail, délivrée par l'employeur (ou par la caisse, en cas de renouvellement), ou de maladie professionnelle, établie par la caisse (référence S6201).

1.4 Le tiers payant délégué

Dans ce système, c'est un organisme tiers ayant reçu délégation d'un assuré qui règle les professionnels de santé et réclame ensuite à la caisse de sécurité sociale, dont relève l'assuré, le remboursement des frais exposés. Cet organisme peut être une mutuelle, une compagnie d'assurance ou un établissement hospitalier. Ce dispositif ne peut s'appliquer que si une convention bilatérale a été passée entre l'organisme tiers et le professionnel de santé. (Article L. 322 -1 du Code de la sécurité sociale.)

Remarque : ce type de tiers payant tend à disparaître avec le développement de la « télétransmission ».

2 Le tiers payant conventionnel

Il s'appuie sur les conventions signées entre les professions de santé et les caisses d'assurance maladie. Si les parties rappellent que le paiement direct reste le principe de facturation, la caisse remboursant alors à l'assuré la part qui correspond au montant dû par l'assurance maladie, elles observent que la possibilité de proposer aux assurés sociaux d'être dispensés de l'avance des frais favorise l'accès aux soins.

Ainsi, au-delà des cas particuliers pour lesquels le législateur a rendu obligatoire le dispositif du tiers payant (cf., chapitre 1, supra), les parties conventionnelles ont souhaité, pour les assurés dont les revenus sont les plus modestes ou pour ceux qui sont confrontés, du fait de leur état de santé, à des dépenses de soins importantes, promouvoir le dispositif du tiers payant.

2.1 Le tiers payant accordé par les médecins

[La Convention médicale, signée le 26 juillet 2011](#) (approuvée par l'arrêté du 22 septembre 2011, publié au J.O. du 25 septembre 2011), prévoit différentes procédures, détaillées ci-après :

2.1.1 Le tiers payant social pour les bénéficiaires de l'aide pour une complémentaire santé (ACS)

Les assurés pouvant prétendre au dispositif de l'ACS, en vertu de [l'article L. 863-1 du Code de la sécurité sociale](#), sont dispensés, sous réserve qu'il présentent l'attestation de tiers payant social, remise par la caisse d'assurance maladie, de l'avance des frais pour les soins réalisés dans le cadre du parcours de soins coordonnés par le médecin traitant, le ou les médecins correspondants et les médecins en accès spécifique (article 5 de la Convention du 26 juillet 2011).

Cette dispense d'avance des frais est consentie sur la seule part des remboursements qui correspond à la prise en charge des régimes d'assurance maladie obligatoire.

2.1.2 Le tiers payant pour certains actes et coefficients

Les médecins amenés à facturer des actes particulièrement coûteux, inscrits dans la Classification commune des actes médicaux (CCAM), pratiquent la dispense d'avance des frais au profit des assurés sociaux. Cette dispense s'applique aux actes de spécialités dont le coefficient ou le tarif est égal ou supérieur à celui visé à [l'article R. 322-8 du Code de la sécurité sociale](#), c'est-à-dire aux actes affectés d'un coefficient égal ou supérieur à 60 ou d'un tarif égal ou supérieur à 120 euros (article 6 de la Convention du 26 juillet 2011).

Cette exigence de seuil est supprimée pour les malades exonérés du ticket modérateur.

2.1.3 Le tiers payant dans le cadre de la permanence des soins

Dans le cadre d'une intervention du médecin d'astreinte à la suite de la demande du médecin chargé de la régulation ou du centre d'appel de l'association de permanence des soins, le patient bénéficie de plein droit d'une dispense d'avance des frais (article 7 de la Convention du 26 juillet 2011). *(pour la mise en œuvre du protocole national relatif à la permanence des soins se reporter à la [circulaire CNAMTS-DDRI/71/2002 du 3 mai 2002](#).)*

La dispense d'avance des frais est accordée sur la seule part des remboursements qui correspond à la prise en charge des régimes d'assurance maladie obligatoire.

2.1.4 Le tiers payant pour les patients ayant choisi le médecin référent comme médecin traitant

Les assurés qui avaient choisi leur médecin référent comme médecin traitant continuent de bénéficier de la dispense d'avance des frais qui leur était accordée dans ce cadre (article 8 de la convention du 26 juillet 2011). *(pour mémoire : aucune nouvelle adhésion à l'option conventionnelle « médecin référent » n'a été prise en compte par les caisses au-delà du 12 février 2005 – cf., à cet égard, la [lettre-réseau MPS/8/2005 du 18 mars 2005](#).)*

2.1.5 Le tiers payant dans le cadre des expérimentations agréées

La procédure de dispense d'avance des frais s'applique aux assurés qui entrent dans le cadre des expérimentations définies à l'article L. 162-31 du Code de la sécurité sociale, lorsque celles-ci le prévoient et dans les conditions qu'elles déterminent (article 10 de la Convention du 26 juillet 2011).

2.1.6 Le tiers payant pour la délivrance des médicaments et de certains dispositifs médicaux effectuée par les médecins pharmaciens.

Afin de pallier l'absence d'officine dans certaines communes, [l'article L. 4211-3 du Code de la santé publique](#) prévoit que les médecins, qualifiés de pharmaciens, peuvent être autorisés par l'agence régionale de santé à délivrer, aux personnes auxquelles ils donnent des soins, les médicaments et certains dispositifs médicaux - la liste est fixée par arrêté - nécessaires à la poursuite du traitement qu'ils ont prescrit (article 11 de la Convention du 26 juillet 2011. Voir aussi la [circulaire CNAMTS-DDRI/24/2001 du 8 février 2001](#)).

Dans ce cadre, les médecins ainsi habilités peuvent adhérer à des conventions locales leur permettant de pratiquer la dispense d'avance des frais au profit des assurés pour la seule part des remboursements qui correspond à la prise en charge des régimes d'assurance maladie obligatoire. *(Les conventions locales doivent être conformes à la convention type approuvée par le Conseil d'administration de la CNAMTS le 28 novembre 2000. Voir la [circulaire CNAMTS-DDRI/24/2001 susmentionnée](#).)*

2.1.7 Accords locaux spécifiques

Des accords locaux peuvent être conclus entre les caisses et les organisations syndicales signataires de la Convention pour ouvrir la procédure de dispense d'avance des frais à des cas non inscrits dans la Convention et pour lesquels la mise en place d'une telle mesure pourrait être un facteur d'amélioration significatif de l'accès aux soins (article 9 de la Convention du 26 juillet 2011).

Dans le même esprit, au-delà des cas décrits ci-dessus, les parties conventionnelles conviennent de permettre ponctuellement, pour les assurés qui le nécessiteraient, la dispense d'avance des frais selon l'appréciation du médecin traitant (dernier § du sous-titre 3 de la Convention du 26 juillet 2011).

Remarque : pour les actes médicaux réalisés en établissement de santé visé au « d » de l'article L. 162-22-6 du Code de la sécurité sociale, dans le cadre d'une hospitalisation avec ou sans hébergement, l'ensemble des actes dispensés ainsi que le montant des honoraires sont inscrits sur un formulaire appelé « bordereau de facturation » (référence S3404).

Lorsque le médecin opte pour la dispense d'avance des frais, la part garantie par la caisse peut être versée selon son choix :

- *soit globalement à un médecin désigné par ses confrères ou à une société de médecins ou à un groupement de médecins exerçant dans l'établissement.*
- *soit individuellement à chaque médecin (article 59, 1^{er} § de la Convention du 26 juillet 2011).*

2.2 Le tiers payant accordé par les pharmaciens

Il est régi par l'article 36 de la Convention nationale signée le 4 avril 2012 (approuvée par l'arrêté du 4 mai 2012, publié au J.O. du 6 mai 2012). *Nota bene : le tiers payant pharmaceutique trouve son origine dans la loi (cf., 4^e de l'article L. 162-16-1 du Code de la sécurité sociale qui renvoie à la Convention). Toutefois, pour des raisons de logique et de clarté de l'exposé, il nous a paru plus judicieux de présenter ce dispositif ici*

La présente Convention permet au pharmacien de pratiquer la dispense d'avance des frais au profit des assurés sociaux sans autre condition ayant trait à la catégorie du bénéficiaire ou à un seuil minimal de facturation pour tous les produits et prestations inscrits sur la Liste des produits et prestations remboursables (LPPR). Pour leur part, les caisses n'instituent pas de seuil minimal de déclenchement du règlement des prestations dues au pharmacien.

Lorsqu'il applique la procédure du tiers payant, le pharmacien vérifie l'ouverture du droit aux prestations de l'assuré au vu de la carte d'assurance maladie dite « Vitale ». A titre exceptionnel, pour les seules personnes qui n'ont pas la possibilité de présenter leur carte Vitale, le pharmacien vérifie les droits sur la base de l'attestation de droit sur support papier (l'appréciation de la justification de l'ouverture des droits s'effectue à la date de la facturation des produits de santé).

