

UNE ALTERNATIVE AU DISPOSITIF DU TIERS PAYANT : LA CARTE DE PAIEMENT DÉDIÉE AUX FRAIS DE SANTÉ



AVIS D'EXPERT



Par **Vincent Lequenne** – Directeur Associé, Kadris Consultants



et **Benjamin HERBERT** – Senior Manager, Kadris Consultants

De récentes évolutions réglementaires et technologiques donnent aux organismes d'assurance maladie complémentaire l'opportunité d'innover, en proposant à leurs adhérents une solution alternative de gestion du tiers payant présentant les mêmes avantages pour le patient, et à même de lever l'opposition des professionnels de santé à la généralisation du tiers payant, prévue par la loi de santé à l'horizon 2017.

Le tiers payant a pour objectif d'éviter aux assurés de payer des frais de santé qui leur seront remboursés in fine par l'assurance maladie. Sa généralisation, prévue par la loi de santé¹, a soulevé – et soulève encore – de fortes résistances chez les professionnels de santé, en particulier chez les médecins libéraux. En effet, ces derniers, très attachés au principe du règlement direct de leurs honoraires par le patient², voient dans le tiers payant généralisé une source de complexité administrative supplémentaire, et une augmentation du risque d'impayé. Le 21 janvier 2016³, le Conseil constitutionnel a validé la généralisation du dispositif pour la part relevant des régimes obligatoires (RO), mais l'a, en revanche, rejetée pour la part prise en charge par les régimes complémentaires (RC), soulignant par là-même les complexités de mise en œuvre du tiers payant intégral, déjà pointées par l'IGAS en 2013⁴.

COMPLEXITÉ ET CONTRAINTES DU DISPOSITIF EXISTANT

Déjà pratiqué par la quasi-totalité des pharmaciens, le tiers payant intégral permet à l'assuré qui présente sa carte Vitale et sa carte de mutuelle, de ne régler que l'éventuel « reste à charge ». Si ce système fonctionne globalement bien, il demande à chaque professionnel de santé de s'équiper, en plus du terminal Sesam-Vitale, d'un logiciel lui permettant de transmettre les informations indispensables pour être remboursé par les régimes obligatoire et complémentaire de chaque patient.

Aujourd'hui, la mise en œuvre du tiers payant se fait essentiellement selon deux scénarios dont aucun n'est véritablement simple pour les professionnels de santé :

- **Le premier scénario**, peu répandu, est calqué sur l'utilisation de la carte Vitale hors tiers payant et repose sur le même dispositif technique. Il suppose que l'organisme complémentaire se soit déclaré auprès du RO de l'assuré (pour valider le lien NOEMIE), et conditionne le remboursement de la part complémentaire à la liquidation de la part obligatoire. Il fait donc peser sur les professionnels de santé un risque d'impayé qu'ils ne peuvent pas maîtriser.

- **Le deuxième scénario** repose sur l'éclatement des flux d'informations vers les organismes obligatoire et complémentaire, avec deux variantes possibles :

- **l'éclatement opéré par un organisme concentrateur technique** (OCT) qui ventile également les flux de retour entre les parties prenantes. Avec cette variante, l'organisme complémentaire n'est pas obligé d'attendre le décompte RO pour payer le professionnel de santé. En revanche, ce dernier devra avoir souscrit auprès d'un organisme de tiers payant un service de gestion du tiers payant RC. Pour chaque prestation, il sera donc forcé de réconcilier plusieurs sources d'informations, afin de s'assurer que le règlement a bien été versé dans sa globalité (part RO, part RC et reste à charge).

¹ Définitivement adoptée par les députés le 17 décembre 2015.

² Cf. article L. 62-2 du code de la sécurité sociale

³ Décision n° 2015-727 DC du 21 janvier 2016

⁴ Inspection générale des affaires sociales, Rapport sur le tiers payant pour les consultations de médecine de ville, juillet 2013

• **l'éclatement à la source avec demande de remboursement électronique** (DRE). Cette variante permet au professionnel de santé de transmettre, simultanément et depuis son poste, une feuille de soins électronique (FSE) à l'assurance maladie obligatoire, et une demande de remboursement à l'organisme complémentaire.

AU CŒUR DES ENJEUX : LA FIABILITÉ DES FLUX D'INFORMATIONS ET DES PAIEMENTS

Quel que soit le scénario, le point névralgique du dispositif est la fiabilité de l'aiguillage des flux d'informations et de paiements entre les parties prenantes. Si aujourd'hui seulement 2% à 3% des transactions se perdent ou sont l'objet d'un rejet, la gestion de ces cas se révèle compliquée et chronophage pour les professionnels de santé. Leur crainte est que la généralisation du tiers payant qui ne les oblige à consacrer de plus en plus de temps et d'énergie à des tâches de gestion administrative et comptable, au détriment de leur cœur de métier. C'est particulièrement vrai pour les médecins qui, travaillant souvent seuls, n'ont généralement pas de personnel pour s'occuper de ce type de problèmes, contrairement aux pharmaciens, laboratoires et autres disciplines, chez qui le tiers payant est davantage développé.

