

Comité Opéra

LES 2^{ÈMES} RENCONTRES

Comité Opéra

21 OCTOBRE 2010

Tiers-payant
et réseaux
de soins

Tiers-payant et réseaux de soins : quels enjeux en termes d'accessibilité et de performance ?

Après des Premières Rencontres dédiées au « reste à charge », qui a permis d'apporter un éclairage sur un dossier sensible en période de tension sur le pouvoir d'achat et de recherche d'une meilleure maîtrise des dépenses de santé, le Comité Opéra poursuit son analyse des évolutions du système de santé et de protection sociale français.

Pour ses Deuxièmes Rencontres, notre cercle de réflexion a souhaité ouvrir le débat sur deux notions qui, si elles sont distinctes, n'en sont pas moins étroitement liées : le tiers-payant et les réseaux de soins.

Un choix qui s'inscrit dans la volonté du Comité Opéra de donner une vision globale des défis et des évolutions auxquels les « payeurs », les professionnels de santé et les assurés sociaux sont confrontés et de faire avancer la réflexion sur des enjeux majeurs. Avec une thématique qui suscite de nombreuses questions.

Le tiers-payant est réputé permettre une meilleure accessibilité aux soins. Un postulat qui mérite discussion : si le tiers-payant se justifie pour les personnes en situation précaire, ou pour les dépenses médicales lourdes, qu'en est-il pour les autres cas ? Quel est le coût du tiers-payant en matière de gestion ? Y a-t-il un effet inflationniste du tiers-payant ?

Dès lors qu'il s'agit de soins donnant lieu à un dépassement de tarif ou de soins non pris en charge par le régime de base, quelle forme prend l'accord préalable ? Les réseaux de soins mis en place par les assureurs complémentaires peuvent-ils permettre d'alléger les contrôles, en se fondant a priori sur la confiance avec les professionnels qui adhèrent à ce réseau ?

Pour apporter des réponses, évoquer des pistes d'action et de réflexion, le Comité Opéra a réuni des intervenants représentant des principaux acteurs impliqués : opérateurs de tiers-payant, mutuelles, Caisse Nationale d'Assurance Maladie, pharmaciens, médecins et politiques.

Cette note présente les principaux enseignements de cette réunion, animée et riche de débats qui, n'en doutons pas, vont se poursuivre dans les prochains mois et probablement dans les prochaines années.

Michel HERMANT
Président du Comité Opéra

I • TIERS-PAYANT ET RÉSEAUX DE SOINS : DÉFINITION ET TENDANCES

Les termes tiers-payant et réseaux de soins sont peu à peu rentrés dans le langage commun. Mais sait-on précisément ce que recouvrent ces deux notions ? Quels sont les liens entre elles ? Pas si sûr. Cela mérite, en tous les cas, que l'on s'attache à les redéfinir et à les préciser pour pouvoir mieux faire émerger les enjeux.

1. TIERS-PAYANT ET RÉSEAUX DE SOINS : DE QUOI PARLE-T-ON ?

Tiers-payant

Le tiers-payant fait partie, aujourd'hui, du quotidien des Françaises et des Français, dont il a peu à peu investi la vie courante. On dit, d'ailleurs, qu'il s'est généralisé. En effet, quoi de plus naturel, lorsque vous allez chez le pharmacien ou le médecin, que d'être dispensé de l'avance de frais et donc de n'avoir à payer que la partie de la prestation qui vous revient, en tant qu'assuré social ?

Le tiers-payant : définition

« Dans le droit de la Sécurité Sociale, le régime du "tiers-payant" est la facilité donnée au malade d'être exonéré de faire l'avance de la partie des dépenses de santé qui est prise en charge par le Régime Obligatoire. Cette dispense résulte d'accords conclus par les établissements, les praticiens et les organismes sociaux en application de l'article L322-1 du Code de la Sécurité Sociale qui le prévoit. Sous le régime de la Carte Vitale, le patient règle à l'établissement hospitalier, au pharmacien ou au praticien, le montant des sommes correspondant aux prestations reçues et la Caisse d'assurance maladie le rembourse du montant des sommes qu'il a versées sous déduction de sa participation dite "ticket modérateur".

Si l'assuré a souscrit une assurance auprès d'un organisme tiers, tel qu'une compagnie d'assurances ou un organisme mutualiste, le coût est réglé directement au fournisseur de la prestation, d'une part par la Caisse et d'autre part par l'organisme qui couvre la valeur du ticket modérateur, chacun pour sa part. »

Source : dictionnaire juridique de Serge Braudo

Un tiers-payant au sein duquel il convient de faire la distinction entre :

- Le tiers payant dit « simple » : celui lié aux dépenses de pharmacie, chez le médecin généraliste ou le spécialiste, qui fait l'objet d'une prise en charge directe (généralisé pour le Régime Obligatoire et aujourd'hui quasi-généralisé pour les organismes complémentaires) ;

- Le tiers-payant dit « complexe » : celui lié aux dépenses en optique, dentaire, audioprothèse, frais de séjour en hôpital, en centre de santé, ou en clinique, et demande un devis et une acceptation préalable.

Dans chaque cabinet médical, sont éligibles « de plein droit » au tiers-payant les actes relevant :

- Des accidents du travail
- Des maladies professionnelles
- Des bénéficiaires de la CMU / CMUC
- Des bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat (AME)
- De l'article L115 (invalides de guerre)

Au-delà de ces prestations « légales », il existe des prestations dérogatoires au sein de l'Assurance Maladie :

- Fonds sanitaire et social (prise en charge pour des personnes à très faibles revenus, sous conditions de ressources) ;
- Réseaux de santé financés par l'Assurance Maladie et l'Etat, qui ont développé des prestations dérogatoires dans l'attente d'une prise en charge de remboursement ou d'expérimentation sur leur efficience ;
- ... avec des possibilités de transfert dans le remboursement, comme ce fut le cas, par exemple pour la podologie pour certains diabétiques.

Sans oublier, également, des disparités régionales qui peuvent s'avérer particulièrement importantes. Elles rendent la lisibilité générale plus difficile, mais explique largement les dernières dispositions législatives, et notamment la loi Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST), qui vise précisément à rentrer dans des logiques territoriales, avec la création des Autorités de Santé Régionales et, en lien direct avec notre sujet, l'incitation faite aux professionnels de santé à travailler en réseaux.

