



DOSSIER D'ACTUALITE ADHERENTS

LE TIERS-PAYANT

La FNCS est fortement sollicitée depuis 2015 sur la question du tiers-payant, que ce soit en amont de la loi de modernisation de notre système de santé (26 janvier 2016, qui a institué un calendrier de généralisation du tiers-payant à l'ensemble des professionnels de santé de ville), ou depuis cette date, dans le cadre de la mise en œuvre opérationnelle de la loi.

Notre objectif est double :

1. **Soutenir les décisions qui visent à faciliter l'accès aux soins de tous en élargissant la pratique du tiers-payant à tous les PS**, conformément aux valeurs défendues par la FNCS.
2. **Peser fortement sur les modalités pratiques d'évolution du TP en faisant entendre l'expérience des centres de santé, et leurs difficultés**, pour que rapidement, la pratique du TP soit fiable, rapide et non coûteuse pour les CDS.

L'actualité sur ce sujet est riche et en perpétuelle évolution.

Ce dossier vise à partager avec nos adhérents les données les plus récentes, notamment liées à la sortie d'un nouveau rapport de l'IGAS¹ qui fait suite à une concertation avec l'ensemble des acteurs du sujet (mars 2018).

¹ <http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-180R.pdf>

1. Rappels réglementaires

- Les centres de santé pratiquent, conformément à la loi, la délégation du paiement du tiers :
Article L6323-1 du code de la santé publique
« Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement, au centre ou au domicile du patient, aux tarifs mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, et mènent des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et des actions sociales et **pratiquent la délégation du paiement du tiers mentionnée à l'article L. 322-1 du même code.** Ils peuvent mener des actions d'éducation thérapeutique des patients. Ils peuvent pratiquer des interruptions volontaires de grossesse dans les conditions prévues aux articles L. 2212-1 à L. 2212-10 du présent code, selon des modalités définies par un cahier des charges établi par la Haute Autorité de santé, dans le cadre d'une convention conclue au titre de l'article L. 2212-2. ».
- Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 :
L'objectif de généralisation du tiers-payant à tous les professionnels de santé exerçant en ville, et pour tous les assurés est inscrit dans la loi, en suivant un calendrier qui s'étale du 1er juillet 2016 (possibilité de TP pour les patients ALD et maternité) jusqu'au 30 novembre 2017 (obligation de généralisation du TP à tous les patients).
Le Conseil constitutionnel a censuré les dispositions qui rendaient obligatoires le tiers payant pour la part remboursée par les organismes d'assurance complémentaire. En conséquence, le tiers payant obligatoire ne concerne que la part remboursée par la sécurité sociale.
- Loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 :
Suppression de l'obligation de généralisation du TP au 30 novembre 2017 et mise en place d'une concertation avec les professionnels de santé, les représentants des usagers, les assurances maladie obligatoires et complémentaires et les éditeurs de logiciel, sous l'égide de l'IGAS. Un rapport posant les bases d'un TP « généralisable » est attendu pour le 30 mars 2018.

2. Quoi de neuf dans le rapport IGAS de mars 2018 ?

La FNCS a été auditionnée dans le cadre de ce rapport et a mis en avant des progrès réels (suppression des rejets parcours de soins, consultations des droits en ligne via ADR, plateforme téléphonique inter-régime Cesi²) mais aussi et surtout les nombreux points noirs qui demeurent en matière de tiers payant.

Les inspecteurs de l'IGAS se sont déplacés dans deux centres de santé équipés de logiciels différents (CMS de Saint-Denis et CMS de Montreuil, en Seine-Saint-Denis) pour constater par eux-mêmes les problèmes rencontrés sur le terrain.

Infos à retenir :

² **Joignable au 09 72 72 72 60, n'hésitez pas à solliciter cette plate-forme inter-régime obligatoire, pour toute situation complexe (rejets, réclamation d'indus, vérification de droits) que vous ne parvenez pas à démêler. Les premiers retours des centres qui l'utilisent sont positifs.**

- **Objectif de la ministre** : « le tiers-payant sera (...) généralisable sans être obligatoire, avec une mise en œuvre progressive sur la part obligatoire et complémentaire grâce à des outils simples et fiables d'utilisation, en commençant par des patients qui en ont le plus besoin, en sus de ceux qui en bénéficient déjà ».