En outre, l'article 65 de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2006 dispose que la dispense d'avance des frais, totale ou partielle, consentie à l'assuré est subordonnée, à compter du 1^{er} juillet 2007, à la vérification préalable par les pharmaciens d'officine, lors de leur facturation :

- de la non-inscription de la carte de l'assuré sur la liste d'opposition mentionnée à [l'article L. 161-31 du Code de la sécurité sociale](#),
- du respect de l'ensemble des conditions auxquelles est soumise la prise en charge des prestations délivrées au regard des articles [L. 162-17](#), [L. 165-1](#) et [L. 324-1](#) du même code.

IMPORTANT :

- a) en ce qui concerne les substituts nicotiques, la pratique du tiers payant est exclue (cf. LR CABDIR-1/2007 du 26 janvier 2007).
- b) en ce qui concerne les médicaments génériques, la CNAMTS et les trois syndicats représentatifs des pharmaciens d'officine (FSPF, USPO et UNPF) ont décidé, à l'occasion de la conclusion de l'avenant n° 6 à l'Accord national portant sur la délivrance de ces médicaments, de renforcer le dispositif « tiers payant contre générique ».

L'un des principes de ce renforcement se traduit par la généralisation effective et une application stricte du dispositif à l'ensemble du territoire.

Ainsi, seules les dérogations légales sont admises et en cas de refus de la délivrance d'un médicament générique, sauf dans les groupes génériques soumis au tarif forfaitaire de responsabilité ou lorsqu'il existe des génériques commercialisés dans le groupe dont le prix est supérieur ou égal à celui du princeps, la pratique du tiers payant est exclue.

Cette disposition ne s'applique pas non plus dans les cas pour lesquels la substitution est incompatible avec l'intérêt du patient sur avis du médecin (dans ce cas, le tiers payant ne doit être maintenu que lorsque le prescripteur a apposé, uniquement pour le médicament pour lequel il ne souhaite pas la substitution et non pour l'ensemble de l'ordonnance, la mention « non substituable »). (Cf., l'article L. 162-16-7 du Code de la sécurité sociale et l'Avenant n° 6 publié par l'arrêté du 4 mai 2012 – J.O. du 6 mai 2012).

2.3 Le tiers payant accordé par les directeurs de laboratoire privé d'analyses médicales

Il est régi par l'article [6.2 de l'avenant du 16 janvier 2004 à la Convention nationale](#) (approuvée par [l'arrêté du 30 septembre 1994, publié au J.O. du 14 octobre 1994](#)), [reconduite le 11 avril 2004](#).

La dispense d'avance des frais, pour la part obligatoire garantie par l'assurance maladie, est accordée aux assurés exonérés du ticket modérateur et à ceux qui se trouvent dans toutes autres situations définies conventionnellement ou par la législation en vigueur.

Cette disposition vise les frais d'analyse et les examens de laboratoires, ainsi que les frais accessoires.

Les partenaires conventionnels locaux s'interdisent de pratiquer toute autre forme de dispense d'avance des frais, sauf accord des parties signataires nationales pour tenir compte des situations particulières.

Le directeur de laboratoire est tenu de vérifier l'ouverture des droits aux prestations de l'assuré au vu de sa carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne.

Remarque : pour les actes de biologie médicale effectuée au cours d'une hospitalisation dans un établissement de santé privé conventionné, les honoraires sont inscrits sur un document (référence S3404) regroupant l'ensemble des actes concernant le malade. La part garantie par la caisse peut être versée, selon le choix du directeur :

- *ou globalement à un praticien, exerçant dans l'établissement, désigné par l'ensemble des dispensateurs de soins.*
- *ou individuellement, à chaque directeur de laboratoire.*

2.4 Le tiers payant accordé par les chirurgiens-dentistes

2.4.1 Pour tous les soins dentaires

Il est régi par [l'article 4.2.2 de la Convention nationale des 11 et 19 mai 2006](#) (approuvée par [l'arrêté du 14 juin 2006, publié au J.O. du 18 juin 2006](#)).

En dehors des cas de dispenses d'avance des frais légaux (cf., chapitre 1, supra et, en particulier, le § 1.1.2.2), le chirurgien-dentiste accorde aussi le bénéfice du tiers payant à ses patients titulaires d'une pension militaire accordée au titre de [l'article L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre](#).

Dans des cas exceptionnels justifiés par une situation sociale particulière, le chirurgien-dentiste peut être amené à accepter une dispense d'avance des frais dans les conditions prévues par les protocoles d'accord locaux (ces protocoles doivent prendre en compte la situation du patient appréciée par le praticien dispensateur des soins et un contrôle strict d'utilisation de cette procédure).

Remarque : pour les actes dentaires effectués au cours d'une hospitalisation dans un établissement de santé, la part garantie par la caisse peut être versée, quand le chirurgien opte pour la dispense d'avance des frais, selon son choix :

- soit à un praticien de l'établissement qu'il a désigné,
- soit à lui-même.

2.4.2 Pour l'examen bucco-dentaire de prévention

Il est régi par le Titre 1^{er} de la Convention précitée.

L'examen s'adresse aux enfants ou adolescents âgés de 9, 15 et 18 ans (*pour les enfants âgés de 6 et 12 ans, se reporter au § 1.1.2.2 supra*). Le bénéficiaire dispose de six mois, à compter de la date de son anniversaire, pour réaliser cet examen (dans la pratique, afin de favoriser la réussite du dispositif de prévention, ce délai est porté à douze mois pour les patients ayant « consommé » des soins l'année précédente).

Le chirurgien-dentiste ne peut pas facturer de dépassements d'honoraires.

ATTENTION : la dispense d'avance des frais ne concerne que l'examen de prévention et non, contrairement aux enfants âgés de 6 et 12 ans, les soins préconisés et réalisés à la suite dudit examen (cf. [circulaire CNAMTS n° 59/2006 du 15 décembre 2006](#)).

2.5 Le tiers payant accordé par les sages-femmes

Il est régi par [l'article 3.4.5-B de la Convention nationale du 11 octobre 2007 \(approuvée par l'arrêté du 10 décembre 2007, publié au J.O. du 19 décembre 2007\)](#).

En dehors des cas de dispenses d'avance des frais légaux (cf., chapitre 1, supra), la sage-femme libérale peut accepter, dans des cas exceptionnels justifiés par des situations sociales particulières, le paiement différé de ses honoraires par la caisse d'assurance maladie. Cette procédure est laissée à son appréciation.

La sage-femme ne peut pas, lorsqu'elle utilise cette procédure, appliquer les dispositions de la convention concernant les dépassements (DE et DD).

Pour bénéficier de cette procédure, la patiente doit présenter sa carte vitale ou son attestation de droit.

En l'absence d'ouverture des droits aux prestations, l'organisme d'assurance maladie en avise la sage-femme et la patiente. Il restitue le dossier de la patiente à la sage-femme.

En l'absence d'exonération du ticket modérateur constatée lors de la liquidation, la caisse règle la part due par l'assurance maladie à la sage-femme. Le recouvrement de la participation de l'assuré est laissé à la diligence de la sage-femme.

Remarque : pour les actes effectués dans un établissement de santé privé ne participant pas au service public hospitalier, lorsque ce type de structure fait appel à des professionnels de santé exerçant à titre libéral, à l'exclusion des soins externes, l'ensemble des actes réalisés ainsi que le montant correspondant aux honoraires sont inscrits sur un bordereau de facturation (référence S3404).

Quand la sage-femme opte pour la dispense d'avance des frais, la part garantie par la caisse peut être versée, selon son choix :

- soit globalement à un praticien ou un groupement de praticiens exerçant dans l'établissement, désignés par l'ensemble des dispensateurs de soins,*
- soit individuellement à la sage-femme.*

2.6 Le tiers payant accordé par les auxiliaires médicaux

Les différentes conventions, signées entre les représentants des auxiliaires médicaux et l'UNCAM (ou la CNAMTS, selon le moment), sont rédigées de façon quasiment identiques à la Convention des sages-femmes en ce qui concerne les dispositions relatives au tiers payant (celui-ci, hormis les dispenses légales d'avance de frais, étant accordé, à titre exceptionnel, dans le cas de situations sociales particulières appréciées par le professionnel). Aussi, ne seront-elles citées ici que pour mémoire, excepté quand un élément nouveau méritera d'être développé.

2.6.1 Les infirmiers

Cf. article 5.2.7 de la [Convention nationale du 22 juin 2007 \(approuvée par l'arrêté du 18 juillet 2007, publié au J.O. du 25 juillet 2007\)](#).

Voir § 2.5 supra.

2.6.2 Les masseurs-kinésithérapeutes

Cf. article 3.3.6-b de la Convention nationale du 3 avril 2007 (approuvée par l'arrêté du 10 mai 2007, publié au J.O. du 16 mai 2007).

La procédure de dispense d'avance des frais ne peut être mise en œuvre que pour les actes effectués à l'occasion d'un traitement dont le coût total est au moins égal à celui de 30 AMK (il s'agit d'un seuil financier).