L'inquiétude des professionnels concerne aussi l'augmentation du risque d'impayé. Sans vouloir le minimiser, rappelons qu'il existe une garantie de paiement pour les médecins sur la partie RO et que, en cas de droits fermés, les complémentaires ont tendance à payer au moins la première prestation si le patient a montré une carte valide. En cas de généralisation du tiers payant, ces garanties, qui protègent en partie les revenus des professionnels de santé, exposeront en revanche les AMC (Assurances Maladies Complémentaires) à un risque d'indu important. Pour limiter ces risques, le rapport de l'IGAS recommande la mise en place d'une consultation en temps réel du droit des assurés. Ce type de processus, qui existe déjà pour les demandes de prise en charge, requiert un dispositif technique lourd, en capacité de fournir des réponses instantanées – ce qui a forcément un coût, lequel ne peut que rejaillir in fine sur les assurés...

L'ALTERNATIVE SUGGÉRÉE PAR KADRIS

De tout ce qui précède, il résulte que, même si elle est possible d'un point de vue technique, une généralisation en l'état du tiers payant ne peut se faire qu'au prix d'une inflation significative de la complexité du dispositif et des coûts induits pour maîtriser cette complexité. C'est la raison pour laquelle Kadris explore d'autres possibilités comme alternative au tiers payant. Celle-ci

pourrait prendre la forme **d'une carte de paiement à débit différé dédiée aux frais de santé**, proposée par les organismes complémentaires à leurs adhérents et acceptée par tous les professionnels de santé.

Une telle solution présenterait l'avantage de réconcilier les intérêts et de répondre à moindre coût aux enjeux, parfois antagonistes, des différentes parties prenantes du système de santé. La différence majeure avec le système du tiers payant est qu'elle s'appuierait, non pas sur une infrastructure technique dédiée, mais sur un système d'échange de flux de données extrêmement performant et éprouvé de longue date : **le système de paiement bancaire**. L'accès des organismes complémentaires à cette infrastructure est rendu possible par :

- des évolutions réglementaires qui permettent d'obtenir beaucoup plus facilement qu'avant le statut d'établissement de paiement⁵ ;
- l'existence d'opérateurs de services bancaires à même de gérer pour le compte des complémentaires (et sans apparaître), l'émission des cartes de paiement et les flux de transactions générés par l'utilisation des cartes ;
- le nombre croissant de professionnels de santé, y compris de médecins, acceptant d'ores et déjà le règlement par carte bancaire et donc équipés d'un terminal de paiement adéquat ;
- l'apparition, pour les professionnels ne disposant pas d'un terminal de paiement, de solutions simples et peu coûteuses pouvant fonctionner à partir d'un Smartphone.

PRINCIPE DE FONCTIONNEMENT

Dans cet écosystème favorable, la carte de paiement pourrait d'autant mieux se substituer aux mécanismes existants du tiers payant, que les dépenses de santé sont aujourd'hui remboursées aux assurés dans des délais relativement courts⁶ et avec une fiabilité élevée via le système Sesam-Vitale. Les points clés du fonctionnement sont les suivants :

- La carte serait émise par un organisme complémentaire, qui s'appuierait sur les services d'un opérateur de services bancaires externalisé ;
- La carte ne fonctionnerait que chez les professionnels de santé identifiés comme tels auprès du registre FINESS⁷, et pourrait être utilisée quelle que soit la nature des dépenses (par exemple achat parapharmacie, ...)
- La carte ne pourrait être utilisée que lorsque les droits de l'assuré seront ouverts et lorsque l'autorisation de paiement sera donnée, ce qui réduirait les risques de fraude ou d'impayé ;
- Le professionnel de santé serait réglé de la totalité des dépenses au moment des soins ; il n'aurait plus à faire d'avance de frais ;

⁵ Directive européenne sur les Services de paiement de 2007 (DSP1) transposée dans la loi française en 2009

⁶ 4 jours en moyenne pour l'AMO et entre 5 et 15 jours pour l'AMC (source : rapport IGAS 2013).

⁷ Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux.

**UNE ALTERNATIVE AU DISPOSITIF DU TIERS PAYANT :
LA CARTE DE PAIEMENT DÉDIÉE AUX FRAIS DE SANTÉ**

- Le professionnel de santé initierait le processus de remboursement du patient via le système Sesam-Vitale hors tiers payant ;
- Le compte bancaire de l'assuré ne serait débité qu'une fois que l'AMO et l'AMC l'auraient remboursé.
- L'assuré recevrait régulièrement un relevé lui indiquant les remboursements en lien avec les dépenses débitées.

