

## Mutualisme

## Des outils fédéraux pour renforcer les mutuelles

**A**lors que certains voudraient « ne voir qu'une tête » et que les grandes fédérations se limitent à leur rôle de représentation et de défense des grands groupes qui les dirigent, la Fédération nationale indépendante des mutuelles refuse que ses membres subissent un avenir que d'aucuns jugent inéluctable.

Il n'y a pas de fatalité pour ceux qui la refusent et se battent pour conserver leur indépendance et leur liberté.

C'est le sens du séminaire fédéral de février 2017 qui nous regroupe autour de la construction de nouveaux outils mis en commun.

Car après une première initiative sur le terrain de la formation et des services, avec l'UGM-Opéra, après la réponse à la réforme de l'ACS, la Fnim vous propose désormais de nouveaux outils permettant de piloter et de développer vos activités sans devoir nécessairement vous adosser à d'autres.

C'est le cas avec notre structure de Livre II qui permettra à toutes les mutuelles désireuses de le faire de répondre à des appels d'offres nationaux, ou de développer de nouveaux produits.

Pour donner un levier concret aux politiques de prévention et d'action sanitaire souhaitées par les mutuelles, la fédération a entrepris la création d'une structure de Livre III.



Face à la complexité  
réglementaire et  
la concentration  
croissante, notre  
fédération multiplie  
les initiatives pour  
renforcer les capacités  
des mutuelles à se  
développer en liberté.

Il y a quelques mois, nous ouvrons la vitrine des mutuelles de la Fnim, permettant à ses participants de proposer leurs gammes à un public élargi.

Toujours à la recherche d'outils pour accompagner le développement commercial des mutuelles adhérentes, la Fnim a décidé la création d'un cabinet de courtage dédié à ses membres. Issue d'un précédent séminaire fédéral, cette initiative répond à la demande de plusieurs mutuelles qui souhaitent avoir une solution répondant pleinement aux règles et valeurs de la Fnim.

Enfin, nous réfléchissons à l'opportunité de mettre en place des dispositifs permettant aux mutuelles de répondre sans difficultés aux exigences de certains accords de branche prévoyant des prestations non contributives, en contrepartie d'une recommandation qui, rappelons-le, n'a rien d'impératif.

Le décret d'application venant d'être publié, nous pouvons élaborer de nouveaux outils.

par Philippe Mixe  
Président

### Activité physique et santé, les notes du Comité Opéra

Nous vous proposons au téléchargement les notes des XIII<sup>e</sup> rencontres, animées autour du thème de l'activité physique et de son apport en prévention santé: [www.comite-opera.org](http://www.comite-opera.org)

## au sommaire de ce numéro

Editorial .....	1
Le tiers-payant, quelle généralisation?.....	2-3
La formation & les services.....	4

## Où en est-on de la généralisation du tiers-payant?



Depuis le 31 décembre 2016, les professionnels de santé sont tenus d'appliquer le tiers-payant sur la part des dépenses prise en charge par l'Assurance maladie aux assurés ayant le régime de l'affection de longue durée, ainsi qu'aux femmes enceintes qui bénéficient de l'assurance maternité. Ils ont la possibilité de proposer le tiers-payant total (remboursement du régime obligatoire et du régime optionnel) depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017 et seront dans l'obligation de le proposer, pour ce qui est du régime obligatoire, à tous les assurés à compter du 30 novembre 2017.

Mesure phare de la loi de « modernisation de notre système de santé » promulguée en janvier 2016, le tiers-payant généralisé devait initialement s'appliquer à la fois à la part remboursée par l'Assurance maladie et à celle prise en charge par les organismes complémentaires. Mais, saisi par des députés et des sénateurs, le Conseil constitutionnel avait retoqué cette disposition. Les sages avaient notamment argué d'un dispositif insuffisamment encadré qui n'apportait donc pas toutes les garanties nécessaires

**Pointé du doigt comme une mesure inflationniste, le tiers-payant généralisé est entré en application l'an dernier et sera fonctionnel au cours du second semestre 2017 pour l'ensemble des assurés. L'occasion de revenir sur ce dispositif, ainsi que sur l'évolution des règles relatives à la prise en charge des soins.**

aux professionnels de santé comme aux assurances complémentaires. La généralisation du tiers-payant se limite donc, au final, à une application sur la part versée par le régime obligatoire.