Pour le reste, voir § 2.5 supra.

2.6.3 Les orthoptistes

Cf. article 5.2.b et annexe II de la [Convention nationale \(approuvée par l'arrêté du 7 juillet 1999, publié au J.O. du 5 août 1999\)](#).

Le tiers payant ne peut être appliqué que pour les actes (AMY) donnant lieu à remboursement à 100 %.

Pour le reste, voir § 2.5 supra.

2.6.4 Les orthophonistes

Cf. article 5.2.b et annexe II de la [Convention nationale \(approuvée par l'arrêté du 31 décembre 1996, publié au J.O. du 9 janvier 1997\)](#).

Le tiers payant ne peut être appliqué que pour les actes (AMO) donnant lieu à remboursement à 100 %.

Pour le reste, voir § 2.5 supra.

2.6.5 Les pédicures-podologues

Cf. article 1.4.3 de la [Convention nationale du 18 décembre 2007 \(approuvée par l'arrêté du 24 décembre 2007, publié au J.O. du 29 décembre 2007\)](#).

La procédure du tiers payant, laissée à l'appréciation du professionnel, s'applique même en l'absence de situation sociale particulière.

Pour le reste, voir § 2.5 supra.

2.6.6 Les opticiens

Cf. article 19 de la [Convention nationale conclue le 14 octobre 2003](#).

L'opticien peut faire bénéficier l'assuré de la dispense d'avance des frais, sous réserve que ce dernier présente sa carte Vitale ou l'attestation papier délivrée en même temps et certifiant l'ouverture des droits. (*Prestations inscrites au chapitre 2 du titre II de la LPP.*)

2.6.7 Les audioprothésistes

Cf. article 7 de la [Convention type régionale \(approuvée par l'arrêté du 13 août 1992, publié les 24 et 25 août 1992\)](#).

Idem opticien (Cf. § 2.6.6 ci-dessus), mais pour appareils correcteurs de surdité – Prestations inscrites au chapitre 3 du titre II de la LPP.

2.6.8 Les podo-orthésistes, les ocularistes, les épithésistes et les orthoprothésistes

Cf. article 19 de la [Convention nationale conclue le 19 décembre 2003 et l'avenant n° 1 du 4 avril 2011](#).

Idem opticien (Cf. § 2.6.6 ci-dessus), mais pour appareils inscrits aux chapitres 5, 6 et 7 du titre II de la LPP.

2.6.9 Les fournisseurs

Cf. article 26 de la [Convention nationale conclue le 7 août 2002](#).

Idem opticien (Cf. § 2.6.6 ci-dessus), mais pour prestations inscrites aux titres I et IV de la LPP.

2.7 Le tiers payant accordé par les transporteurs sanitaires privés prévus à l'article L.322-5-2 du Code de la sécurité sociale

Il est régi par les [articles 4 et 5 de la Convention nationale \(publiée au J.O. du 23 mars 2003\)](#).

L'assuré peut, sur sa demande, être dispensé de l'avance des frais dus au titre des transports par ambulance, dans la limite de la participation des organismes d'assurance maladie au remboursement desdits frais.

La participation de l'assuré (ticket modérateur), versée au prestataire de transports sanitaires terrestres par ambulance, est calculée sur la base des tarifs fixés par la Convention nationale (cf., à cet égard, l'annexe tarifaire à la Convention).

Remarque : ces dispositions sont exclusives des prestations complémentaires – détour demandé, attente, immobilisation du personnel ... -, exigées par l'assuré et restant à sa charge, mentionnées à l'article 9 de la Convention.

Le transporteur sanitaire ne pourra mettre en œuvre la procédure de dispense d'avance des frais que pour les transports sanitaires par ambulance pris en charge par l'assurance maladie conformément à la réglementation en vigueur.

Pour bénéficier de cette procédure, l'assuré doit obligatoirement justifier :

- de son appartenance à un régime d'assurance maladie, notamment par la présentation de sa carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne,
- d'une prescription médicale dûment remplie attestant que son état de santé justifie l'usage du moyen de transport sanitaire par ambulance,
- de l'accord préalable de la caisse, le cas échéant.

IMPORTANT : il est admis, dans la pratique, en l'absence de texte, que les dispositions décrites ci-dessus s'appliquent aussi quand les assurés utilisent comme moyen de transport un véhicule sanitaire léger (VSL).

2.8 Le tiers payant accordé par les entreprises de taxis

Il est régi [par l'article 7 et l'annexe 4 de la Convention nationale type \(publiée au J.O. du 23 septembre 2008\)](#).

Sont dispensés de l'avance des frais les assurés bénéficiant d'un droit à l'application d'une telle dispense en application de la loi (cf., chapitre 1, supra).

Les entreprises de taxi peuvent également accorder la dispense d'avance des frais dans des cas ne résultant pas d'une obligation légale. Les conditions sont définies localement par les parties signataires (CPAM et entreprises de taxis).

3 LES SITUATIONS PARTICULIERES

3.1 La délivrance d'allergènes préparés pour un seul individu

L'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) peut autoriser des personnes à délivrer des allergènes préparés spécialement pour un seul individu (APSI). ([Article L. 4211-6 du Code de la santé publique](#)).

Les laboratoires habilités produisent des extraits allergéniques utilisés dans le diagnostic et le traitement de l'allergie.

A ce jour, en France, deux laboratoires exercent cette activité spécifique de fabrication et de délivrance des allergènes : le laboratoire STALLERGENES et le laboratoire ALK-ABELLO (anciennement ALLERBIO).

Ces laboratoires ont obtenu la conclusion d'un accord avec la CNAMTS visant à faire bénéficier les assurés de la dispense d'avance des frais (cf., à cet égard, la [circulaire CNAMTS n° 127/2004 du 19 octobre 2004 et l'accord-type annexé](#)).

Cette dispense couvre les prestations afférentes à la délivrance des ASPI et est applicable pour la seule part des remboursements correspondant à la prise en charge du régime général.

Pour en bénéficier, l'assuré doit justifier de son droit aux prestations.

3.2 Le suivi de l'examen de santé

Sous la responsabilité du Médecin Directeur, le centre d'exams de santé invite le patient, chez lequel aura été décelé une anomalie, une maladie ou un risque élevé, à consulter son praticien habituel.

Un acte particulier, le « SES » (suite examen de santé), non inscrit à la nomenclature, financé au titre des dépenses d'assurance maladie, rémunéré sur la base d'une Cx1,5, est pris en charge à 100 %, sans avance de frais pour le patient. Les honoraires du médecin sont réglés directement par la caisse d'affiliation du malade.

Un deuxième acte peut être réalisé dans les six mois qui suivent la date du premier, selon les mêmes modalités. (Voir la [circulaire CNAMTS/ENSM n° 1008/85 du 29 octobre 1985](#).)

3.3 Les assurés hospitalisés en urgence dans les hôpitaux universitaires de Genève (HUG)

La Convention nationale, qui a remplacé, à compter du 1^{er} février 2010, le protocole d'accord local conclu entre les CPAM de l'Ain et de la Haute Savoie et l'Hôpital universitaire de Genève, permet aux assurés transférés dans les HUG de bénéficier du tiers payant.

Seuls les ressortissants des régimes français, dont le droit aux prestations en nature est ouvert, et des régimes relevant de l'Espace Economique Européen (EEE) et des pays tiers avec lesquels la France a conclu une convention bilatérale de sécurité sociale peuvent se prévaloir de ces dispositions.

Cette convention est applicable aux personnes dont l'état de santé nécessite une hospitalisation d'urgence dans les services de médecine, chirurgie, obstétrique et soins intensifs des HUG et/ou motivée par une situation qui ne pourrait trouver de réponse dans les établissements français sans mettre en jeu le pronostic vital. ([Voir la lettre-réseau DDGOS-30/2010 du 22 avril 2010 et article 6 de la Convention](#).)

Remarque : d'autres conventions transfrontalières existent, en particulier avec la Belgique. Leur liste sera publiée ultérieurement.

