

Communiqué de presse
Paris, le 17 février 2016

Tiers payant : l'assurance maladie et les complémentaires santé présentent leur rapport commun

Conformément à l'article 83 de la loi de modernisation de notre système de santé, promulguée le 27 janvier 2016, les caisses nationales d'assurance maladie, l'association des complémentaires santé (réunissant les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurances) ont travaillé conjointement à l'élaboration de solutions techniques présentées dans un rapport sur le tiers payant qui sera remis à la ministre des affaires sociales et de la santé d'ici la fin de ce mois. Il a vocation à présenter l'ensemble des modalités techniques permettant la mise en place du tiers payant pour tous les bénéficiaires de l'assurance maladie, à la fois sur la part obligatoire et sur la part complémentaire.

Pour ce faire, plusieurs ateliers de travail ont été organisés au cours des sept derniers mois afin de définir et d'évaluer les différentes solutions organisationnelles et techniques. Sur la base de ce travail, a été élaboré un **socle de services** qui apporte des réponses concrètes aux attentes des professionnels de santé en termes de simplicité, de garantie et de délais de paiement exprimées notamment lors de la concertation avec les syndicats des professionnels de santé, organisée au début de l'année 2015.

Quatre engagements sont pris pour répondre aux attentes des professionnels de santé

- **Une garantie de paiement sera mise en place pour protéger le professionnel de santé de tous les risques liés aux évolutions de parcours et de changement de droits des assurés.** Les régimes d'assurance maladie obligatoire garantiront les paiements sur la base des droits figurant dans la carte Vitale. Cette évolution par rapport à la situation actuelle conduira à revoir dès 2016 les règles de traitement afin de **supprimer tout rejet lié aux droits non à jour dans la carte Vitale ainsi que tout rejet lié au non-respect du parcours de soins.** Pour la part complémentaire, cette garantie de paiement s'appuiera sur la présentation d'une attestation de la complémentaire permettant de vérifier les droits du patient.
- **Des engagements en termes de délais de paiement** seront pris par les organismes payeurs **pour assurer un paiement rapide**, avec des pénalités versées au professionnel de santé en cas de non-respect de ces délais par les organismes d'assurance maladie obligatoire.
- **La simplicité du suivi et la liberté d'organisation des professionnels de santé seront assurés** par le développement de nouveaux services intégrés au logiciel et compatibles avec différents modes d'organisation (en autonomie ou avec recours à une structure intermédiaire tiers). Cet ensemble de solutions permettra que la pratique du tiers payant n'obère pas le temps médical, et simplifie même sensiblement ses conditions de mise en œuvre par rapport à la pratique actuelle.
- Afin d'**offrir un premier niveau de réponse et d'orientation aux professionnels de santé, un accompagnement renforcé par les conseillers informatiques services et un service d'assistance dédié** leur seront proposés à partir du 1^{er} juillet 2016 par les organismes d'assurance maladie obligatoire. L'opportunité d'un service de support commun AMO AMC fera l'objet d'une évaluation pour une mise en œuvre éventuelle à partir de 2017.

De nouveaux services déployés à partir des outils existants

Pour répondre à la demande de simplicité des professionnels de santé et ainsi préserver leur temps médical, les solutions proposées s'appuient sur l'utilisation du dispositif Sesam-Vitale déjà largement déployé auprès des professionnels de santé.

Cinq évolutions majeures seront apportées :

- **Des modules de vérification des droits en ligne**, développés par les organismes d'assurance maladie obligatoire (ADR) et les organismes complémentaires (IDB) **seront intégrés dans le logiciel métier** des professionnels de santé. L'utilisation de ces services en ligne pourra se faire de manière automatique sans perte de temps ni saisie particulière.
- **L'utilisation systématique d'une même norme par les organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire, simplifiera** l'information des professionnels de santé sur le traitement et le paiement des factures. Cette évolution permettra d'améliorer les outils de réconciliation des flux de facturation et de paiements existants.
- Les libellés de rejets ou d'erreurs retournés aux professionnels de santé seront réduits et simplifiés afin d'en faciliter la compréhension et la gestion au quotidien.
- Les libellés de références de virement des **organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire** seront harmonisés. Cela permettra la généralisation des modules de rapprochement simplifiés et automatiques des facturations et des virements bancaires.
- La possibilité pour les médecins de signer un contrat-type de tiers payant commun à tous les AMC, à partir d'un portail internet commun à tous les AMC.

Grâce à ces évolutions, un tableau de bord de suivi des factures, alimenté automatiquement dans le logiciel du professionnel de santé lui permettra de suivre facilement sa facturation, ses paiements et, s'il le souhaite, de faire le rapprochement simplement avec les règlements reçus sur son compte bancaire.

Le respect du libre choix des professionnels de santé.

Par ailleurs, le professionnel de santé aura le choix entre différentes options sur les modalités de mise en œuvre, selon qu'il préfère gérer lui-même la facturation et les paiements de façon complètement intégrée sur son poste de travail ou qu'il préfère déléguer une partie de cette gestion.

En effet, il est proposé la possibilité de s'appuyer sur une ou des structures intermédiaires, déjà en place pour les professionnels de santé qui préfèrent déléguer une partie des tâches de gestion et de suivi et l'ensemble des échanges d'information avec les AMO et les AMC.

Ces structures de gestion intermédiaire pourront, sans se substituer aux autres services proposés, réaliser un « virement unique » qui viendrait compléter le socle de services.

Tiers payant généralisé : les principales étapes

Fin février 2016 : remise du rapport à la ministre de la santé.

Premier semestre 2016 : démarrage des tests du dispositif de tiers payant des complémentaires santé avec les professionnels de santé volontaires.

1^{er} juillet 2016 : les professionnels de santé pourront proposer le tiers payant à leurs patients pris en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire.

31 décembre 2016 : le tiers payant devient un droit pour tous les patients pris en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire.

1^{er} janvier 2017 : Les complémentaires santé proposeront à leurs assurés le tiers payant, dans le cadre des « contrats responsables et solidaires ».

Les professionnels de santé peuvent proposer le tiers payant intégral à leurs patients.

Novembre 2017 : les patients ont le droit de bénéficier du tiers payant pour la part remboursée par l'assurance maladie obligatoire. Les professionnels de santé pourront leur proposer le bénéfice du tiers payant sur la part remboursée par la complémentaire.

Contacts Presse

Cnamts :

Lucie Hacquin - Tél. : 01 72 60 17 64 – email : presse@cnamts.fr

FNMF :

Constance Baudry – Tél. : 01 40 43 30 21 / 06 85 29 82 22 – email : constance.baudry@mutualite.fr

Association française de l'assurance :

Nathalie Irisson - Tél. : 01 53 04 16 21 / 06 20 59 91 45 - email : nathalie.irisson@gema.fr

Benoît Danton - Tél. : 01 42 47 93 80 / 06 48 24 77 81 - email : b.danton@ffsa.fr

Ctip

Miriana Clerc - Tél. : 01 42 66 92 58 / 06 74 19 20 50 - email : clerc@ctip.asso.fr