D'un point de vue macro-économique, quelques chiffres communiqués lors des Rencontres par la représentante de l'Assurance Maladie, le Dr Catherine Bismuth, permettent d'appréhender le « poids » du tiers-payant :

- Des remboursements, pour l'année 2008, à hauteur de 86 milliards d'euros
- 57% des postes de dépenses de l'Assurance Maladie (Régime Obligatoire)
- Concernant la répartition du tiers-payant :
 - Plus de 1/4 des montants remboursés le sont dans le cadre des Affections de Longue Durée (ALD),
 - 16% vont à la CMUC,
 - ...et l'on trouve, ensuite, une multitude de situations, dont la grande diversité rend d'ailleurs assez difficile une vision d'ensemble et multiplie les taux.

Autant dire un poids qui est très loin d'être négligeable, et qui pèse particulièrement lourd sur l'ensemble du système.

Réseaux de soins

Seconde notion à définir : les réseaux de soins. Des réseaux de professionnels de santé, constitués sur une base « métier » (discipline), selon une procédure qui est celle du conventionnement.

Les réseaux de soins : définition

Un réseau de soins, c'est d'abord la collaboration, sur la base du volontariat, dans une zone géographique donnée, de professionnels de santé de disciplines différentes : médecins généralistes, médecins spécialistes, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes, mais aussi psychologues et travailleurs sociaux.

Le patient est au centre du dispositif : les professionnels se concentrent sur la prise en charge de patients souffrant d'une pathologie ou victimes d'un problème médico-social spécifique, ou encore se coordonnent pour une prise en charge globale (toutes pathologies confondues) de leurs patients, axée sur la prévention. Les pathologies sont le plus souvent des pathologies chroniques (asthme, diabète, hypertension artérielle, dépression...) ou lourdes (VIH, VHC, cancers). Beaucoup de réseaux s'organisent aussi autour de la prévention et de la prise en charge de l'alcoolisme, de la toxicomanie ou de l'aide à des populations en difficulté.

L'objectif d'un réseau est d'améliorer la prise en charge d'une pathologie ou d'un type de population précis : son fondement est la coordination des professionnels qui s'engagent à assurer la continuité des soins et à améliorer leur qualité, avec des protocoles définis en commun, tout en mesurant les coûts engendrés. Ceci se traduit par exemple par une économie de temps et un gain d'efficacité dus au fait que les examens nécessaires sont effectués une fois mais pas deux et que les médecins impliqués dans la prise en charge du patient ont échangé toutes les informations utiles. L'objectif d'un réseau est aussi d'attirer des patients mal ou non soignés dans un système où ils sont mieux « cadrés » et où ils ont moins de démarches difficiles à mener tout seuls.

Des réseaux qui comportent une dimension tiers-payant, consistant à assurer la gestion des flux de remboursements entre les professionnels de santé et les mutuelles/assurances... mais pas seulement. Comme nous allons le voir, l'offre qui y est liée devient de plus en plus large, intégrant une logique d'information et d'orientation.

2. LES ACTEURS ET LEUR OFFRE

L'ère des « Groupes de Management Santé »

Pour constituer et travailler avec ces réseaux de soins, il existe des opérateurs tels que Carte Blanche, Ligne Claire, Santé Claire ou Terciane (pour n'en citer que quelques-uns parmi les plus connus), et bien d'autres encore, dont le rôle consiste à conventionner des professionnels de santé et à proposer des services aux mutuelles et aux assureurs.

Peu, voire pas connus, du grand public, ces opérateurs, rebaptisés « Groupes de Management Santé » par Claire Bodin – une appellation qui précise mieux l'augmentation de la valeur ajoutée qu'ils apportent et que se sont appropriée les représentants des opérateurs présents lors des Rencontres –, présentent des profils différents.

Ces groupes se divisent en deux grandes catégories :

- Les Groupes de Management Santé avec réseaux (qui protègent, aujourd'hui, plus de 27 millions de personnes)
- Les Groupes de Management Santé sans réseaux

Les GMS avec réseaux : quelques exemples

Partagés

- Carte Blanche : 2,5 millions (Swiss Life, clients des courtiers GMC, Henner,...)
- Groupama : 6 millions (Groupama, Gan, BTP, Agrica,...)
- Equasanté : 3 millions (MGEN, Matmut,...)
- Terciane (Mutuelle En Famille, Mutuelle du Midi, Ag2r prévoyance,...)

Commercialisés

- SantéClair : 5,5 millions (Allianz, Maaf, MMA, Ipeca, Mutuelle Générale de la Police, Mutuelle Générale des Cheminots, courtiers,...)
- Itelis : 4 millions (Axa, Mutuelles Mieux-Etre, UFR, courtiers,...)
- Kalivia : nouveau réseau constitué en 2010 par Malakoff-Médéric et Harmonie Mutualités

Les GMS sans réseaux : quelques exemples

Partagés

- Ligne Claire : 3 millions (Mutuelle Générale, MNT, MNH)
- Actil, Korelio, Gras Savoye, Mercer, Mip, Apri, Apgis, Adocys, Fil Assistance (CNP)
- Priorité Santé Mutualiste : FNMF

Commercialisés

- Viamedis : 3,5 millions (Malakoff-Médéric, Harmonie Mutuelles, Mutuelles Existence, Mutuelle Bleue, Pasteur Mutualité,...)
- Carrés Bleus : 1 million (La Poste, MGEN pour la partie devis)

Une offre élargie avec des « bouquets de services »

Sur la dimension purement « réseaux », il existe, en schématisant, plusieurs niveaux :

- Niveau 1 : tiers-payant
- Niveau 2 : optique / dentaire / audio-prothèse avec des critères qui prennent en compte aussi bien la qualité que le prix
- Niveau 3 : médecine complémentaire et préventive : référentiel de qualité, où l'assuré a du mal à trouver le professionnel qui va avoir une activité particulière (besoins émergents, mais qui ont également vocation à rejoindre des réseaux médico-économiques - réseau 2)
- Niveau 4 : réseau hyper spécialisé, en accord avec la profession et sur des expertises très ciblées (trouver le bon professionnel, par exemple un sexologue, un ophtalmologiste spécialisé en DMLA,...)