ANNEXE 3 : LES ACCORDS LOCAUX DE TIERS PAYANT

Commission Paritaire Locale	Date de saisine	Date de passage en CPN	Contenu	Avis	Motif	Date de notification
ESSONNE		20-janv.-12	<p>Cet accord local précise :</p> <ul style="list-style-type: none"> - que la DAF s'applique sur la part obligatoire - les modalités de facturation en DAF (nécessité de la Carte Vitale) - les modalités de retour des dossiers de facturation vers le médecin en cas d'absence d'ouverture des droits de l'assuré afin que celui puisse réclamer les honoraires non perçus auprès de l'assuré. <p>Il prévoit pour terminer une procédure d'avertissement vis-à-vis du médecin qui ne respecterait pas le caractère exceptionnel du recours à la DAF (avec information de la CPL) ou les modalités de facturation ; cette procédure pouvant aboutir, en cas de récurrence après l'avertissement, à un retrait du droit de pratiquer la DAF dans ce cadre.</p>	Défavorable	Ne répond pas aux dispositions de l'article 9 de la convention qui prévoit que les accords locaux ont pour objet d'ouvrir les cas de dispense d'avance par rapport à ceux inscrits dans la convention. En l'espèce, les membres de la CPN estiment que l'accord local présenté restreint les modalités de DAF définies dans la convention.	
HAUTS-DE-SEINE	08-févr.-12	16-févr.-12	<p>Cet accord local précise les cas où la DAF pourrait s'appliquer systématiquement (pas de caractère obligatoire mais aide à la décision) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les personnes âgées de plus de 75 ans - les personnes atteintes d'une ALD - les personnes âgées de plus de 65 ans ayant recours à un médecin de garde sans passer par le centre 15 de régulations des appels - les titulaires de l'allocation adulte handicapé, ou d'une rente AT supérieure à 66 % - les titulaires d'une pension d'invalidité - les titulaires du RSA. <p>Il prévoit que le bénéfice de la DAF est subordonné au contrôle préalable de l'ouverture des droits via la Carte Vitale (ou à titre dérogatoire l'attestation d'ouverture des droits). Parallèlement est mis en place par la CPL un suivi du dispositif sur la pratique de la DAF et sur l'évolution de la consommation des assurés sociaux.</p>	Favorable	Répond aux dispositions de l'article 9 de la convention.	17-févr.-12

GARD	03-avr.-12	21-juin-12	<p>Dans ce cadre, cet accord local précise les cas où la DAF doit être préconisée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour les jeunes de 18 à 25 ans étant dans au moins une des situations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> o étudiants, o stagiaires, o sans emploi o en absence de couverture complémentaire, - et ponctuellement (à l'appréciation du médecin) pour les personnes : <ul style="list-style-type: none"> o en situation de perte d'emploi, o en absence de couverture complémentaire. <p>La CPAM s'engage parallèlement à mettre en place un parcours attentionné à destination des personnes. Un suivi du dispositif de tiers payant sera mis en place via la CPL.</p> <p>L'accord prévoit également la mise en place d'un suivi particulier des praticiens recourant abusivement à la DAF (soit en dehors des cas prévue par la convention et le protocole) avec possibilité d'entendre les médecins en CPL réunie en sous commission,</p>	Favorable	Répond aux dispositions de l'article 9 de la convention.	16-juil.-12
ORNE	04-avr.-12	21-juin-12	<p>Cet accord local précise que la DAF peut être accordée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans des cas justifiés par la situation sociale et/ou l'état de santé du patient apprécié par le seul dispensateur des soins, - dans le cadre du parcours de soins par le médecin traitant, le médecin correspondant et le médecin en accès direct spécifique). <p>La DAF s'applique sur la part obligatoire (sauf accord particulier au niveau national avec les organismes complémentaires)</p> <p>Dans le cadre de la DAF, le médecin s'engage à pratiquer les tarifs conventionnels.</p> <p>L'accord prévoit que le bénéfice de la DAF est subordonné au contrôle préalable de l'ouverture des droits du patient via la Carte Vitale ou Espace Pro. Il réaffirme l'engagement de la caisse d'assurer la garantie de paiement, en DAF, sur la part obligatoire des actes facturés via la FSE sur la base des informations présentes dans la Carte Vitale au jour de la facturation.</p> <p>Cet accord prévoit une information régulière de la CPL par la caisse des conditions d'application du dispositif.</p>	Favorable	Répond aux dispositions de l'article 9 de la convention.	17-juil.-12

SEINE MARITIME	19-juil.-12	20-sept.-12	<p>Cet accord local étend aux assurées sociales et aux ayants-droit majeures le bénéfice de la DAF pour le règlement des soins relatifs à la pratique d'une IVG médicamenteuse réalisée en ville par des médecins généralistes ou spécialistes libéraux conventionnés ayant signé une convention avec un établissement public ou privé autorisé à pratiquer des IVG (actes concernés inclus dans le forfait : les consultations pour le recueil du consentement, la prise de mifépristone, prise de misoprostol, de contrôle, et le prix des médicaments soit un montant de 191,74€ pris en charge à 70 % par l'AMO).</p> <p>Il prévoit que le bénéfice de la DAF est subordonné au contrôle préalable de l'ouverture des droits via la Carte Vitale (ou à titre dérogatoire l'attestation d'ouverture des droits) et s'appliquerait sur la part remboursable par les régimes obligatoires d'Assurance Maladie.</p> <p>Il précise qu'un suivi de la pratique de la DAF en lien avec la pratique de l'IVG médicamenteuse réalisée en ville et l'évolution du nombre d'IVG médicamenteuses réalisées dans ce cadre sera effectué périodiquement.</p>	Favorable	Répond aux dispositions de l'article 9 de la convention.	24-sept.-12
PUY-DE-DÔME	05-juin-12	08-nov.-12	<p>Cet accord local vise à étendre la dispense d'avance des frais aux assurés et bénéficiaires relevant d'une situation financière ou sociale difficile pour les actes cliniques et techniques réalisés par leur médecin traitant ou le médecin assurant la continuité des soins (généralistes ou spécialistes).</p>	Favorable	Répond aux dispositions de l'article 9 de la convention.	12-nov.-12
VENDEE	07-juin-12	08-nov.-12	<p>Cet accord vise à faciliter l'accès aux soins et le suivi des femmes enceintes et des enfants au cours de la période de surveillance post natale.</p> <p>La dispense d'avance des frais pourra être appliquée pour les soins réalisés, par les médecins conventionnés (actes cliniques et techniques) exerçant en Vendée, auprès des femmes à partir du 6° mois de grossesse et des enfants jusqu'à leur 6eme anniversaire (consultations de surveillance de l'enfant prévues à l'article L. 2132-2 CSP) et dont les droits à l'assurance maladie obligatoire sont ouverts.</p>	Favorable	Répond aux dispositions de l'article 9 de la convention.	12-nov.-12

ALLIER	09-juin-12	20-déc.-12	<p>Ce projet de DAF viserait à permettre la dispense d'avance des frais pour les actes effectués par les médecins traitants ou correspondants dans le cadre du parcours de soins coordonnés aux assurés et ayants droit résidant dans le département et affiliés auprès des CPAM et MSA de l'Allier ou du RSI Auvergne. Il s'appliquerait pour les assurés dont les conditions de vie et la situation sociale, d'une part, et la nature, la fréquence et le coût des soins nécessités par leur état de santé, d'autre part, sont tels qu'ils pourraient constituer un obstacle à leur accès aux soins en cas d'application du principe de règlement direct des honoraires et en particulier pour les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les femmes enceintes pour les consultations et actes recommandés, pris en charge durant la grossesse et jusqu'au douzième jour suivant l'accouchement, - les nourrissons, - les bénéficiaires d'un frottis dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus. <p>L'application de la DAF serait à la discrétion du médecin et subordonnée au contrôle préalable par le praticien de l'ouverture des droits via la Carte Vitale, de l'attestation d'ouverture des droits (ou d'Espace Pro) et s'appliquerait sur la part remboursable par les régimes obligatoires d'Assurance Maladie.</p>	Favorable	Répond aux dispositions de l'article 9 de la convention.	03-janv.-13
--------	------------	------------	--	-----------	--	-------------

Source : CNAMTS Nb :

Ce tableau n'inclut pas l'accord conclu par les CPAM du Tarn et des Landes et la CGSS de l'île de la Réunion :

LANDES	1 ^{er} novembre 2009 pour les médecins généralistes ; extension chez les spécialistes à compter du 17 septembre 2012.	8.300 assurés concernés par le protocole de TP exceptionnel sur un total de 194.000 assurés pour le régime général soit 4.3 %. Bénéficiaires : bénéficiaires relevant de l'UDAF ; bénéficiaires résidant en EHPAD ; enfants relevant de l'ASE ; assurés relevant d'une situation financière ou sociale difficile restant à l'appréciation du médecin traitant.
TARN	Pas d'accord local	La possibilité technique d'étendre le tiers payant à la part complémentaire pour les bénéficiaires de l'ACS a été validée suite à une décision de la CPL en date du 16 septembre 2010, le projet de protocole d'accord local n'ayant pas abouti. Le nombre d'assurés concernés par ce dispositif s'élevait à 2 830 assurés au 1er janvier 2011, dont plus de 50 % étaient couverts par la Mutuelle Santé-Vie.
ILE DE LA REUNION	Convention du 23 juillet 2002 par MG Réunion et la CGSS	La convention institue un tiers payant généralisé à destination de l'ensemble des assurés sociaux ou ayant droit ressortissant de la CGSS de la Réunion, disposant d'une Carte Sésame Vitale ou d'une attestation de droits valide. La possibilité d'un tiers payant complémentaire est ouverte par la convention, sous réserve de la signature d'un accord de tiers payant entre les AMC et les professionnels de santé. Comme le précise l'article 4 de la convention, la facturation des honoraires ne peut être effectuée que par le biais de la télétransmission (FSE ou flux dégradé).

