

17 février 2016

Ça y est, après incertitudes, le "*rapport conjoint de l'assurance maladie obligatoire et des complémentaires santé sur les solutions techniques permettant la mise en place du tiers payant généralisé*", prévu par l'article 83 de la loi de modernisation de la santé est connu. Ese en présente les grandes lignes.

Les rédacteurs auront attendu la décision du Conseil constitutionnel sur la loi de santé de Marisol Touraine. Ils ont bien fait : le "juge suprême" n'a validé comme obligation que le volet assurance maladie, laissant les professionnels de santé libres d'accepter le volet Ocam dans le dispositif de dispense d'avance de frais. D'ailleurs, mercredi 17 février, les syndicats médicaux ne se sont pas privés de rappeler leur opposition globale au tiers payant tout en acceptant les étapes intermédiaires que sont la mise en place pour les ACS et les ALD. Pour le reste, on verra...

Que dit le rapport officiel, dont la prudence "de sioux" apparaît à chaque ligne ?

Qui fait et quel tiers-payant ?

	Total 1/3 payant	Seulement RO	RO+AMC*
Généralistes en secteur 1	35%	29%	6%
Généralistes en secteur 2	16%	10%	6%
Spécialistes en secteur 1	37%	31%	6%
Spécialistes en secteur 2	27%	21%	6%
Radiologues	69%	29%	40%
Infirmiers	97%	32%	65%
Kinés	76%	11%	65%
Sages-femmes	79%	70%	9%
Dentistes	19%	10%	9%
Pharmaciens	93%	-	93%
Biologistes	84%	-	84%

(*Les données peuvent donner lieu à débats compte tenu de leur "stabilité")

On le voit : le problème du tiers-payant est un problème "médecins" et "dentistes".
Sur l'état des lieux, le rapport évoque entre 2 et 4% tout au plus, le taux de rejet des systèmes existants liés au non-respect des parcours de soins, d'identification des droits en Ocam.

Sur les délais de paiement des professionnels, question centrale avec celle du portail des Ocam, le rapport pointe des chiffres solides en deçà de la règle des 5 jours fixés par la loi de santé : 3,2 jours pour les FSE AMO (paradoxe de 3 jours pour le tiers payant...) pour 90% des actes tiers payés.

Les conditions énoncées par la loi sont rappelées :

- Le tiers payant doit préserver le temps médical.
- Le professionnel ne doit pas supporter le risque financier lié au tiers payant
- Le suivi du paiement doit être simple
- Le professionnel doit bénéficier d'une assistance accessible et d'un accompagnement individualisé
- Il faut prendre appui sur l'informatisation accrue des professionnels, la dématérialisation des flux, tout en dépassant les formules existantes de tiers-payant peu adaptées à une généralisation.

La bonne identification des assurés et de leurs droits

Plusieurs priorités d'action sont à définir :

-Pour l'AMO, la carte Vitale sert de base. Mais en cas de changement de régime et d'évolution des droits, l'AMO garantira la continuité du service et du paiement d'ici juillet 2016. A compter de juillet prochain, le dispositif ADR (Acquisition des droits) inter-régimes fonctionnera et déclenchera le paiement RO des professionnels grâce au logiciel de facturation Sesam-Vitale des professionnels. Ce système fonctionne déjà. Sa généralisation est donc en cours.

-Pour les AMC, la saisie des données sur le poste du professionnel (réutilisation ultérieure) pourra être consolidée par le cahier de charges commun à toutes les AMC (publié en 2014) via les nouvelles attestations qui seront harmonisées en 2017. Le service en ligne dit IDB (identification des droits du bénéficiaire) intégré déjà dans nombre de logiciels sera généralisé en 2017.

Les AMC proposeront en 2017 à tous les professionnels un contrat technique de tiers-payant commun disponible grâce à un portail internet qui leur permettra de s'inscrire et de signer en ligne avec tous les Ocam. Ce contrat commun, différent selon les catégories de professionnels, garantira le paiement, les délais via les téléservices intégrés aux logiciels. De la sorte, les professionnels n'auront plus besoin de saisir les informations relatives à l'AMC de leur patient. En fait, le système prôné renvoie la responsabilité du tiers-payant généralisé au professionnel. Le portail AMC ne se déclenchera que si le professionnel le décide...

Que ce soit le volet RO ou celui des AMC, aucune gestion directe et récurrente ne sera à effectuer par les professionnels. Une simple connexion de ces derniers sur le portail AMC déclenchera la procédure.

S'agissant des rejets (1% des FSE avec la norme 580 pour le RO) et de leur traitement, l'assurance maladie resserre ses règles de solutions visant l'ouverture et la continuité des droits (la PAM aidera), les erreurs de facturation, etc. Rappel : de principe, l'AMO s'engage à "rejeter les rejets" et par là même à internaliser au sein de l'inter-régime leur traitement. Tout acte légitime du professionnel donnera lieu à paiement garanti. Pour la partie AMC, l'attestation papier harmonisée (le DRE), solution intermédiaire d'ici 2017 s'effacera dans le cadre du contrat - type unique et les solutions automatiques de validation des droits en ligne signé en ligne sur le futur portail commun.

Garantir les paiements

Les AMC s'engageront à aligner leurs garanties sur celles de l'AMO. La loi de santé fait référence (un décret sur la règle des 7 jours maximum sera publié).

Plusieurs possibilités de flux unique des professionnels sont possibles :

-Un seul paiement par le RO (aménagement de Noémie 3) qui s'appliquera pour les ALD et les cas de maternité.

-Un flux unique rendu possible par l'intégration dans les logiciels des professionnels des données AMC en sus de l'AMO du patient. De sorte que le suivi des factures, les rapprochements bancaires entre les informations patients et les virements de paiement AMO/AMC seront possibles grâce à une norme commune entre les deux parts de financement.

Clairement, contrairement aux idées reçues, l'AMO ne souhaite pas se substituer à l'AMC dans la gestion du tiers-payant. Ce qu'il est possible de faire pour l'ACS avec 40 AMC gestionnaires pour le compte de tiers n'est guère crédible sur un plan général. Il faut donc réconcilier dans les logiciels de professionnels la double part de paiement. La solution existe. Il faut la généraliser.

Au final, trois défis émergent : celui de l'adaptation des logiciels, celui du futur portail commun aux AMC et surtout la volonté des médecins d'accepter la réforme. Mais ce dernier aspect est une autre histoire...

Lettre éditée par Espace social européen - Prix 3 € - Sarl au capital de 120 000 € - RCS PARIS B [480 706 159](#) (2005B021
Principal associé : Pascal Beau - 22 rue Léon Jouhaux, 75010 Paris - Tél. : [01 53 24 13 00](#) - FAX. : [01 53 24 13 06](#).
Rédaction : Pascal Beau et Émilie Guédé ([01 53 24 13 12](#)) - **Service Abonnements** (tél: [01 53 24 13 00](#) / mail: [abonnements@espace-social.com](#)) - **Iconographie** : Cocktail Santé ([01 53 24 13 02](#)) - **Administration** : Pascal Chinon ([01 53 24 13 00](#))
- Commission paritaire : N° 0316 T 87714
ISSN : N° [0999-7822](#). **Tous droits de reproduction réservés.**
L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obligatoirement obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) 20, rue des Grands-Augustins - 75006 Paris - Tél. : [01 44 07 47 70](#)