Mais les prestations des Groupes de Management Santé dépassent largement cette dimension réseaux. Si elles constituent le cœur de leur activité, un socle sur lequel l'ensemble des opérateurs se retrouve, ces derniers se sont engagés dans une démarche d'extension du périmètre de leur offre :

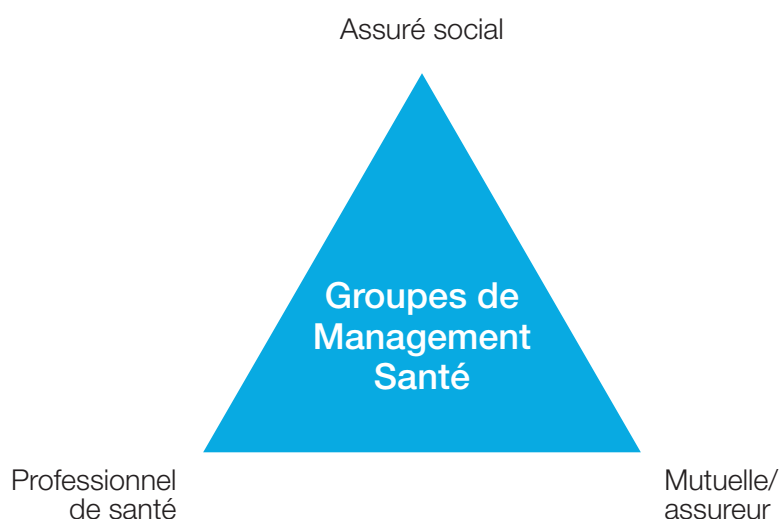
- Analyse de devis
- Conventionnement (réseaux de soins)
- Information
- Orientation
- Coaching
- Conseil

La nature même de cette nouvelle offre va leur permettre de mieux orienter la consommation de soins et de peser sur elle, à travers notamment l'orientation vers des professionnels de santé conventionnés, respectant des critères stricts en matière de qualité et de tarifs. Mais également en participant, à travers les plateformes et les services proposés, au mouvement actuel visant à « réinventer » l'information santé, à favoriser la prévention et donc à accompagner les évolutions majeures que connaît notre système de santé.

Nous assistons au développement de véritables « bouquets » de services et de réseaux, (avec ou sans tiers-payant, sans tiers-payant mais avec services...), avec des opportunités de croisement de plus en plus nombreuses. Des « bouquets » dont le développement et l'enrichissement va s'appuyer sur la capacité à aller de plus en plus loin dans la segmentation, avec des logiques de positionnement « qualité – prix », d'offre premium, de spécialités de plus en plus pointues.

Un positionnement de plus en plus central ?

L'une des conséquences de cette évolution est que ces opérateurs se trouvent de plus en plus au centre de la relation entre les différents acteurs intervenant dans la consommation et la prise en charge des soins de santé :



Cela tend à en faire des acteurs majeurs, appelés à travailler de plus en plus aux côtés de leurs partenaires :

- Au renforcement du dialogue et des échanges entre les différents acteurs ;
- À l'établissement d'une coopération renforcée avec les mutuelles et les assureurs, pour concevoir et mettre en œuvre les outils les mieux adaptés en s'appuyant sur les possibilités offertes par les évolutions technologiques ;
- À leur proposer une offre de plus en plus complète, dont les plateformes sont la traduction technique la plus visible, le « front office » ;
- Et, au-delà, grâce à l'ensemble des informations qu'ils sont amenés à traiter, à la recherche des déterminants médicaux, économiques et sociaux de la consommation de soins.

En clair, il s'agit de bien autre chose qu'une fonction de « payeur », de « caisse » dans le cadre de l'utilisation du tiers-payant. Nous observons ainsi un déplacement du centre de gravité de leur action, qui passe d'une fonction essentiellement technique et comptable, à une fonction d'accompagnement, de conseil. Un glissement dont personne ne maîtrise véritablement toutes les conséquences et toutes les implications.

II • LES ENJEUX

Si le choix a été fait de lier ces deux notions, c'est parce que seule leur prise en compte globale permet de faire véritablement émerger les enjeux qu'ils recouvrent. Des enjeux au croisement de la solidarité, de la performance médico-économique, de la responsabilisation des acteurs, tout en recherchant l'équilibre général du système. Equation pas si simple qu'il n'y paraît !

1. DES ENJEUX MULTIPLES

La définition et la présentation des acteurs du tiers-payant et des réseaux de soins suffisent à faire comprendre qu'ils sont au cœur d'enjeux majeurs pour notre système de santé. Des enjeux qui doivent être pensés en termes :

- D'intégration d'une nécessaire dimension de solidarité, à la base de notre système de santé ;
- De capacité à traiter de façon différenciée les assurés sociaux (sur la base d'informations de plus en plus qualifiées et de réponse à des attentes identifiées) ;
- De passage, que l'on observe dans le comportement et les nouveaux formats d'offre proposés par la plupart des acteurs publics et privés, d'une logique de prise en charge « curative » à une logique « préventive » basée sur l'accompagnement et la sensibilisation en amont ;
- ... Et, cela va sans dire – mais peut-être encore mieux en le disant – de recherche d'un équilibre économique général du système.

Et lorsque l'on évoque le tiers-payant, il apparaît clairement qu'il s'agit d'un dispositif que nous pourrions qualifier de « multi-facettes », avec des aspects positifs et d'autres plus négatifs.

Côté « plus », le tiers-payant présente de nombreux avantages, parmi lesquels :

- Pour les malades : une simplification des démarches administratives, une accessibilité aux soins facilitée pour chaque individu, et ce quels que soient ses moyens. L'absence d'avance de la part prise en charge par le Régime Obligatoire et le Régime Complémentaire par les assurés fait du tiers-payant un dispositif que l'on peut considérer comme « socialement équitable », puisqu'il répond aux besoins de personnes qui sont éloignées du système de soins pour des raisons socio-économiques ;
- Pour les professionnels de santé : un accompagnement, une aide pour la prise en charge de ces personnes en difficultés, et une source de diminution des impayés... ainsi que des risques d'agression, en raison de l'absence de caisse ;

- Pour le système de santé : le tiers-payant permet en partie d'éviter que des personnes à faibles ressources reportent des soins et risquent donc potentiellement une aggravation de leur état de santé, voire le développement de pathologies pouvant s'avérer fort coûteuses.

Côté « moins », il faut bien admettre qu'il comporte un certain nombre d'inconvénients :

- Il génère un « manque de lisibilité » qui pose problème, la part prise en charge par l'Assurance Maladie se faisant de façon « opaque » (même si les informations sont inscrites, comme l'exige la loi, au dos de la facture établie par le pharmacien par exemple) ;
- ... Ainsi qu'une déresponsabilisation, qui touche aussi bien les assurés sociaux que les professionnels de santé, car « si les gens ne sont pas conscients de ce qu'ils paient, ils ne peuvent pas être conscients de la dépense ! » ;
- Comme tout système collectif, il peut faire l'objet de stratégies de contournement ou de détournement, à plus ou moins grande échelle ;
- Enfin, pour le système de santé, l'accès facilité aux soins ou aux médicaments peut également générer une augmentation du nombre d'actes et donc, in fine, du coût pour la collectivité.

Autant d'aspects qui rendent l'analyse délicate et qui peuvent même apparaître, en première lecture, comme presque contradictoires. Mais il s'agit bien des deux côtés d'une même pièce, d'une même réalité dont la complexité doit être prise en compte.