Source : mission

4. Avez-vous déjà été dispensé d'avancer le montant de vos frais médicaux chez un médecin ?

OUI

NON

Ne sait pas

Si oui, était-ce ?

A votre demande

Sur proposition du médecin

A quel titre (pourquoi) avez-vous bénéficié de cette dispense ?

Ne sait pas

Avez-vous déjà été confronté à un refus de dispense d'avance de frais de la part d'un médecin ?

OUI

NON

Ne sait pas

Raisons avancées par ce dernier

5. Lorsque vous avancez vos frais de santé, est ce que cela représente une contrainte ?

OUI

NON

Ne sait pas

Si oui, merci de choisir parmi les propositions suivantes celle qui caractérise le mieux cette contrainte :

cela vous oblige à suivre et à contrôler vos remboursements ;

cela crée un « trou » dans votre budget, en raison du délai entre le paiement et le remboursement de vos frais ;

cela vous pose des difficultés financières en raison d'un manque d'argent pour régler la consultation le jour de vos soins ;

autre.

6. A partir de quel montant l'obligation d'avancer les frais vous pose-t-elle une difficulté ?

7. Pour quels types de soins parmi les suivants l'obligation d'avancer les frais vous pose-t-elle (éventuellement) une difficulté d'ordre financier :

Soins reçus chez votre médecin traitant

Soins reçus chez un médecin spécialiste

8. Avez-vous déjà renoncé à aller chez un médecin pour des raisons financières ?

OUI

NON

Ne sait pas

Commentaires :

9. La possibilité de ne pas avancer le montant de vos soins oriente-t-elle votre choix vers l'hôpital ou vers un centre de santé plutôt qu'en médecine de ville ?

OUI NON Ne sait pas

10. Pour les bénéficiaires de l'ACS

Seriez-vous favorable à la généralisation du tiers payant intégral (y compris pour la part complémentaire) pour l'ensemble de vos soins chez le médecin ?

OUI NON Ne sait pas

*******Pour les non - bénéficiaires de l'ACS*******

11. Seriez-vous favorable à la généralisation du tiers payant intégral pour l'ensemble de vos soins chez le médecin ?

OUI NON Ne sait pas

Si oui, parmi les propositions suivantes, quel serait le principal avantage d'une telle mesure ?

- Un meilleur accès aux soins
- Une simplification des démarches administratives
- Autre

Une application du tiers payant sur la seule part que rembourse la sécurité sociale (et non sur la part complémentaire) serait-elle un progrès selon vous ?

OUI NON Ne sait pas

12. L'application du tiers payant en médecine de ville changerait-elle vos rapports avec les professionnels de santé ?

OUI NON Ne sait pas

Une telle mesure ferait-elle évoluer votre consommation de soins ?

OUI NON Ne sait pas

Orienterait-elle votre choix vers la médecine de ville plutôt que vers l'hôpital ?

OUI NON Ne sait pas

Je vous remercie du temps que vous avez bien voulu me consacrer et vous souhaite une bonne journée.

2 METHODOLOGIE DE CONSTITUTION DU PANEL

L'enquête a été réalisée par téléphone sur la base d'un échantillon représentatif de la population des assurés de la CPAM du Gard, hors bénéficiaires de la CMUC et assurés bénéficiant d'un arrêt AT/MP, sur les critères suivants : âge, sexe, ALD, chômage.

Les bénéficiaires de l'ACS ont été traités à part selon les mêmes caractéristiques. Au global, 110 personnes ont été interrogées (soit 0,03 % de la population concernée), sur la base d'un mailing à 336 personnes (300 bénéficiaires hors CMUC et 30 bénéficiaires de l'ACS) les informant du thème et de la date de l'enquête. Le principal « biais » renvoie à la sélection des bénéficiaires parmi les assurés disposant d'une adresse mail et ayant donné leur accord pour un éventuel contact, soit 1 283 bénéficiaires affiliés à la CPAM du Gard, hors CMUC, et 87 bénéficiaires de l'ACS affiliés à la CPAM du Gard.

3 PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ENQUETE



ENQUETE SUR L'EXTENSION DU TIERS PAYANT EN MEDECINE DE VILLE- PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ENQUETE

- **Parmi les non bénéficiaires de l'ACS :**

65 % des personnes interrogées ressentent l'avance de frais chez un médecin comme une contrainte :

- Dans 52,3 % des cas, cela crée un trou dans leur budget en raison des délais de remboursement
- Dans 26,2 % des cas, cela pose des difficultés financières
- Dans 21,5 % des cas, cela les oblige à suivre et contrôler leurs remboursements

L'avance des frais est particulièrement ressentie comme financièrement difficile chez les spécialistes.

D'ailleurs, 41 % des personnes interrogées ont répondu avoir renoncé à des soins pour des raisons financières, notamment concernant des soins de dentistes et d'optiques.

23 % des personnes interrogées ont déclaré avoir choisi leur mutuelle en fonction de la possibilité qu'elle leur offre de ne pas faire l'avance des frais de santé.

36 % des personnes interrogées ont déclaré que la possibilité de ne pas faire l'avance des frais pouvait les influencer à aller vers un centre de santé ou un hôpital plutôt qu'en médecine de ville.

Près des ¾ des personnes interrogées considèrent que l'avance des frais pose difficulté lorsque ceux-ci dépassent 50€

Au final, dans 93 % des cas, les personnes sont favorables à la généralisation du tiers payant intégral, que ce soit pour faciliter l'accès aux soins, que pour des raisons de simplification administrative. Cela serait considéré comme un progrès dans 85 % des cas. Cette généralisation ne changerait pas leur rapport avec les professionnels de santé pour 61 % des répondants et ne modifierait pas leur consommation de soins pour 78 % d'entre eux.

- **Parmi les bénéficiaires de l'ACS :**

Pour 60 % des personnes interrogées, l'avance des frais de santé est ressentie comme une contrainte, et la raison évoquée dans un cas sur deux est les difficultés financières.

L'avance des frais est particulièrement ressentie comme financièrement difficile chez les spécialistes (pour 90 % des personnes interrogées).

60 % des personnes interrogées ont déjà renoncé à aller chez un médecin pour des raisons financières.

70 % ont répondu que la possibilité de ne pas faire l'avance des frais dans les centres de santé ou l'hôpital les oriente vers ce type de structure plutôt que vers la médecine de ville.

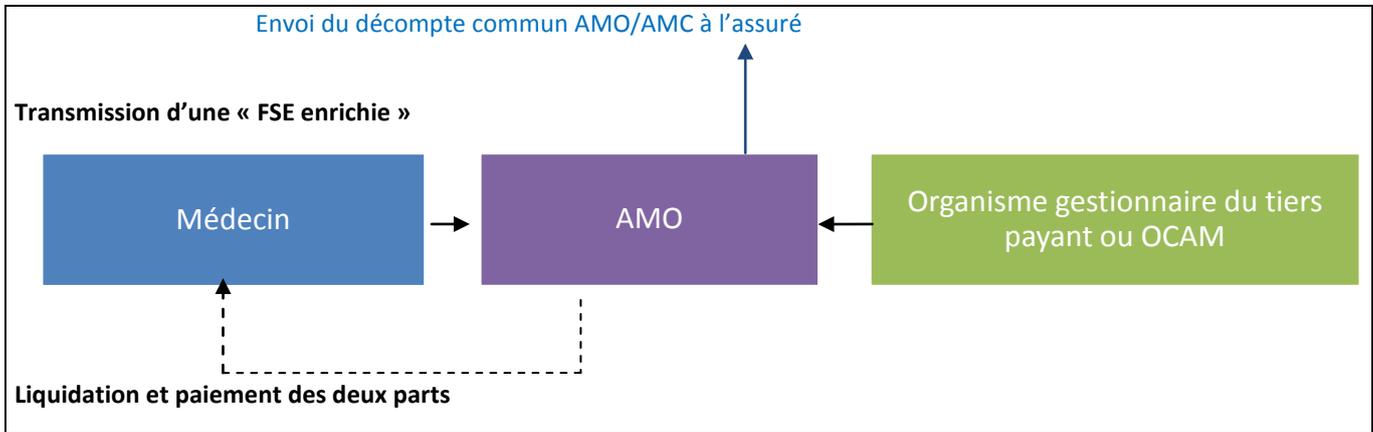
Dans 9 cas sur 10, les bénéficiaires de l'ACS interrogés seraient favorables à la généralisation du tiers payant. Cela ne changerait pas leur rapport avec le professionnel de santé dans un cas sur deux et ne ferait pas évoluer leur consommation dans 70 % des cas.

Par contre, le tiers payant généralisé pourrait les faire s'orienter plus facilement vers la médecine de ville plutôt que vers l'hôpital ou un centre de santé dans 7 cas sur 10.