- **5 cas de Tiers Payant obligatoires en ville aujourd'hui** :
 - Patients en Accident du Travail ou maladie professionnelle (depuis l'origine)
 - Patients disposant de la CMUC (obligation dès sa création, en 2000)
 - Patients bénéficiaires de l'ACS (loi de financement pour la SS pour 2015)
 - Patients relevant de l'assurance maternité (loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016)
 - Soins en rapport avec une ALD (idem)

- **La pratique du tiers-payant a progressé mais lentement** :
 - ⇒ Ces cinq situations représentent en 2017 le tiers des actes, avec un taux de TP qui atteint 85% et continue de progresser.
 - ⇒ Hors cas obligatoires, le TP n'atteint que 28% des actes. Les chirurgiens -dentistes ont le plus faible taux de TP (10,7%)

- **Les centres de santé pratiquent le tiers payant pour 99,1% des actes** (tous actes confondus). En revanche, seuls 37% des actes font l'objet d'un tiers payant RO + RC. 53% des actes sont en tiers payant RO seulement. (le reste correspondant au tiers payant à 100% RO)

- **La complexité du TP est actée par l'IGAS** « *La chaîne de valeur du TP apparaît (...) excessivement complexe, compte tenu de la multiplicité des PS et des assureurs maladie, obligatoires et surtout complémentaires, et des intermédiaires, éditeurs ou prestataires rémunérés s'intercalant entre eux (concentrateurs techniques, éditeurs, organismes de paiement pour le professionnel, organismes de TP, courtiers et délégataires de gestion pour les AMC)* ». Les professionnels de santé « *demeurent en effet encore trop souvent confrontés aujourd'hui à des procédures dispersées de rejets ou erreurs trop nombreux ; et les outils logiciels restent insuffisants et mal déployés, malgré les progrès réalisés par l'assurance maladie obligatoire et plus récemment les assureurs maladie complémentaire, encore imparfaitement unifiés et organisés.* »
 Ainsi par exemple, **si le taux moyen de rejet toutes professions confondues est de 1%, il est de 4% pour les centres de santé** (aucune explication n'est donnée sur cette différence, mais il est facile d'imaginer que cela est dû au fait que nous prenons en charge toutes les situations, et non pas les seules situations dites obligatoires, plus simples).

- **Des éléments de contexte importants sont mis en avant** :
 - Adossement du RSI au régime général à partir du 1^{er} janvier 2018 avec une transition de 2 ans.
 - Adossement du régime étudiant au régime général à la rentrée 2018 (nouveaux étudiants) et 2019 (tous les étudiants)
 - Réduction du nombre d'entités AMC par regroupement / concentration, qui s'accélère depuis la mise en œuvre des normes prudentielles européennes au 1^{er} janvier 2016 (selon la DREES, en 2014 : 600 AMC).

- Négociations en cours pour un reste à charge zéro en dentaire, avec impact attendu sur le recours au tiers payant des chirurgiens-dentistes (qui devrait progresser).
- 100% des pharmacies et des laboratoires de biologie disposent d'un Organisme Concentrateur Technique (OCT) pour gérer leur tiers payant. Ce dernier reçoit de la part des pharmaciens et laboratoires un flux unique, et se charge de l'éclater entre RO et RC, en offrant des services complémentaires (rapprochement bancaire, gestion des rejets etc...), moyennant une facturation au professionnel de santé de ce service.
- D'autres professionnels de santé³ travaillent actuellement à l'émergence d'un nouvel OCT, « Paymed », qui serait à la fois OCT et établissement de paiement.
- La couverture de l'association Inter-AMC⁴ concerne actuellement environ 60% des bénéficiaires d'une complémentaire en France, mais devrait concerner 83% des bénéficiaires fin 2018.
- L'inter AMC prévoit que les services IDB et CLC⁵ permette une vérification exhaustive des droits AMC des patients en septembre 2019.
- En revanche, une difficulté majeure est pointée du côté des éditeurs, qui sont pour l'instant peu enclins à développer ce service (en attente de visibilité sur l'orientation des pouvoirs publics, de demande des professionnels et d'étude sur leur niveau de tarification). Les développements prendront 12 à 18 mois de travail. Soit un déploiement de cet outil dans les centres au 1^{er} trimestre 2020.



Il est nécessaire que tous les centres de santé fassent remonter le besoin d'intégration des outils IDB et CLC à leurs éditeurs, pour accélérer les développements.