2. UN EFFET INFLATIONNISTE DU TIERS-PAYANT ?

Lorsque l'on évoque le tiers-payant, l'une des questions centrales qui se pose est la suivante : provoque-t-il un effet inflationniste ? Si oui, à quel niveau ? Interrogation qui suscite des débats parfois vifs, et à laquelle il apparaît, finalement, qu'il n'est pas si simple de répondre.

Si les débats en tribune tendaient à minimiser l'effet inflationniste du tiers-payant, lorsque la question a été posée à l'assistance, les positions se sont avérées plus tranchées lors d'un vote à main levée ¹ :

- Pour 80% des présents, le tiers-payant a un effet inflationniste, en raison de l'absence de lisibilité du coût des soins (et de l'accès d'un plus grand nombre de personnes aux soins, ce dont on ne peut que se féliciter) ;
- ... alors que 20% considèrent que ce n'est pas le cas.

De son côté, Philippe Besset, qui représentait la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France lors de ces Rencontres, indiquait que « le tiers-payant n'est pas inflationniste en soi, mais il augmente les dépenses de santé, du fait qu'il est socialement plus équitable et que donc, plus de gens peuvent se soigner. »

¹ Ces informations ne sont que le reflet des positions des personnes présentes dans la salle, et n'ont donc pas de dimension représentative.

Force est de constater que ce débat n'est probablement pas près d'être tranché. Un débat qui mériterait d'ailleurs peut-être d'être davantage posé en termes de « sensibilité au prix », première pierre sur la voie d'une responsabilisation et d'une prise de conscience globale.

En la matière, peut-être un élément objectif tout de même : si l'on prend l'exemple de contrats sans tiers-payant, le différentiel observé avec ceux proposant le tiers-payant est de l'ordre de 10%. Un chiffre similaire, d'ailleurs, à celui des franchises cautionnées, proposées par un opérateur comme France Mutuelle. Cependant, là aussi, une question : cet état de fait est-il lié à la non prise du tiers-payant ou à l'effet des franchises cautionnées... ou au profil (âge, état de santé, ressources,...) des assurés faisant le choix de ce type de contrat ?

3. ATTENTION, CONFUSION ET PARADOXE

Si l'on se place au niveau individuel de l'assuré social, force est de constater que l'on observe un niveau d'attention à sa consommation de « frais de santé » (consultations, médicaments, soins,...) tout à fait différent en fonction de ses modalités de prise en charge :

- Avec le tiers-payant, l'assuré a tendance à ne pas vraiment regarder, son attention se portant exclusivement sur ce qu'il va devoir effectivement dépenser pour se soigner (le « reste à charge ») ;
- Avec le système de franchise cautionnée et les dispositifs incitatifs économiquement à une consommation « responsable », qui font le lien de manière directe entre le niveau de la consommation de frais de santé et le niveau de sa cotisation, l'attention devient plus importante. Dans une période de forte tension sur le pouvoir d'achat, cela devient même un argument de vente, qui présente l'avantage d'être compatible avec la maîtrise des dépenses de santé ;
- Enfin, sans tiers-payant, il va, au contraire, être nettement plus attentif et y regarder à deux fois avant de reprendre, par exemple, un médicament qu'il aurait déjà dans son armoire à pharmacie.

Des comportements que l'on pourrait qualifier « d'humains », mais qui ne manquent pas d'interroger sur les leviers qui permettraient de renforcer l'attention des Français dans leur comportement de soi. Cela d'autant que le tiers-payant peut également s'avérer être source de confusions... voire de paradoxe :

- Confusion : « le tiers-payant, ce n'est pas la gratuité ! ». Il peut arriver fréquemment qu'un assuré confonde le tiers-payant – qui est une avance de frais – avec, par exemple, le remboursement à 100% des frais de santé engagés dans le cadre d'une ALD – la prise en charge. Or, il ne s'agit naturellement pas de la même chose et, in fine, « il y a toujours quelqu'un qui doit payer » ;

- Paradoxe : si le tiers-payant est obligatoire en pharmacie, pour des sommes qui restent le plus souvent relativement modestes (si l'on met de côté les pathologies qui imposent des traitements lourds, avec des médicaments parfois extrêmement coûteux), il ne l'est pas forcément chez les spécialistes, alors que les montants peuvent s'avérer nettement plus élevés. Une réalité qui ne manque pas d'interpeller et de soulever une interrogation, fort légitime, en termes d'équité et de solidarité du système.

En effet, pas si simple !

4. MAÎTRISE ET PILOTAGE

Quatrième enjeu, et pas le moindre : le lien entre responsabilisation et maîtrise du système. Car, pour reprendre une expression entendue lors des Rencontres qui résume, sur un mode immédiatement compréhensible, la réalité actuelle : « la caisse ouverte, c'est bien fini ! »

Grâce à une qualification de plus en plus importante des informations échangées, à des procédures de contrôle renforcées et à la capacité à exploiter les avancées technologiques, le pilotage de la gestion du tiers-payant ainsi que son contrôle ont été considérablement renforcés. Cela dans un objectif simple : agir avec un souci renforcé du panier global et ne pas être seulement une « machine à payer », ce qui suppose d'avoir accès aux informations pertinentes et de pouvoir les maîtriser.

Ces informations sont, en majeure partie, des informations économiques et financières, dont il faut être en mesure de gérer les flux et de les analyser. Mais pas seulement. En effet, nous voyons se développer la diffusion d'informations permettant aux différents acteurs de « rentrer en discussion » et de participer à « éclairer » les décisions et les comportements en matière de santé. Et de ce point de vue, c'est la nature même de l'information diffusée aux différents acteurs qui a changé, qui s'est élargie afin qu'elle puisse répondre à de nouveaux objectifs :

- Intégrer les assurés sociaux, les professionnels de santé et les complémentaires santé dans une relation d'échange, dans une approche ouverte et transparente ;
- Leur diffuser la bonne information, au bon moment, à travers le bon média ;
- Mieux prendre conscience des enjeux, individuels et collectifs, liés à leur consommation de soins.

Cet élargissement, qui doit être analysé à l'aune de l'évolution générale de notre système de santé marquée par le renforcement de la prévention et de l'orientation des pratiques, est probablement un point sur lequel l'évolution a été la plus sensible au cours des dernières années.

III • IMPLICATIONS ET MOYENS

L'importance des enjeux qui viennent d'être évoqués explique le développement du tiers-payant et des Groupes de Management Santé. Un développement qui entraîne de nombreuses implications et nécessite de nouveaux moyens pour relever les défis qui sont devant nous, traiter au mieux les flux générés et accompagner les différents acteurs. En ligne de mire : échanges, nouvelles technologies, interactivité et performance médico-économique. Tout un programme !