**ANNEXE 5 : SCHEMAS RECAPITULATIFS
CONCERNANT LES PRINCIPAUX CIRCUITS DE
TELETRANSMISSION EN TIERS PAYANT**

1 CIRCUIT N°1 : UNE GESTION DES PARTS AMO ET AMC INTEGRALEMENT DELEGUEE A L'AMO

Nb : Ce circuit est actuellement appliqué dans le cadre des conventions dites en « NOEMIE 3 » ainsi que pour le tiers payant « coordonné » pour les bénéficiaires de la CMUC (« procédure A »¹²²)



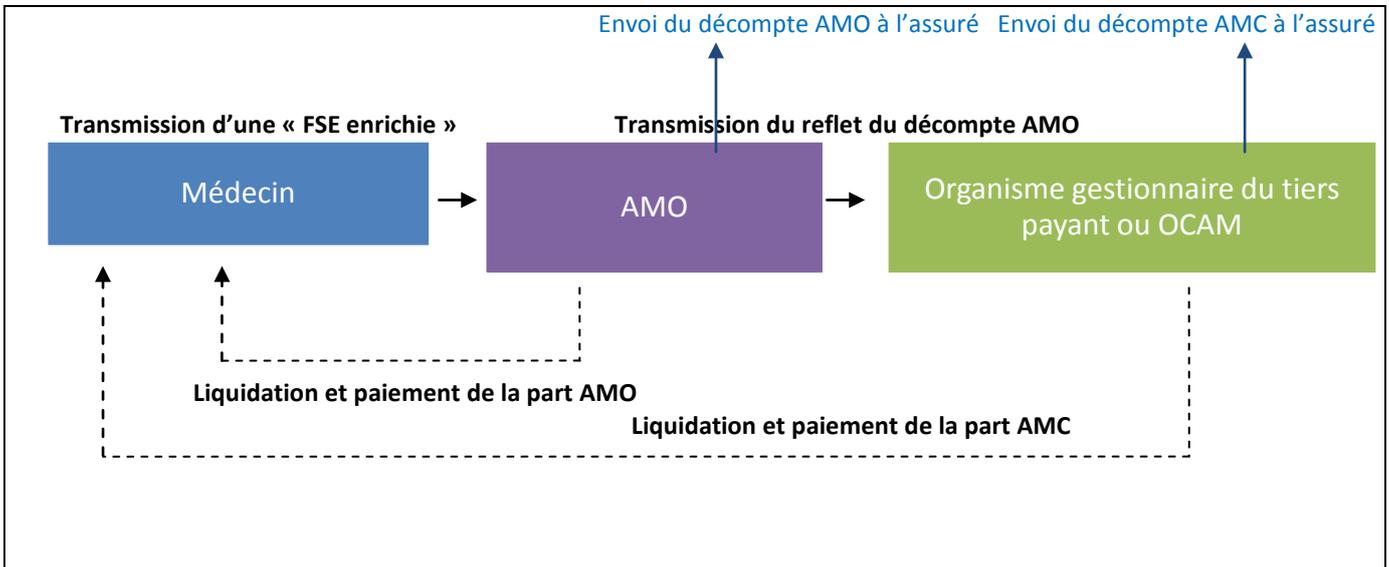
Description du processus :

Assuré	PS	RO	RC
	1-Contrôle des droits 2-Création de la feuille de soins 3- Routage	Réception d'un lot de FSE 4- Liquidation - contrôle de la facturation Traitement des anomalies éventuelles avec le PS 5- Ordonnancement 6- Paiement des deux parts 7- Envoi d'un décompte commun à l'assuré 8- Envoi d'un flux NOEMIE au RC (image du décompte)	9- Liquidation/contrôle de la facturation

Flow indicators in the table:
 - Solid arrow from PS to RO (between steps 3 and 4)
 - Dashed arrow from RO to PS (between steps 4 and 5)
 - Solid arrow from RO to PS (between steps 5 and 6)
 - Dashed arrow from RO to PS (between steps 6 and 7)
 - Dashed arrow from RO to Assuré (between steps 7 and 8)
 - Dashed arrow from RC to RO (between steps 8 and 9)

¹²² La procédure B, qui prévoit que l'AMO liquide la part base et envoie un flux à l'OC qui liquide la part complémentaire sur un compte spécifique de l'organisme de base (l'AMO remboursant ensuite l'intégralité de l'acte au PS), n'est aujourd'hui plus utilisée.

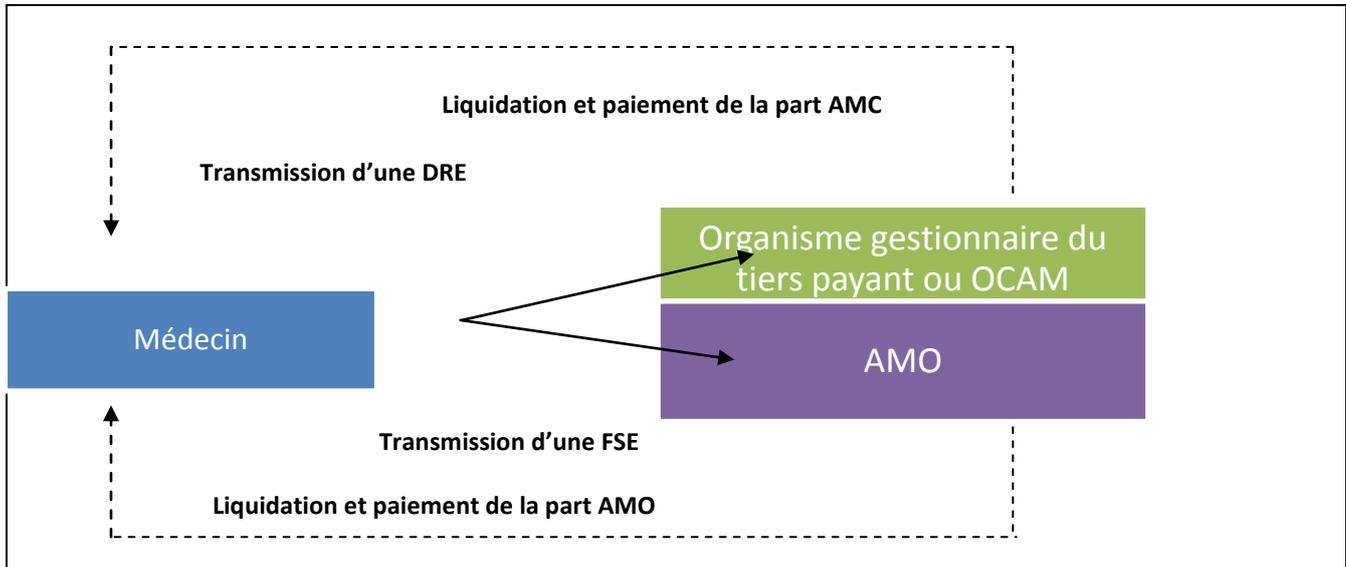
2 CIRCUIT N°2 : UN ROUTAGE DES FLUX AMC VIA L'AMO (SYSTEME ACTUELLEMENT EN VIGUEUR DANS LE CADRE DES CONVENTIONS DITES EN « NOEMIE 1 »)



Description du processus :

Assuré	PS	RO	RC
	1-Contrôle des droits		
	2-Création de la feuille de soins		
	3- Routage	→ Réception d'un lot de FSE	
		4- Liquidation - contrôle de la facturation	
		← - - - - -	
		→ Traitement des anomalies éventuelles avec le PS	
		5- Ordonnancement	
		6- Paiement	
		← - - - - -	
		7- Envoi d'un décompte à l'assuré	
		← - - - - -	
		8- Envoi d'un flux NOEMIE au RC (image du décompte)	→ Réception du flux
			9- Liquidation/contrôle de la facturation
		→	10- Traitement des anomalies avec le PS
		← - - - - -	
			11- Ordonnancement
		← - - - - -	
			12- Paiement
		← - - - - -	
			13- Envoi d'un décompte