Un point essentiel reste cependant à définir, à savoir les modalités de calcul du reste à charge pour l'assuré au moment du règlement des prestations. Contrairement au système actuel (où le professionnel de santé est obligé d'obtenir cette information afin de demander à son patient de lui payer le reste à charge), ce nouveau dispositif ferait porter sur l'assuré la responsabilité de connaître ce qui restera finalement à sa charge avant d'engager la dépense. Si cette fonction a été historiquement remplie par les professionnels de santé du fait de leur équipement informatique et leur accès à une connexion réseau, le développement des technologies mobiles permet de remettre l'assuré au centre de ces échanges d'information, sans nécessairement passer par les nombreux intermédiaires existants.

ou à de nouveaux acteurs de type « fintech », qui ne manqueront pas d'exploiter les possibilités ouvertes par les assouplissements réglementaires.

En étant les instigateurs, non seulement les organismes complémentaires proposeraient un service à forte valeur ajoutée à leurs adhérents mais, de plus, ils s'épargneraient les lourdeurs et les coûts de l'écosystème technique utilisé pour faire le tiers payant – coûts qu'ils supportent en très grande partie et qui se répercutent nécessairement, d'une manière ou d'une autre, sur les assurés eux-mêmes.

Enfin, dans un contexte hyperconcurrentiel et encadré, où la connaissance client devient un différenciateur majeur, la mise en place d'une carte de paiement serait pour les organismes complémentaires une opportunité de récupérer directement de précieuses informations sur les habitudes de consommation de leurs adhérents afin de développer de nouvelles offres, et de nouveaux services personnalisés.

V.L.

B.H.

**DES BÉNÉFICES POUR TOUTES LES
PARTIES PRENANTES DU SYSTÈME
D'ASSURANCE SANTÉ**

Pour les assurés : une extension des facilités d'accès aux soins, offerte par le principe du tiers payant.

Pour les professionnels de santé : l'allègement de la charge administrative liée au tiers payant et la gestion du risque d'impayé.

Pour les organismes du régime obligatoire : le maintien de la cohérence, de la fiabilité et de la performance du système.

Pour les organismes complémentaires : le développement d'offres différenciantes à coûts maîtrisés dans un contexte de plus en plus normalisé et concurrentiel.

LE BON TIMING POUR LES COMPLÉMENTAIRES

L'écosystème technologique et métier donne, dès aujourd'hui, les moyens aux mutuelles et autres organismes complémentaires de mettre en place une telle offre d'avance de frais de santé via le système bancaire. Les organismes complémentaires ont tout intérêt à prendre l'initiative de développer ce type d'offre plutôt que de laisser le champ libre aux banques

A PROPOS DES AUTEURS

Vincent Lequenne est Directeur Associé au sein de **Kadris Consultants**. Il affiche plus de 25 années d'expérience dans le secteur de la protection sociale (publique et privée) et des assurances. Il possède une double expertise des métiers du secteur et des technologies et services de l'information, acquise au travers d'une riche expérience professionnelle au sein d'organismes du régime obligatoire ou complémentaire. Depuis plus de 10 ans, il est également enseignant associé, d'une part au Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM) ainsi qu'à l'université Paris IX Dauphine (Masters en Economie et Gestion de la Santé).

Benjamin Herbert est Senior Manager chez **Kadris Consultants**. Il travaille dans le conseil depuis plus de 15 ans, dont près de 10 ans dans le secteur de la protection sociale. Il intervient sur des projets de transformation ou d'optimisation métier et sur leur mise en œuvre opérationnelle, notamment à travers les projets liés aux systèmes d'information.

A PROPOS DE KADRIS

Kadris Consultants, cabinet de conseil en stratégie et management du Groupe **Keyrus**, est un cabinet de référence en France sur les secteurs de la Santé et de la Protection Sociale (Santé-Prévoyance-Retraite-Dépendance). Il propose un panel élargi de compétences pour permettre aux acteurs de ces secteurs de s'adapter aux nouvelles technologies ou aux différentes évolutions réglementaires. Dans un secteur en grande transformation, **Kadris** apporte une expertise à forte valeur ajoutée à même de contribuer à la réussite des projets d'évolution stratégique ou structurelle.

Kadris Consultants intervient sur des domaines particulièrement prégnants sur ces secteurs : stratégie partenariale et de développement, rapprochements et fusions, stratégie commerciale et marketing, refonte de gamme produits et services, optimisation de la relation adhérents ; évaluation et audit (dispositifs sanitaires et médico-sociaux,...) ; conduite et pilotage de projets ; assistance à maîtrise d'ouvrage ; conseil en management des organisations (diagnostics ou audits de performance et recommandations) et accompagnement au changement.

Kadris Consultants trouve dans le savoir-faire historique de **Keyrus** – maîtrise des technologies de traitement et d'analyse de l'information issue des activités de «Business Intelligence», méthode agile, cycle court et collaboratif du monde du Web – un enrichissement naturel de ses compétences qui le rendent unique dans le paysage du conseil.

Plus d'informations sur **Kadris** : www.kadris.fr et sur **Keyrus** : www.keyrus.fr