- **Les attentes des professionnels de santé en matière de tiers-payant sont rappelées :**
 - Préserver le temps médical.
 - Pas de risque financier supporté par le PS.
 - Paiement rapide.
 - Suivi du paiement simple.
 - Assistance facilement accessible en cas de difficulté.
- **Les outils qui doivent se développer sont donc :**
 - **Les outils de télétransmission SESAM-Vitale** (notamment en mobilité pour les visites à domicile et les consultations dans le cadre de la PDSA).
 - **Les outils de vérification des droits en ligne permettant de fiabiliser la facturation :**
 - ADRi (Assurance Maladie obligatoire) : en cours de déploiement, mais il ne s'agit pas pour l'instant d'une obligation pour les éditeurs. Environ 70% des éditeurs l'ont intégré (soit 63% des centres de santé ayant

³ UNPS, Fédération française des masseurs kiné, syndicat national des masseurs kiné, fédération des syndicats pharmaceutiques de France, syndicat des médecins libéraux.

⁴ Créée en juin 2015, l'association regroupe l'ensemble des complémentaires santé (institutions de prévoyance, mutuelles et sociétés d'assurance) et leurs partenaires (opérateurs de tiers payant, délégataires), ainsi que leurs principales fédérations professionnelles (CTIP, FFA et Mutualité Française). Son objectif est de proposer une solution simplifiée de tiers payant répondant aux besoins des professionnels de santé.

⁵ Récupérer les droits complémentaires à jour du patient et calculer le montant remboursé

accès). Attention, ADRI n'apporte pas une garantie de paiement, contrairement à ce qui avait été annoncé dans un premier temps.

- IDB-CLC (Assurance maladie complémentaire), incluant la reconnaissance du datamatrix apposé sur l'attestation du patient, par scan : pas encore déployé, en test chez 3 éditeurs seulement.
- **Des outils de retour d'information de facturation** intégrant un lettrage bancaire (pour faciliter l'étape de rapprochement entre le virement bancaire et la facturation)
- **Un service de réconciliation des flux de facturation et bancaire.**
- **Certains avenants au cahier des charges SESAM Vitale, publiés après la loi de 2016, n'ont toujours pas été intégrés dans tous les logiciels**, par exemple :
 - **L'avenant obligatoire ALD/maternité** demeure inachevé deux ans après sa publication, et seuls 53% des centres de santé disposent d'un logiciel ayant intégré cette évolution.
 - **De même l'avenant « suivi des factures en tiers payant »** qui doit alléger la charge administrative relative au suivi des paiements en unifiant la norme de retour des paiements émis par les régimes et en prévoyant l'intégration de tableaux de bord de suivi des remboursements et rejet n'est accessible pour l'instant qu'à 22% des centres de santé.



Il est important que nous réclamions à nos éditeurs l'intégration de ces avenants au plus vite, pour fiabiliser nos factures TP.

LES RECOMMANDATIONS DU RAPPORT IGAS de mars 2018 :

1. Poursuivre l'amélioration continue du Tiers Payant RO, avec pour objectif d'améliorer encore les taux de rejet.
2. Intégrer les nouveaux téléservices (ADRI et IDB-CLS) au cahier des charges SESAM-Vitale et au label ASIP maisons et centres de santé afin d'accélérer la dynamique d'équipement des professionnels.
3. **Mettre en place un groupe de travail avec les centres de santé, l'AMO et l'inter AMC pour définir les modalités d'une mise à disposition rapide des outils de tiers payant intégral.**
4. Examiner avec les PS exerçant en maison et pôle de santé, leurs éditeurs, l'AMO et l'inter-AMC les modalités pour leur permettre de disposer des outils pour pratiquer le TP intégral sur une base volontaire.
5. Définir les modalités de mise en œuvre rapide d'un TP généralisable en PDSA.
6. Pérenniser le COPIL Tiers Payant et structurer un tableau de bord de suivi.
7. Poursuivre en 2018 les groupes de travail profession par profession pour : remontée des besoins, suivi du déploiement, communication pédagogique, et engager à terme une rénovation des bases conventionnelles.

A noter : une proposition intégrée dans le rapport n'a pas été traduite en recommandation formelle. Il s'agit de travailler sur le déploiement du tiers-payant pour des publics et situations prioritaires (ce point sera-t-il intégré aux négociations conventionnelles futures par métier de façon incitative ?) à partir de 2019 / 2020 : jeunes de 18 à 25 ans, personnes en situation de handicap, actes effectués dans le cadre de la permanence des soins ou en télémédecine, ALD hors affection principale.