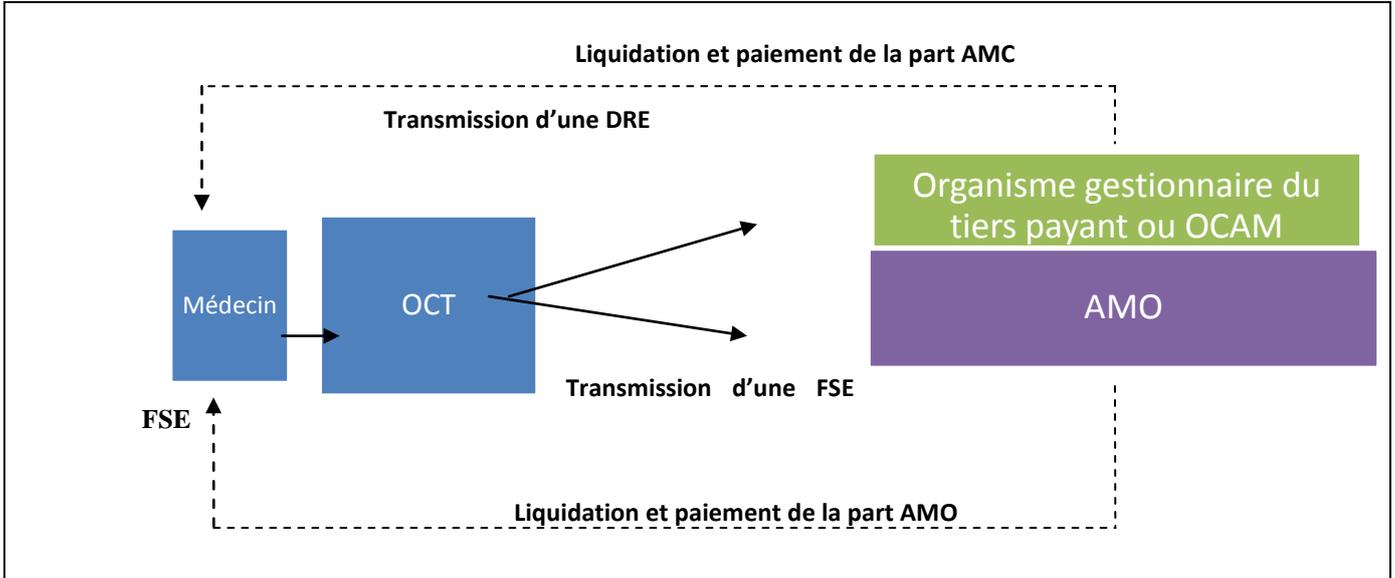
3 CIRCUIT N°3 : UN ECLATEMENT DES FLUX ENTRE AMO ET AMC A LA SOURCE PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTE



Déroulement du processus :

Assuré	PS	RO	RC
	1-Contrôle des droits 2-Création de la feuille de soins 3- Routage	Réception d'un lot de FSE	
		4- Liquidation - contrôle de la facturation	
		Traitement des anomalies éventuelles avec le PS	
		5- Ordonnancement	
		6- Paiement	
		7- Envoi d'un décompte à l'assuré	
			Réception d'un lot de DRE
			4 bis- liquidation/contrôle de la facturation
			Traitement des anomalies avec le PS
			5bis- Ordonnancement
			6 bis- Paiement
			7bis- Envoi d'un décompte

4 CIRCUIT N°3BIS : UN ECLATEMENT DES FLUX ENTRE AMO ET AMC PAR UN ORGANISME CONCENTRATEUR TECHNIQUE (OCT)



Déroulement du processus :

Assuré	Médecin	Organisme concentrateur technique	RO	RC
	1-Contrôle des droits 2- Création de la feuille de soins 3- Envoi	Réception d'un lot de FSE 4- Eclatement de la feuille de soins et routage	Réception d'un lot de FSE <i>Processus similaire au schéma ci-dessus</i>	Réception d'un lot de DRE <i>Processus similaire au schéma ci-dessus</i>

ANNEXE 6 : TAUX DE TIERS PAYANT PAR DEPARTEMENT

1 TAUX DE TIERS PAYANT PAR DEPARTEMENT EN NOMBRE DE DECOMPTEES, (HORS MENAGES MODESTES ET ALD), TOUS REGIMES CONFONDUS, JUILLET A DECEMBRE 2012

Caisse	% Omnipraticiens non MEP	% Spécialistes
011- Bourg-en-Bresse	8,7 %	17,5 %
021- Aisne	8,7 %	39,5 %
031- Moulins	6,0 %	23,2 %
041- Digne	11,9 %	39,5 %
051- Gap	8,2 %	28,1 %
061- Nice	28,3 %	43,5 %
072- Ardèche	9,0 %	27,0 %
081- Charleville	12,6 %	31,3 %
091- Foix	10,9 %	42,9 %
101- Troyes	10,9 %	38,2 %
111- Carcassonne	14,0 %	42,6 %
121- Rodez	6,4 %	20,4 %
131- Marseille	12,6 %	41,2 %
141- Caen	6,7 %	36,8 %
151- Aurillac	6,9 %	39,5 %
161- Angoulême	4,1 %	18,6 %
171- La Rochelle	8,7 %	25,2 %
181- Bourges	6,2 %	39,7 %
191- Tulle	3,2 %	24,9 %
201- Ajaccio	27,4 %	50,9 %
202- Bastia	27,4 %	52,1 %
211- Dijon	7,1 %	19,4 %
221- Saint-Brieuc	3,0 %	18,5 %
231- Guéret	4,2 %	27,5 %
241- Périgueux	4,4 %	30,9 %
251- Doubs	18,2 %	22,7 %
261- Valence	9,5 %	34,9 %
271- Evreux	4,2 %	26,4 %
281- Chartres	6,0 %	23,5 %
291- Finistère	6,0 %	25,1 %
301- Nîmes	15,4 %	42,1 %
311- Toulouse	12,6 %	44,0 %
321- Auch	11,2 %	28,7 %

331- Bordeaux	11,2 %	32,0 %
342- Hérault	11,9 %	24,8 %
351- Rennes	4,4 %	18,8 %
361- Châteauroux	7,1 %	33,9 %
371- Tours	11,3 %	27,9 %
381- Isère	11,9 %	36,5 %
391- Lons-le-Saunier	12,9 %	18,9 %
401- Mont-de-Marsan	4,1 %	23,5 %
411- Blois	7,0 %	34,9 %
422- Loire	12,9 %	43,4 %
431- Le Puy	6,3 %	44,2 %
441- Loire-Atlantique	3,5 %	21,7 %
451- Orléans	8,7 %	29,1 %
461- Cahors	7,3 %	26,0 %
471- Agen	5,7 %	26,8 %
481- Mende	8,3 %	13,5 %
491- Maine-et-Loire	8,2 %	22,3 %
501- Saint-Lô	7,8 %	30,0 %
511- Reims	7,6 %	38,5 %
521- Chaumont	4,8 %	40,4 %
531- Laval	5,5 %	19,6 %
542- Meurthe-et-Moselle	5,8 %	31,0 %
551- Bar-Le-Duc	5,3 %	29,8 %
561- Vannes	6,4 %	16,8 %
571- Moselle	11,2 %	21,6 %
581- Nevers	10,8 %	27,1 %
594- Flandres-Dunkerque	8,8 %	32,7 %
595- Lille-Douai	21,0 %	38,2 %
597- Roubaix-Tourcoing	22,3 %	39,7 %
599- Hainaut	17,3 %	44,6 %
601- Oise	7,6 %	37,2 %
611- Alençon	3,4 %	38,4 %
623- Côte d'Opale	26,9 %	49,0 %
624- Artois	38,0 %	49,7 %
631- Clermont-Ferrand	6,5 %	24,2 %
641- Bayonne	4,6 %	23,2 %
642- Pau	4,2 %	23,9 %
651- Tarbes	8,5 %	41,5 %
661- Perpignan	22,0 %	36,8 %
673- Bas-Rhin	42,9 %	31,8 %
682- Haut-Rhin	40,6 %	32,3 %
691- Rhône	8,9 %	22,3 %
701- Vesoul	20,7 %	26,9 %
711- Mâcon	4,1 %	23,1 %

721- Le Mans	9,7 %	30,4 %
731- Chambéry	5,0 %	27,9 %
741- Annecy	7,8 %	29,3 %
751- Paris	10,8 %	16,6 %
763- Le Havre	9,8 %	44,8 %
764- Rouen-Elbeuf-Dieppe	7,4 %	39,6 %
771- Melun	9,0 %	23,5 %
781- Versailles	9,1 %	19,0 %
791- Niort	7,1 %	19,2 %
801- Amiens	11,0 %	37,6 %
811- Albi	7,6 %	36,4 %
821- Montauban	8,5 %	35,2 %
831- Toulon	15,0 %	36,9 %
841- Avignon	15,1 %	38,7 %
851- La Roche-sur-Yon	3,3 %	15,0 %
861- Poitiers	6,6 %	21,1 %
871- Limoges	6,6 %	26,4 %
881- Epinal	7,4 %	23,1 %
891- Auxerre	11,7 %	34,2 %
901- Belfort	8,5 %	26,7 %
911- Evry	12,1 %	22,8 %
921- Nanterre	5,4 %	17,3 %
931- Bobigny	28,6 %	38,1 %
941- Créteil	12,0 %	19,1 %
951- Pontoise	14,4 %	23,9 %
971- Pointe-à-Pitre	25,0 %	31,8 %
972- Fort-de-France	21,2 %	23,3 %
973- Cayenne	57,1 %	49,4 %
974- Saint-Denis	97,6 %	80,9 %
976 - Mayotte	85,7 %	75,3 %
Total	13,6 %	30,3 %

Source : CNAMTS- Erasme national tous régimes - juillet à septembre 2012

2 TAUX DE TIERS PAYANT EN ALD (HORS CMUC) EN NOMBRE DE DECOMPTES PAR DEPARTEMENT, TOUS REGIMES CONFONDUS, JUILLET A DECEMBRE 2012