1. IMPLICATIONS

Les modalités d'utilisation et de mise en œuvre du tiers-payant ainsi que le développement des Groupes de Management Santé nécessitent la mise en place de dispositifs complexes. En réalité, c'est une véritable « chaîne » qui se met en place, indispensable au fonctionnement du tiers-payant et des réseaux de soins :

- Conventionnement, constitution du réseau ;
- Information en direction des différents publics-cibles (mutuelles/ assureurs, professionnels de santé, assurés sociaux) ;
- Gestion de flux d'information complexes, très largement dématérialisés ;
- Contrôle et suivi.

Dans cette chaîne, la transmission des informations est un maillon essentiel. C'est ce qui a notamment nécessité le développement de solutions techniques et dématérialisées de plus en plus complexes et performantes. Car la gestion du tiers-payant n'est pas uniquement synonyme d'absence d'avance de frais pour les assurés, mais également de transmission d'informations venant des professionnels de santé (médecins, pharmaciens, hôpitaux,...) vers l'Assurance Maladie et les complémentaires santé.

Même si certains cas sont encore complexes à gérer, comme celui des Travailleurs Non Salariés (TNS)², plus personne ne s'étonne d'avoir juste à donner sa carte vitale pour que les transmissions soient faites automatiquement. Pourtant, le temps où l'on devait renvoyer ses feuilles de soins par courrier afin que les frais de santé engagés soient pris en charge n'est pas si loin !

² Ils doivent communiquer eux même à leur complémentaire santé leurs justificatifs, ceux-ci ne faisant pas l'objet d'une transmission directe.

2. INDUSTRIALISATION ET MUTUALISATION

La complexification croissante des solutions techniques est un facteur clé si l'on veut comprendre l'évolution du paysage des opérateurs et expliquer l'extension de leur périmètre d'intervention. Une complexification qui vise à accompagner au plus près les complémentaires santé, les professionnels de santé ainsi que les assurés sociaux, et qui a des implications aussi bien en termes de moyens humains (ingénierie, exploitation) que financiers (liés aussi bien au développement des infrastructures, le plus souvent très coûteux, qu'à leur maintenance et à leur évolution).

Pour pouvoir assumer cette complexification, développer les fonctionnalités, les Groupes de Management Santé se sont engagés dans une logique de mutualisation des moyens et de concentration, seule à même de leur permettre d'assumer la charge des développements à mettre en place. Ils se sont notamment rapprochés de partenaires industriels, du type Almerys³, spécialisés dans la gestion des remboursements de santé et le tiers-payant.

³ Développé par Orange Business Solutions, Almerys accompagne plus de 50 organismes et 12 millions de bénéficiaires

De leur côté, les pharmaciens ont mis en place leurs propres concentrateurs, dont le plus important est Résopharma, dont l'objectif est de faciliter et optimiser les échanges électroniques instaurés entre les professionnels de santé, l'Assurance Maladie et les complémentaires santé. Une véritable force pour cette profession et un système qui peut, presque contre toute attente, générer de la trésorerie, en raison de l'écart entre le délai de remboursement des actes par l'Assurance Maladie (très rapide) et le règlement du partenaire technique.

Une mutualisation et une industrialisation qui est le « prix à payer » pour pouvoir gérer des flux :

- De plus en plus nombreux et multi-directionnels ;
- De plus en plus « qualifiés », la nature des informations traitées s'enrichissant constamment ;
- « En temps réel ».

... mais également des flux qui vont permettre d'enrichir la valeur des informations, dont il apparaît clairement qu'elles sont un élément clé des stratégies santé développées par les différents organismes, et de l'innovation.

3. TRANSPARENCE ET CONTRÔLE

En matière de transparence, l'enjeu est naturellement de responsabiliser l'ensemble des acteurs. Une transparence qui, si l'on veut comprendre toutes ses implications, doit être pensée au moins en deux dimensions :

- Une dimension financière : quel est le coût réel des soins ? Quelle est la part prise en charge par l'individu et celle prise en charge par la collectivité ?
- Une dimension plus large : comment susciter, chez les individus, des interrogations sur leur rapport à la consommation de soins et, au-delà, à leur santé ?

Ces deux éléments supposent une véritable transparence, en rendant lisible le coût réel des prises en charge... mais également un accompagnement de plus en plus poussé des assurés sociaux. Et nous avons vu que c'est bien dans cette direction que se sont engagés les Groupes de Management Santé, en élargissant leur offre et en travaillant, en lien très étroit avec leurs clients (mutuelles, assureurs) sur de nouveaux outils, de nouvelles fonctionnalités favorisant cette transparence.

Corolaire inévitable de cette information et de cette transparence : le contrôle ! Un contrôle nécessaire et qui doit être pensé aussi bien du côté de l'Assurance Maladie que du côté des Groupes de Management Santé.

Côté Assurance Maladie, la préoccupation est de limiter les fraudes aux droits, les fraudes aux prestations. Elle se doit, comme le rappelait sa représentante, de faire respecter les règles de bonne gestion, dans une période de forte tension sur les (dés)équilibres du système de santé, et donc « de vérifier que les montants qui sont remboursés correspondent à des dépenses utiles, adéquates et pour les bonnes personnes. »

Côté Groupes de Management Santé, le contrôle va se faire de l'amont (constitution et conventionnement de réseaux via des critères d'analyse extrêmement précis) à l'aval (contrôle du respect des critères établis).

Focus : critères de contrôle des dentistes

Pour contrôler son réseau de dentistes, un Groupe de Management Santé comme Carte Blanche s'appuie sur plusieurs indicateurs.

Des indicateurs qui tiennent à « l'environnement » de la pratique du professionnel de santé, plus que sur la pratique, quasi-impossible à évaluer :

- La formation et les compétences professionnelles du dentiste,
- L'organisation de son cabinet (secrétaire,...),
- Les conditions d'accueil,
- L'équipement en matériel.

Des indicateurs qui tiennent à la tarification des actes, que le groupe va demander aux dentistes membres de son réseau de produire eux-mêmes.

Ce sont donc tous ces éléments qui sont contrôlés lors du traitement de la demande de conventionnement, plus lors des contacts réguliers pour évaluer l'évolution des conditions d'exercice et de tarification de ses activités.

Ces contrôles ont pour objet de s'assurer que les professionnels de santé remplissent les conditions de conventionnement mais également, et c'est peut-être moins souvent évoqué, de travailler en amont sur des garanties intelligentes, en évitant les garanties « pousse au crime ». Un point sur lequel le « dialogue » entre l'opérateur et ses partenaires va être un élément clé, car c'est lui qui va permettre d'optimiser l'offre de services, aussi bien du point de vue du respect des intérêts individuels que des intérêts collectifs (fonctionnement du système de santé).