Que réclame la FNCS en matière de Tiers Payant ?

Nous avons transmis à la Direction de la sécurité sociale notre état des lieux, accompagné d'une vingtaine de demandes très concrètes permettant un tiers-payant simplifié pour les centres de santé.

Plus de coopération entre les centres de santé et l'ensemble des acteurs concernés par ce sujet, pour améliorer la pratique du tiers payant :

- Associer le GIE SESAM Vitale, l'ASIP et les éditeurs au comité de pilotage national Tiers Payant et au comité technique paritaire national des centres de santé.
- Mettre en place une plate-forme informatique unique pour les demandes de CPS (médecins, chirurgiens-dentistes, infirmiers etc...).
- Mettre en place un formulaire informatique sur les sites des ARS permettant de déclarer de nouvelles activités pour une prise en compte réactive en matière de facturation.
- Développer les lettres d'info « tiers payant » à l'usage de tous les PS et des CDS, pour accompagner de façon pédagogique et régulière la facturation TP en prenant appui sur l'analyse des difficultés.
- Enrichir « compagnon flux tiers » pour que les agents centres de santé, qui utilisent ce document tous les jours, soient informés en temps réel des points de vigilance en matière tarifaire, réglementaire etc.
- Mettre en place un partenariat gagnant-gagnant entre CPAM et centres de santé pour la formation des personnels chargés d'accueil et de facturation.

Un tiers payant zéro papier :

- Mettre fin à l'envoi papier des FSE dégradées aux CPAM (possibilité de les produire en cas de contrôle).
- Accompagner les centres de santé dans l'utilisation de SCORE et améliorer l'outil en fonction des retours de terrain.
- Harmoniser les pratiques entre caisses sur les actes en série en vue d'autoriser les PS à ne transmettre la prescription que lors de la 1^{ère} facture.
- Modifier le cahier des charges SESAM Vitale pour qu'une FSE dont la DRE est rejetée par la complémentaire puisse être refacturée électroniquement.

Un tiers-payant qui s'appuie sur des dispositifs renforcés d'accès aux droits des patients :

- Rétablir des points d'accueil CPAM pour permettre aux personnes vulnérables de disposer d'un accueil physique pour faciliter l'accès aux droits (demande de carte vitale, ouverture de droits, changements de régime ...)

- Renforcer la collaboration et la communication entre la CPAM du Département d'implantation et les médiateurs des centres de santé et soutenir financièrement ces postes qui participent à la mise en œuvre du TP.

Un tiers-payant fiable et simple : chaque acte réalisé dans les centres de santé doit être remboursé dans des délais courts.

- Améliorer les fonctionnalités de l'outil ADRi en concertation avec les utilisateurs, en incluant notamment les références du médecin traitant.
- Supprimer purement et simplement certains motifs de rejet (comme cela a été fait avec efficacité pour le parcours de soins).
- Intégrer le tiers-payant RC au cahier des charges SESAM Vitale pour contraindre les éditeurs à développer des outils efficaces et conformes aux recommandations.
- Intégrer les données de la complémentaire sur la carte vitale pour une mise à jour unique du dossier patient.
- Contraindre les complémentaires à intégrer les informations du régime obligatoire pour mettre à jour leurs bases de données dès lors que ces infos conditionnent le remboursement d'actes aux professionnels de santé, le maintien ou le déploiement du tiers payant intégral
- Revoir les termes de la collaboration entre les liquidateurs et les complémentaires pour que les seconds donnent aux premiers les moyens de rembourser correctement les professionnels de santé (respect des délais, traitement dématérialisés des relances et des impayés, accès aux BDO pour la modification des données adhérents)
- Construire une passerelle informatique permettant de gagner du temps dans le rapprochement bancaire et le titrage des recettes par le Trésor Public (Centres de santé des collectivités territoriales).
- Imposer un libellé de virement commun aux organismes complémentaires qui permette d'identifier facilement l'origine du règlement.
- Verser aux centres de santé un forfait couvrant l'achat des lecteurs de cartes Vitale – CPS.

1. Les prochaines échéances

Le groupe de travail spécifique aux centres de santé, recommandé dans le rapport de l'IGAS, se réunira pour la première fois le 1^{er} juin 2018, à la CNAMTS en présence de l'Inter AMC et de l'ASIP.

La FNCS y participera, et mettra tout en œuvre pour faire progresser la pratique du tiers-payant dans les centres de santé et répondre ainsi à une demande forte de ses adhérents.