Pour l'assuré, difficile de s'y retrouver dans la jungle de la prise en charge de ses soins de santé. Non seulement il y a d'une part le remboursement effectué par l'Assurance maladie puis celui de la complémentaire santé mais, en plus, depuis l'entrée en vigueur en dé-

cembre 2013 du Contrat d'accès aux soins (CAS) rebaptisé l'été dernier Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) et OPTAM-CO pour les chirurgiens et obstétriciens, le système a été complexifié. En effet, les soins ne sont pas couverts de la même manière si le patient choisit un praticien ayant signé l'OPTAM ou non.

Et savoir si un médecin a signé ou non le contrat d'accès aux soins, garantissant des remboursements plus favorables, n'est pas aisé. Face à cette opacité, rien de surprenant à ce que 71 % des Français ne choisissent pas leurs médecins en tenant compte de leur adhésion, ou non, au contrat d'accès aux soins, comme le révèle le baromètre publié en septembre 2016 par la Fnim sur « Les fondamentaux de l'assurance santé »\*.

Autre critère qui vient ajouter de la complexité : le respect, ou non, du parcours de soins coordonné dans le cadre du contrat responsable. Un contrat dont les règles ont, elles aussi, été modifiées depuis le 1<sup>er</sup> avril 2015. Ce n'est pas tout. Il existe une autre donne pour l'as-

suré qui modifie, là encore, le niveau de prise en charge des soins : la consultation d'un professionnel de santé faisant partie d'un réseau de soins avec lequel sa complémentaire santé a contracté. Pour rappel et à ce jour, la loi interdit à ces réseaux de contractualiser avec des médecins. Il y a aussi la participation forfaitaire d'un euro (limitée à 50 € par année civile) que l'Assurance maladie déduit du remboursement versé à l'assuré, suite à la consultation d'un médecin. Et cerise sur le gâteau : les dépassements d'honoraires viennent se surajouter au tarif conventionné, certains d'entre eux pouvant être fixés arbitrairement par le praticien. Ceux-ci ne sont pas couverts par la Sécurité sociale mais sont susceptibles d'être pris en charge par la complémentaire santé dans la limite des plafonds en vigueur depuis la révision des contrats solidaires.

Comme l'indiquait un communiqué de presse de la Fnim diffusé début 2016 suite à la décision du gouvernement de mettre en place le tiers-payant généralisé, « face à la complexité du mécanisme proposé et aux incertitudes qui subsistent, notamment sur la situation des franchises, face aux oppositions que ce projet a soulevées et au degré d'incompréhension que cela génère, la Fnim considère que d'autres voies auraient été préférables pour assurer au plus grand nombre un accès renforcé aux soins ». Plutôt que ce dispositif où l'usager n'a pas de visibilité sur les coûts payés par les régimes obligatoire et optionnel pour ses soins, la Fnim estime qu'un allègement fiscal sur les contrats santé actuellement taxés à 13,27 % aurait été préférable, d'autant que « les publics les plus concernés sont protégés par le tiers-payant social ».

\* Étude réalisée d'une part du 5 au 9 septembre 2016 via 1 062 interviews en ligne auprès d'un échantillon national représentatif de la population française, et du 5 au 14 septembre 2016 via 1764 interviews en ligne auprès d'adhérents de mutuelles de la Fnim

## Expert

### « Tiers-payant complémentaire : des défis surmontés »



**Concrètement, le tiers-payant complémentaire n'est pas sans poser des défis. Jérôme Tillette de Mautort, Directeur du développement chez Alмеры, gestionnaire de prestations santé et un des principaux opérateurs de tiers-payant, dresse un état des lieux.**

*Quels sont les principaux enjeux, pour les mutuelles, de la généralisation du tiers-payant*

Le premier de ces enjeux a été de répondre à l'obligation de simplification. En cela, l'association Inter-AMC travaille en étroite collaboration avec l'association des acteurs pour l'accès aux soins (3AS) qui regroupe les principaux prestataires de tiers-payant.

Le 16 janvier a été ouvert le portail internet de conventionnement qui permet aux médecins comme aux auxiliaires médicaux de contractualiser avec les opérateurs de tiers-payant et les complémentaires santé et être en mesure d'effectuer le tiers-payant complémentaire.

Au cours du 1<sup>er</sup> trimestre 2017 va se mettre en place le contrôle des droits et des garanties en temps réel. Nous comptabilisons plusieurs centaines de connexions journalières par des professionnels de santé. Pour un démarrage, c'est assez positif. Alors que le monde de la santé était, pour certaines professions, un peu rétif au tiers-payant complémentaire, le programme mis en œuvre par l'association Inter-AMC et 3AS s'avère un succès.