4. MARKETING ET DONNÉES

Autre dimension à ne pas oublier lorsque l'on évoque les réseaux de soins et le tiers-payant : la dimension marketing. Et en la matière, nous avons pu observer que certaines complémentaires santé ont choisi de faire du tiers-payant un « argument marketing », avec la création de garanties incitatives et visant à responsabiliser les Français dans leur dépenses de santé. Cela en utilisant un levier financier, à savoir la modulation de la cotisation en fonction de l'utilisation – ou non – du tiers-payant et, plus largement, du niveau de la consommation de soins.

Mais en réalité, si l'on y regarde de plus près, l'impact de la dimension marketing va beaucoup plus loin :

- Les plateformes Internet, destinées aussi bien aux assurés sociaux qu'aux professionnels de santé, sont de plus en plus nombreuses et riches. Présentées comme une extension de l'offre de services proposée aux assurés sociaux et aux professionnels de santé, elles sont de plus en plus utilisées comme un argument commercial. Elles pourraient s'avérer être déterminantes dans un contexte concurrentiel où toutes les opportunités de différenciation, de valorisation doivent être saisies ;
- L'exploitation des données traitées est également un point majeur. Permettant une meilleure connaissance des comportements, des attentes, elle va participer à l'augmentation de la « valeur client ». Utilisée dans une logique marketing, elle va permettre d'élaborer les stratégies de demain et d'innover, aussi bien en termes de messages que d'offre produits/services ;
- D'un point de vue purement technique, les nouvelles infrastructures développées vont permettre :
 - de travailler sur le ciblage des actions menées en direction des différents publics,
 - une plus grande personnalisation des messages,
 - de s'engager sur des stratégies de communication multi-canal efficaces.

L'évolution de l'offre proposée par les Groupes de Management Santé et des outils ouvre donc de nouvelles perspectives en matière d'exploitation marketing que les opérateurs sauront, à n'en pas douter, utiliser dans les prochaines années.

IV • QUELLES ÉVOLUTIONS EN COURS

Si l'on se projette dans l'avenir, quelles sont les évolutions observables ou prévisibles ? Dans quelles logiques s'inscrivent-elles ? Quels sont les acteurs impliqués ? Autant de questions auxquelles les différents acteurs travaillent, chaque jour, pour inventer et développer des solutions nouvelles.

1. QUELS FACTEURS STRUCTURANTS ?

Lorsque l'on se penche sur ces évolutions, on s'aperçoit qu'elles sont liées à plusieurs facteurs :

- Un important mouvement de concentration des acteurs, qui modifie sensiblement le « paysage » ainsi que les règles du jeu, avec des objectifs stratégiques et des attentes qui ont évolué fortement au cours des dernières années ;
- Des objectifs stratégiques partagés par les différents acteurs, opérateurs et complémentaires santé, parmi lesquels celui visant à « avoir un coup d'avance », ce qui nécessite :
 - D'enrichir l'offre faite aux assurés sociaux, et ce aussi bien au niveau des produits proposés que du mode relationnel développé avec eux, qui tend à devenir un élément de plus en plus déterminant ;
 - D'innover, en proposant des réponses adaptées aux préoccupations et aux attentes exprimées, qu'il faut être en capacité de faire remonter et de traiter dans les délais les plus courts possibles... tout en s'efforçant de leur donner du « sens » ;
 - De se démarquer dans un univers où les enjeux concurrentiels sont de plus en plus forts.
- L'évolution des dispositions législatives et de l'organisation du système de santé, dont le visage va évoluer très significativement dans les prochaines années.

Par ailleurs il apparaît, comme nous venons de le voir, que nous sommes rentrés dans une « nouvelle ère », qui va se retrouver concrètement dans l'approche et l'offre proposées. Pour ne prendre que deux exemples :

- En matière de couverture santé, qu'il s'agisse du Régime Obligatoire ou, peut-être plus encore – concurrence oblige – du Régime Complémentaire, l'offre s'oriente de plus en plus vers la construction de garanties en lien avec des services. Avec une logique qui est celle de la construction d'offres de plus en plus larges et globales ;

- Concernant la prise en charge des frais de santé, nous voyons que certains acteurs s'orientent vers la prise en charge d'actes non remboursés par la Sécurité Sociale. Une démarche qui va clairement dans le sens d'un élargissement, de l'exploration de nouvelles voies.

Sur ce dernier point, le challenge n'est pas mince puisqu'il s'agit, pour les opérateurs, de mettre en place un dispositif qui prenne en compte les différents déterminants que l'on retrouve dans celui, très performant, des pouvoirs publics :

- Analyse du service médical rendu ;
- Définition du taux de prise en charge ;
- Définition du prix.

On saisit aisément la complexité de la tâche !

2. INFORMATION ET COMMUNICATION

En matière de communication, les évolutions s'avèrent également particulièrement sensibles. Les études montrent que les Français utilisent de plus en plus le média Internet pour s'informer sur leur santé, les sites d'information santé devenant une source d'information majeure, rentrant même parfois presque en concurrence avec les professionnels de santé.

Cette nouvelle réalité est prise en compte par les opérateurs, qu'il s'agisse de Groupes de Management Santé ou de complémentaires santé, et c'est ce qui explique assez largement l'apparition de nouveaux sites Internet. Des sites qui visent à rendre plus lisibles et immédiatement accessibles les informations liées à l'engagement de frais de santé et aux parcours de soins. Des sites « nouvelle génération » avec :

- Une ergonomie plus aisée, facilitant l'accès aux données et la recherche d'informations utiles ;
- Un meilleur accompagnement de l'internaute dans un univers de la consommation de soins et des modalités de prise en charge complexes, en lui permettant notamment d'accéder directement aux informations qui le concerne directement ;
- Un accès par pathologies ;
- Des possibilités de recherche multi-critères.

Il y a donc là, clairement, un enrichissement considérable de l'offre, qui devrait contribuer à la meilleure compréhension de chacun et peut-être, dans une mesure qui est difficile à évaluer, à une évolution des comportements en matière d'accès aux soins et de frais de santé.

Au-delà, l'une des réflexions qui occupe notamment les Groupes de Management Santé, mais qui s'avère finalement partagée par les complémentaires santé et les assureurs, est de définir les modalités nécessaires pour rendre lisible l'extension de l'offre de services proposée. Nous avons vu qu'ils proposent désormais un véritable « bouquet de services », appelé à s'enrichir au cours des prochaines années, avec des dimensions bien différentes sur un axe qui va des données comptables (actes, frais, remboursements) aux informations santé.