Caisse	% Omnipraticiens non MEP	% Spécialistes
011- Bourg-en-Bresse	53,6 %	42,6 %
021- Aisne	23,1 %	57,8 %
031- Moulins	39,8 %	51,4 %
041- Digne	48,5 %	54,7 %
051- Gap	50,1 %	47,1 %
061- Nice	71,6 %	65,0 %
072- Ardèche	41,1 %	45,6 %
081- Charleville	46,9 %	51,7 %
091- Foix	57,3 %	63,7 %
101- Troyes	31,9 %	47,2 %
111- Carcassonne	44,2 %	61,1 %
121- Rodez	46,6 %	38,0 %
131- Marseille	42,7 %	60,5 %
141- Caen	16,7 %	50,6 %
151- Aurillac	39,1 %	67,7 %
161- Angoulême	22,5 %	39,3 %
171- La Rochelle	46,2 %	46,6 %
181- Bourges	33,2 %	67,2 %
191- Tulle	24,1 %	35,7 %
201- Ajaccio	69,9 %	65,4 %
202- Bastia	75,6 %	73,8 %
211- Dijon	33,1 %	48,1 %
221- Saint-Brieuc	16,6 %	46,3 %
231- Guéret	26,8 %	45,0 %
241- Périgueux	23,9 %	45,1 %
251- Doubs	52,7 %	44,6 %
261- Valence	42,9 %	50,3 %
271- Evreux	20,3 %	48,4 %
281- Chartres	25,4 %	48,3 %
291- Finistère	48,3 %	52,7 %
301- Nîmes	54,3 %	61,4 %
311- Toulouse	49,8 %	69,8 %
321- Auch	46,0 %	45,5 %
331- Bordeaux	59,9 %	60,6 %
342- Hérault	46,8 %	54,5 %
351- Rennes	23,4 %	44,5 %
361- Châteauroux	30,2 %	50,9 %
371- Tours	56,9 %	62,3 %

381- Isère	54,3 %	52,9 %
391- Lons-le-Saunier	44,7 %	34,8 %
401- Mont-de-Marsan	29,1 %	43,6 %
411- Blois	29,2 %	68,8 %
422- Loire	46,5 %	55,9 %
431- Le Puy	40,9 %	60,8 %
441- Loire-Atlantique	23,1 %	42,0 %
451- Orléans	41,8 %	56,9 %
461- Cahors	45,1 %	43,4 %
471- Agen	37,0 %	48,5 %
481- Mende	43,9 %	28,6 %
491- Maine-et-Loire	50,2 %	51,1 %
501- Saint-Lô	27,4 %	44,5 %
511- Reims	26,6 %	53,8 %
521- Chaumont	21,2 %	62,7 %
531- Laval	33,1 %	50,1 %
542- Meurthe-et-Moselle	25,0 %	55,4 %
551- Bar-Le-Duc	27,0 %	47,6 %
561- Vannes	39,2 %	44,6 %
571- Moselle	26,2 %	57,0 %
581- Nevers	39,3 %	50,2 %
594- Flandres-Dunkerque	41,1 %	50,2 %
595- Lille-Douai	61,6 %	63,0 %
597- Roubaix-Tourcoing	64,2 %	58,6 %
599- Hainaut	64,9 %	67,5 %
601- Oise	26,6 %	54,7 %
611- Alençon	16,5 %	47,2 %
623- Côte d'Opale	60,1 %	66,1 %
624- Artois	68,7 %	74,5 %
631- Clermont-Ferrand	35,8 %	48,9 %
641- Bayonne	24,9 %	49,0 %
642- Pau	26,1 %	56,3 %
651- Tarbes	44,5 %	68,0 %
661- Perpignan	70,4 %	65,7 %
673- Bas-Rhin	65,3 %	56,3 %
682- Haut-Rhin	59,6 %	58,2 %
691- Rhône	35,6 %	47,9 %
701- Vesoul	62,6 %	41,3 %
711- Mâcon	20,1 %	42,2 %
721- Le Mans	44,3 %	65,1 %
731- Chambéry	38,9 %	40,2 %
741- Annecy	46,5 %	54,3 %
751- Paris	32,2 %	36,1 %
763- Le Havre	42,2 %	70,0 %

764- Rouen-Elbeuf-Dieppe	33,5 %	53,3 %
771- Melun	41,9 %	51,3 %
781- Versailles	34,9 %	47,5 %
791- Niort	40,1 %	43,0 %
801- Amiens	36,3 %	59,3 %
811- Albi	38,7 %	62,0 %
821- Montauban	42,6 %	68,2 %
831- Toulon	67,2 %	63,6 %
841- Avignon	57,9 %	56,4 %
851- La Roche-sur-Yon	20,2 %	28,6 %
861- Poitiers	30,9 %	39,7 %
871- Limoges	25,3 %	44,4 %
881- Epinal	41,5 %	47,4 %
891- Auxerre	38,8 %	56,3 %
901- Belfort	34,0 %	36,8 %
911- Evry	46,6 %	57,7 %
921- Nanterre	28,3 %	53,3 %
931- Bobigny	68,4 %	71,3 %
941- Créteil	47,6 %	54,7 %
951- Pontoise	46,2 %	56,2 %
971- Pointe-à-Pitre	70,8 %	61,3 %
972- Fort-de-France	66,6 %	61,2 %
973- Cayenne	82,2 %	72,9 %
974- Saint-Denis	99,3 %	94,8 %
976 - Mayotte	97,5 %	96,2 %
Total	45,3 %	55,4 %

Source : Cnamts- Erasme national tous régimes - juillet à septembre 2012

ANNEXE 7 : DONNEES COMPLEMENTAIRES CONCERNANT LE RECOURS A LA TELETRANSMISSION

1 PARTS RESPECTIVES DES DIFFERENTS MODES DE FACTURATION EN TIERS PAYANT, PAR SPECIALITE, JUILLET A DECEMBRE 2012

Généralistes (y compris MEP)	Secteur 1	Feuilles de soins papier (FSP)	8 516 360
		FSE (Vitale+B2)	33 105 077
		Taux de télétransmission	79,54 %
	Secteur 2 et 1DP	FSP	307 960
		FSE (Vitale+B2)	1 001 783
		Taux de télétransmission	76,49 %
Spécialistes « cliniques »	Secteur 1	FSP	1 850 995
		FSE (Vitale+B2)	9 416 281
		Taux de télétransmission	83,57 %
	Secteur 2 et 1DP	FSP	407 175
		FSE (Vitale+B2)	2 019 663
		Taux de télétransmission	83,22 %
Spécialistes « techniques »	Secteur 1	FSP	4 795 395
		FSE (Vitale+B2)	21 248 707
		Taux de télétransmission	81,59 %
	Secteur 2 et 1DP	FSP	1 547 558
		FSE (Vitale+B2)	7 128 788
		Taux de télétransmission	82,16 %

Source : CNAMTS- Erasme national tous régimes - juillet à septembre 2012

2 REPARTITION DES REJETS PAR PROFESSION DE SANTE ET PAR NATURE DES FLUX POUR LE MOIS DE MARS 2013

	Omnipraticiens	Spécialistes
Nombre de factures en anomalie pour les flux FSE	172 402	103 578
Nombre total de factures pour les flux en FSE	15 150 368	8 586 698
Ratio factures en anomalie/total factures FSE	1,14 %	1,21 %
Nombre de factures en anomalie pour les flux B2	9 633	11 895
Nombre total de factures pour les flux en B2	115 902	128 453
Ratio factures en anomalie/total factures en B2	8,31 %	9,26 %
Ratio factures en anomalies / total FSE +B2	1,19 %	1,32 %

Source : CNAMTS- IRIS- Mars 2013

PRINCIPAUX SIGLES UTILISES

ACS	Aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé
ALD	Affection de longue durée
AMC	Assurance maladie complémentaire
AME	Aide médicale d'Etat
AMELI	Assurance maladie en ligne
AMO	Assurance maladie obligatoire
BDO	Base de données opérationnelle
CCMSA	Caisse centrale de mutualité sociale agricole
CMU/C	Couverture maladie universelle/complémentaire
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPL	Commission paritaire locale
CPS	Carte de professionnel de santé
CTIP	Centre technique des institutions de prévoyance
DRE	Demande de remboursement électronique
FFSA	Fédération française des sociétés d'assurance
FHF	Fédération hospitalière de France
FNMF	Fédération nationale de la mutualité française
FSE	Feuille de soins électronique
FSP	Feuille de soins papier
HCAAM	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
OCAM	Organisme complémentaire s'assurance maladie
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
OCT	Organisme concentrateur technique
OMS	Organisation mondiale de la santé
PRAPS	Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins
PS	Professionnel de santé
RNIAM	Répertoire national inter-régimes de l'assurance maladie
RSI	Régime social des indépendants
RSP	Rejet signalement paiement
SROS	Schéma régional d'organisation des soins
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
UNOCAM	Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire