

## TIERS PAYANT GENERALISE : LE RAPPORT COMMUN DE L'ASSURANCE MALADIE ET DES COMPLEMENTAIRES

### MESSAGES CLÉS

« L'offre de services que nous proposons conjointement nous permettra d'être au rendez-vous pour la généralisation du tiers payant. C'est une attente forte de nos assurés. Et notre solution répond aux demandes des professionnels de santé », précise Emmanuel Roux, directeur général de la Mutualité Française et président de l'Association des complémentaires santé pour le tiers payant.

### POINT DE SITUATION

**130 000 professionnels de santé** pratiquent aujourd'hui le tiers payant avec les complémentaires santé, à leur grande satisfaction et à celle de leurs patients : 93% des pharmaciens ; 84 % des biologistes ; 65% des infirmières ; 46% des centres de santé ; 45% des orthophonistes.

**La loi, après décision du Conseil Constitutionnel**, prévoit que les professionnels de santé devront pratiquer le tiers payant sur la part remboursée par l'Assurance maladie, d'ici 2017. Ils pourront également faire bénéficier leurs patients du tiers payant sur la part remboursée par la complémentaire santé, mais sans obligation légale. Il s'agira d'un service supplémentaire qu'ils décideront d'appliquer ou non, dans un contexte où les patients plébiscitent le tiers payant. De leur côté, les complémentaires santé sont tenues de proposer ce service à leurs assurés dans le cadre des « contrats responsables et solidaires », dès le 1er janvier 2017.

Conformément au calendrier fixé par la loi de santé, l'Assurance maladie et les complémentaires santé ont présenté, le 17 février, un **rapport** commun sur les solutions conjointes permettant de généraliser le tiers payant en 2017.

Dans la perspective de cette généralisation, la Mutualité Française, la FFSA<sup>1</sup> et le CTIP<sup>2</sup> ont créé une **association** afin de proposer une solution commune simple et sûre, dont les modalités concrètes devront être construites avec les professionnels de santé, les opérateurs de tiers payant et les éditeurs de logiciels.

### LES PROPOSITIONS DU RAPPORT

Fruit d'un travail de plusieurs mois, le rapport donne la vision conjointe de l'Assurance maladie et des complémentaires santé qui ont évalué tous les scénarios possibles, dans la perspective de la généralisation du tiers payant.

Les auteurs du rapport préconisent un **socle de services** de tiers payant, répondant aux demandes des professionnels de santé en termes de simplicité, de garantie et de délai de paiement.

Le rapport s'appuie sur de **nouveaux services en ligne** et l'utilisation du dispositif Sesam-Vitale déjà

largement déployé auprès des professionnels de santé. Il met en avant les évolutions prévues pour sécuriser et simplifier les points clés du processus de tiers payant :

- **L'automatisation de la garantie de paiement** et un engagement sur les délais, fournis par les financeurs aux professionnels de santé, via la Carte Vitale et le déploiement progressif de téléservices à partir de juillet 2016.
- **Un contrat de tiers payant commun à toutes les complémentaires**, accessible aux médecins via un portail internet unique.
- **De nouvelles règles adoptées pour réduire le taux de rejet des factures**. En particulier, le non-respect du parcours de soins ne devra plus empêcher le paiement du professionnel.
- **L'harmonisation des normes de facturation, d'information et de virement bancaire** de l'Assurance maladie et des complémentaires santé, permettant un suivi automatisé des factures et des paiements.

Ces avancées constituent un « **socle de services** » qui sera testé par les professionnels de santé volontaires et adapté en fonction de leurs attentes. Les professionnels de santé seront libres de choisir le service qui correspond le mieux à leurs besoins. A partir de ce socle, les éditeurs de logiciels et les opérateurs de tiers payant pourront également leur proposer des services supplémentaires.

### LES BÉNÉFICES DU TIERS PAYANT

Pour les **assurés** :

- **Faciliter l'accès aux soins**, les mutuelles et autres organismes complémentaires pouvant éviter aux patients d'avancer **11,2 mds d'€** par an (soit 4,4 mds d'€ en plus), chez le médecin.
- **Ne pas avancer les frais** chez le professionnel de santé, **alors qu'ils ont déjà réglé leurs cotisations** à l'Assurance maladie et à leur complémentaire santé.
- **Conserver** totalement leur **liberté de choix** du professionnel de santé.

Pour les **professionnels de santé** :

- **Préserver le temps médical avec leurs patients**. Le système de tiers payant développé par les complémentaires est **simple** à utiliser et totalement **automatisé**, de la vérification des droits des assurés à la facturation et au virement bancaire.
- **Avoir une véritable garantie de paiement automatisée**, chaque financeur (Assurance maladie et complémentaires) s'engageant également sur des délais de paiement.
- **Réduire drastiquement le taux de rejet de leurs factures**.
- **Conserver totalement leur liberté de prescription**.

<sup>1</sup> Fédération française des sociétés d'assurances

<sup>2</sup> Centre technique des institutions de prévoyance