De son côté, l'Assurance Maladie, dont l'une des missions est de sensibiliser les acteurs – tous les acteurs – sur les règles du tiers-payant et de veiller à ce qu'elles soient bien respectées, développe des actions de communication ciblées et s'oriente de plus en plus vers une information sur l'accès aux soins et la prévention.

3. EVOLUTION RÉGLEMENTAIRE ET EXPÉRIMENTATIONS

L'évolution de l'organisation du système de santé

Parmi les évolutions, celles qui touchent au réglementaire et à l'organisation du système de santé ne sont pas les moindres. La loi Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST), notamment, modifie profondément cette organisation :

- Par une approche qui se veut largement territoriale, dans l'objectif affiché de disposer de leviers pour pouvoir agir sur les déséquilibres observés selon les régions ;
- Par la création des Agences Régionales de Santé (ARS), afin de renforcer le pilotage territorial de notre système de santé ;
- Par la redéfinition des règles du conventionnement, qui passeront désormais par des conventions entre l'Assurance Maladie et des organismes de professionnels de santé représentatifs au niveau national ;
- Par une incitation forte au fonctionnement en réseaux de soins et à la mise en place de réseaux locaux.

Autant d'éléments qui vont avoir une incidence sur les réseaux de soins et, au-delà, sur la nature des relations avec les professionnels de santé, le « maillage territorial » pour une meilleure prise en charge des patients.

Des expérimentations à suivre...

De nouvelles voies sont explorées par les pouvoirs publics à la recherche de leviers permettant de maîtriser les dépenses de santé :

- Les expérimentations Babusiaux, dont la finalité est de permettre à des opérateurs de recourir et d'exploiter, sous une forme totalement anonymisée, les données de santé figurant sur les feuilles de soins

électroniques. Une démarche qui touche à un point clé : l'accès à certaines données de santé, qui peut naturellement changer la donne en matière d'analyse, de « pilotage » des prestations fournies en matière d'information, de prise en charge et de garanties ;

- Le dispositif « tiers-payant contre génériques », qui conditionne l'accès au tiers-payant à l'acceptation de la délivrance de médicaments génériques par le pharmacien. Tout assuré refusant la substitution se voit automatiquement refusé le tiers-payant et doit donc faire l'avance de frais et se faire rembourser, par la suite, par l'Assurance Maladie.

Les opérateurs se sont, eux aussi, engagés sur le terrain de l'expérimentation, avec :

- Des dispositifs visant à rembourser une partie des cotisations si l'assuré s'engage dans une pratique vertueuse. En la matière, l'expérience la plus connue est celle de la « franchise cautionnée », concept lancé à la fin des années 1990 par le Groupe France Mutuelle. Le principe :

- Un prix de garantie scindé entre une partie « cotisation » (classique) et une partie « caution » ;
- Un remboursement en totalité ou en partie de la caution si vos frais de santé sont maîtrisés et peu importants, une partie ou la totalité de votre caution étant remboursée en fin d'année ;
- Aucune majoration si vos frais de santé sont importants, la complémentaire santé vous remboursant normalement.

- L'expérience ALPTIS qui a lancé, en mars 2010⁴, une « offre responsable » avec la garantie Divinea qui permet à l'assuré :

- de choisir de payer 2€ de frais chaque fois qu'il utilise le tiers payant, en contrepartie de quoi il bénéficie d'une réduction de 15 à 20% de sa cotisation ;
- de choisir de ne pas utiliser le tiers-payant. Il n'a, dans ce cas, aucun frais à sa charge et doit simplement renvoyer son décompte pour être remboursé par ALPTIS.

⁴ Compte tenu de sa faible antériorité, il n'y a encore que peu de visibilité sur cette expérience, dont la dimension marketing est largement assumée

Des initiatives qui vont dans le sens d'une meilleure responsabilisation des assurés, par une démarche visant à rendre lisible l'impact, sur ses cotisations, de son comportement en matière d'utilisation de soins de santé.

V • L'AVENIR ?

Plus que jamais, en ces temps incertains où les modèles et les schémas de pensée sont remis en cause, réinterrogés, il faut regarder vers l'avenir. Sans prétendre vouloir jouer les « voyants », il est possible de dresser, sur la base des évolutions qui viennent d'être décrites, quelques pistes pour préfigurer les innovations à venir.

1. L'AVENIR DU TIERS-PAYANT PASSE PAR... LE ON-LINE

A l'instar de tous les secteurs, celui de la protection sociale, dont relèvent les problématiques de tiers-payant et de réseaux de soins, n'échappe pas à l'explosion de la dématérialisation et du « on-line ». En la matière, les solutions apportées par les opérateurs ont, au cours des dernières années, voire des derniers mois, considérablement évolué. A tel point que l'on parle, maintenant, d'un « tiers-payant troisième génération ».

Face à des réalités et à des cas de figure extrêmement divers, les professionnels de santé se trouvent souvent devant des patients dont ils ne connaissent ni la situation, ni la nature de leur couverture (ou absence de couverture) santé, et notamment les garanties dont ils disposent. Les nouvelles plateformes que nous voyons apparaître pourront leur apporter des réponses à ce niveau, puisqu'elles devraient permettre :

- Des échanges bilatéraux entre les professionnels de santé et les mutuelles/assureurs, ce qui permettrait de connaître les garanties dont dispose le patient ;
- Des demandes de devis avec réponse immédiate ;
- Des forfaits, ce qui s'avère complexe, car le tiers-payant marche très bien... sauf lorsqu'on lui donne des limites ! Il est, en effet, aujourd'hui impossible de savoir, pour un patient déterminé relevant d'un forfait, où il en est dans ce forfait, ce qu'il a pu d'ores et déjà consommer. Une vraie difficulté « technique » qui pourrait trouver une solution dans les futures fonctionnalités proposées par les plateformes ;
- De donner, en temps réel, l'ouverture des droits, comme vient de le démarrer en « pilote » Carte Blanche pour les pharmaciens (sur une partie de ses clients) et pour les opticiens de son réseau.

Des avancées qui sont assez largement liées à la question des bases de données et de l'accès, selon des process strictement encadrés, aux données de santé (cf. expérimentations Babusiaux), qui sont un élément central pour permettre l'émergence de ces plateformes nouvelle génération.

Parmi les évolutions à venir, également un enrichissement en matière d'information santé, de modules orientés « prévention », d'e-coaching... bref, tout ce qui va pouvoir contribuer à développer le niveau d'information des assurés et à participer à l'enjeu général d'une meilleure responsabilisation.