Il montre la capacité des acteurs de la complémentaire à collaborer sur un projet de grande ampleur.

*Quel a été l'essentiel du travail en amont ?*

Toute la difficulté a été de bien caler l'ensemble des process, ce qui a pris 18 mois. Il faut en effet prendre en compte la réalité du terrain et l'appréhender dans sa complexité toute entière. Une infirmière, un médecin, une clinique, un kinésithérapeute ont chacun leurs spécificités. Des défis techniques tels que la mise en place d'un Datamatrix pour récupérer les données de la carte de tiers-payant et la mise en place d'une norme adaptée pour l'interrogation des droits et des garanties complémentaires, ont permis à l'association d'apporter des réponses pragmatiques et complètes.

#### Inter-AMC

Association d'opérateurs du complémentaire fondée par le CTIP, la FFA et la FNMF, ouverte à tous les organismes complémentaires santé, fédérés ou non.



L'UGM Opéra a fait le choix de ne pas figer son offre formation par l'envoi annuel d'un catalogue papier. Pourquoi ? Afin de répondre aux besoins exprimés par les mutuelles et une plus grande réactivité, nous vous proposons de vous rendre sur notre site internet afin de découvrir en temps réel les dernières formations et dates de sessions mises en ligne.

Parallèlement à la formation, sont proposés des outils évolutifs pour accompagner les mutuelles à faire face aux différents travaux imposés par la réglementation.

## Formations

### Fonctions clés

Plusieurs journées de ce cycle spécifique, dédié aux différentes fonctions clés de nos mutuelles.

[www.ugm-opera.fr](http://www.ugm-opera.fr)

L'UGM Opéra est à votre entière disposition pour vous accompagner dans la découverte de son catalogue formation & offre de services.

Contact : 01.55.35.31.21

### La fonction Actuarielle

2 mars 2017

### La fonction Conformité

9 mars 2017

### La fonction Gestion des risques

28 mars 2017

## Métiers

### Remise des QRT

14 mars 2017

Au programme pour tous les opérationnels en charge de la mise en application de Solvabilité II :

Le Bilan Solvabilité II, le SCR Marché, le SCR Santé, l'agrégation des risques et calcul du SCR, le SCR de contrepartie, les rapports narratifs.

### La protection de la clientèle

21 mars 2017

Les contrôles de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution s'intéressent de très près à la protection de la clientèle. Votre mutuelle est-elle en conformité ?

### Lutte contre le blanchiment

21 mars 2017

### Réforme du code de la Mutualité

23 mars 2017

La publication de la Loi Sapin 2 au JO du 10 décembre 2016 ouvre la voie à la publication de l'ordonnance

## Outils

### Les fonctions clés

Solvabilité II formate davantage la structure du système de gouvernance des organismes d'assurance, et réduira ainsi la liberté organisationnelle actuelle. Elle impose la création de quatre fonctions clés distinctes.

*L'UGM Opéra pourra prendre en charge les principaux travaux que Solvabilité II confie à ces quatre fonctions clés. Nous soulignons que chaque mutuelle devra toutefois désigner parmi ses salariés ou administrateurs un responsable/référent pour chacune des fonctions clés.*

### Une solution ORSA

*Pour vous aider à réaliser vos travaux ORSA et tableaux de reporting quantitatifs QRT, nous vous proposons de découvrir la solution en ligne MAGELLAN, développée par le Cabinet Garcia & Rochette. Cette présentation est gratuite et ouverte à tous, que vous soyez adhérents ou non adhérents de l'UGM Opéra.*

*Date : le 16 mars 2017 (14 à 17h)*

*Lieu : siège de la Fnim - 4 avenue de l'Opéra - 75001 PARIS*

habilitant le gouvernement à réformer le Code de la Mutualité.

### Un séminaire fédéral pour construire les réponses

Au programme des journées de réflexion et de prospective des lundi 27 et mardi 28 février 2017 organisées à Paris pour les élus et les opérationnels des mutuelles adhérentes de la Fnim : l'animation du réseau mutualiste militant, le développement stratégique des activités mutualistes par l'utilisation renforcée des derniers outils créés (mutuelle de livre II, mutuelle de livre III (construction d'une offre de services), cabinet de courtage)...