2. UNE EXTENSION DES PRISES EN CHARGE ?

Nous avons vu que l'Assurance Maladie peut proposer des prises en charge dérogatoires. Des prises en charge qui, lorsque l'on y regarde de près, apparaissent marquées par de fortes disparités régionales :

- Des disparités qui génèrent des inégalités de traitement et, pour le moins, posent question tant elles s'avèrent peu compatibles avec une approche qui voudrait que l'on ait accès à des conditions de prise en charge relativement identiques, et ce quelle que soit sa localisation géographique ;
- Des disparités qui peuvent s'avérer tout à fait considérables en fonction des Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM), chacune définissant sa politique d'action sanitaire et sociale.

L'Histoire nous dira ce qu'il adviendra de cette réalité dans le futur, et notamment dans le sillage de la montée en puissance de la loi HPST. Mais nombreux sont ceux qui demandent une harmonisation minimale des conditions de prise en charge, pour aboutir à un traitement sinon égalitaire – objectif inatteignable, voire irréaliste –, du moins équitable, de tous les Français.

Les complémentaires santé ne sont pas en reste, certaines d'entre elles s'engageant sur la voie de la prise en charge de prestations, d'actes non pris en charge par l'Assurance Maladie. Un mouvement guidé par deux principes :

- Premier principe : si la solidarité nationale est un fondement de notre système de santé et doit le rester, il apparaît de plus en plus évident, particulièrement lorsqu'il se trouve dans une situation de déséquilibre de plus en plus abyssal qu'elle ne peut pas couvrir entièrement. Il y a également, à côté, une solidarité mutualiste qui doit jouer et prendre sa part dans l'effort collectif ;
- Second principe (plus pragmatique et économique celui-là) : l'exacerbation de la concurrence pousse à trouver des éléments de différenciation pour émerger, renforcer son positionnement. La prise en charge de certains actes en dehors du champ de l'Assurance Maladie (mouvement qui, rappelons-le, a notamment débuté avec la prise en charge des « médecines douces » ou « alternatives », prémisses de l'entrée sur la voie de la prévention) peut, de ce point de vue, être un argument commercial particulièrement efficace et résonnant.

A n'en pas douter, il s'agira d'un territoire d'innovation et d'expérimentation qui pourrait s'avérer particulièrement riche dans les prochaines années.

3. LES LIMITES...

Mais nous ne pouvons clore cette partie, tournée vers l'avenir, sans rappeler que, dans tous les cas, un principe s'imposera toujours : le « principe de réalité » !

Quelles que soient les innovations, voire les révolutions (notamment technologiques) qui sont devant nous, en matière de tiers-payant et de réseaux de soins, nous serons toujours confrontés :

- À la réalité des moyens :
 - Ceux des assurés sociaux, dont les moins fortunés devront toujours pouvoir accéder au tiers-payant ainsi qu'à une prise en charge acceptable, selon le principe « contribuer selon ses besoins et recevoir selon ses besoins » ;
 - Ceux des opérateurs, qui vont déterminer le rythme des innovations qu'ils vont pouvoir introduire dans les années à venir. Car si le développement de nouvelles solutions, de nouvelles fonctionnalités peut générer des recettes supplémentaires – à intégrer dans de nouveaux business models –, les investissements en amont sont considérables.
- À la réalité de la prise en compte de situations individuelles complexes. Il est, par exemple, quasiment impossible, pour un pharmacien, de refuser le tiers-payant à des personnes qui ont des ordonnances dépassant les 200 à 300€, que certaines n'ont pas les moyens de payer, d'avancer. Il préférera donc souvent délivrer en tiers-payant les médicaments dont le malade aura besoin pour se soigner... au risque de contrevenir à la loi ;
- À la réalité de la diversité des situations rencontrées, quasiment innombrables et ne pouvant donc être toutes traitées.

Autrement dit, les principes de solidarité nationale – placés depuis des décennies au cœur du modèle mutualiste et qu'il ne faut pas opposer à la responsabilité individuelle –, tout comme les principes économiques régissant les évolutions technologiques, doivent être pris en compte.

CONCLUSION

Ces Rencontres ont amplement confirmé que mêler tiers-payant et réseaux de soins fait apparaître des enjeux qui sont au cœur des évolutions de notre système de santé.

Nouveaux enjeux stratégiques pour les Groupes de Management Santé, mouvement de concentration, nouvelle organisation territoriale avec l'entrée en vigueur de la loi HPST, montée en puissance de la prévention et de dispositifs visant à responsabiliser les différents acteurs : une mutation est engagée.

Pour revenir à la question originelle des enjeux en matière d'accessibilité aux soins et de performance, elle se pose peut-être moins entre la dimension inflationniste (ou non) du tiers-payant que de l'entrée dans une nouvelle logique. Si le socle commun, la gestion des flux de données avec des outils et des technologies de plus en plus performants, est naturellement conservé, il est enrichi par de l'information santé, de l'orientation, du conseil et de l'accompagnement des différents publics.

L'utilisation de toutes les fonctionnalités du « on-line » et des nouvelles technologies devrait permettre de relever des défis majeurs pour le système de santé. Avec la fin de la logique de la « caisse ouverte », nous sommes entrés dans l'ère de l'accès à des informations ciblées, de la rationalisation et de l'exploitation des données de santé pour construire des offres de plus en plus complètes et innover.

Des évolutions qui ont des conséquences en matière d'engagements financiers, de mutualisation des ressources, de stratégie industrielle, de marketing et qui participent à l'instauration d'un nouveau mode relationnel. Le mouvement est engagé, les innovations sont nombreuses et l'accélération est perceptible. Et si les points de vue peuvent parfois diverger, l'analyse sur les perspectives semble, elle, converger.

Après le reste à charge, ces Deuxièmes Rencontres ont permis de faire le point ou, plus modestement, de poser les termes du débat sur une problématique majeure. A chacun de s'en emparer et de construire les réponses de demain.

LES DEUXIÈMES RENCONTRES DU COMITÉ OPÉRA EN BREF

Ces rencontres se sont tenues le 21 octobre 2010, dans les salons du Press Club de France, à Paris et ont réuni des représentants de l'univers mutualiste, de l'assurance et des élus.

Animation des débats

Mme Claire Bodin

Cercle des économistes de la santé

Intervenants

M. Philippe BESSET

*Président de la commission Economie de l'officine
de la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France*

Dr Catherine BISMUTH

Direction des Assurés de la CNAMTS

M. Vincent DELANNOY

Directeur de la Mutuelle En Famille

M. André FLAJOLET

Député du Pas-de-Calais

Dr Michel HEDOIRE

Médecin généraliste

M. Philippe QUIQUE

*Directeur du développement des services
santé de Terciane*

M. Jean-François TRIPODI

Directeur général de Carte Blanche

Cette note a été réalisée par Axense Développement Durable
www.axense-developpementdurable.fr