



Communiqué de presse
Paris, le 26 octobre 2021

PLFSS 2022 - L'Association des Plateformes Santé (APFS) appelle à la suppression de l'article 45 bis introduit par les députés

La commission des affaires sociales a adopté le mercredi 14 octobre [l'amendement 825](#) de la députée Agnès Firmin Le Bodo. Cet amendement prévoit qu'un décret viendra encadrer les services numériques devant être mis à disposition par les OCAM aux professionnels de santé pour assurer la bonne application de l'obligation de mise en place du tiers payant intégral dans le champ du 100% santé. L'amendement, redéposé en séance publique par la députée Agnès Firmin Le Bodo et par le rapporteur général Thomas Mesnier au nom de la commission des affaires sociales, a été adopté en l'état en séance publique, au risque de pénaliser fortement les acteurs du secteur sans pour autant renforcer l'efficacité de ce qui été voté dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021.

Cette mesure, présentée comme technique lors des débats, ne prend pas en compte la réalité de l'application du 100% santé et du tiers payant aujourd'hui. En effet, les OCAM sont déjà pleinement acteurs et moteurs dans la mise en œuvre de ces réformes, et une telle mesure viendrait alourdir inutilement le dispositif existant, sans régler les difficultés qui peuvent persister.

Un engagement fort et entier des OCAM et de leurs opérateurs dans le succès du 100% Santé

Les organismes complémentaires d'assurance maladie et leur sous-traitants, **telles les plateformes de services santé et opérateurs de tiers-payant, se sont pleinement impliqués dans la réforme du 100% Santé pour permettre qu'elle soit facilement et rapidement mise en œuvre afin de garantir l'accessibilité des équipements garantis sans restes-à-charge à tous les assurés souhaitant y recourir.** Les quelques principales difficultés rencontrées dans la mise en place de la réforme ne l'ont jamais été du fait de réticences liées aux OCAM.

Le développement généralisé du tiers-payant : les outils ont déjà été mis en place par les OCAM et leurs opérateurs en optique, dentaire et audioprothèses

L'Association des Plateformes de Santé (APFS) tient également à rappeler **que les complémentaires sont leader dans le développement du tiers-payant** qu'elles ont promu de longue date pour faciliter l'accès aux soins de leurs assurés tout autant que les relations administratives avec les professionnels de santé pour permettre le traitement simple, rapide et efficace des prises-en-charge :



- En optique la totalité des logiciels de gestion des magasins a intégré une norme du marché sur les flux permettant une communication EDI totalement automatique des flux de prise en charge ou de facturation avec l'OCAM ou de son opérateur en quelques secondes ;
- En dentaire une norme de même niveau est en cours de finalisation et sera bientôt déployée.
- De même pour les audioprothèses une norme viendra naturellement accompagner le fort développement de ces équipements.
- Par défaut le Professionnel de Santé peut aussi accéder à un portail lui permettant de dématérialiser tous les échanges avec l'OCAM ou son opérateur.

Un amendement inutile pour le déploiement du Tiers Payant

Le dispositif prévu par cet amendement existe déjà très largement via les services de Tiers Payant dès aujourd'hui mis en place par les OCAM et leurs opérateurs.

Deux principales caractéristiques attendues dans l'exposé des motifs et qui sont présentées comme dépendant d'un encadrement par décret existent d'ores et déjà :

- Modalités et délais de délivrance de l'accord des OCAM lorsque la prestation est soumise à accord préalable : L'ensemble des contrats avec les professionnels de santé proposé prévoit la délivrance d'un accord en temps réel dans la plupart des cas et en 2 à 3 jours au maximum dans certains cas spécifiques (s'il s'agit notamment d'une demande s'inscrivant dans les contextes dérogatoires à la règle générale vis-à-vis notamment des délais de renouvellement d'une paire de lunettes ou d'une prothèse auditive).
- Délais et garanties de règlement des sommes dues : De même les accords passés entre les professionnels de santé précisent le paiement de la facture émise, après contrôle, dans les 4 à 7 jours après la réception de la facture dématérialisée.

Aussi, lorsqu'il y a impossibilité de tiers-payant, la difficulté n'est en aucun cas liée à un refus de l'OCAM ou de son opérateur mais vient plutôt du fait que certains professionnels de santé refusent de le pratiquer. Ce serait donc davantage sur cet enjeu qu'il y a matière à proposer un amendement, pour réellement permettre une garantie de recours possible au tiers-payant pour tous les assurés chez tous les professionnels de santé dans le cadre des paniers sans Reste à Charge du 100% Santé..

Une réalité opérationnelle à prendre en compte

Ainsi, en termes de bonne utilisation des fonds destinés à la prise en charge des frais de santé et pour ne pas alourdir inutilement les frais de gestion des organismes d'assurance maladie, il



serait particulièrement incompréhensible de remplacer les systèmes existants, fonctionnels et efficaces, par un autre système à créer ex nihilo pour spécifiquement gérer le tiers-payant sur les équipements 100% Santé.

L'APFS soutient en revanche des mesures qui viserait à l'amélioration des dispositifs déjà existants en perfectionnant leur interopérabilité et en incitant à leur acceptabilité par tous les professionnels de santé concernés (opticiens, audioprothésistes, chirurgiens-dentistes...

Un amendement qui risque de voir empêcher le légitime contrôle de la dépense par les OCAM et plus globalement toute action de lutte contre la fraude autour des équipements 100% Santé

Le renvoi à un décret des caractéristiques techniques des services de tiers-payant que les OCAM seront obligés de mettre en œuvre, sans donc qu'ils n'aient plus la main sur la définition de ces caractéristiques, **risque de les amener à ne pas pouvoir exercer l'activité de contrôle inhérente à leur métier.** C'est notamment ce qui est à craindre lorsque sont évoquées dans l'amendement de Mme Firmin - Le Bodo « ***les conditions de mise à disposition des informations relatives aux droits et garanties des personnes couvertes par les contrats*** ».

Plutôt que de prévoir la communication à priori aux professionnels de santé d'informations relatives au détail des garanties du contrat de complémentaire santé de l'assuré, **il est important que le dispositif de tiers-payant organise la communication du professionnel vers l'OCAM des informations nécessaires au contrôle et à la validation de la prise-en-charge pour en accorder le paiement en bonne et due forme.**

Créée le 9 mars 2021, l'Association des Plateformes Santé (APFS) réunit les 5 plateformes de services santé gestionnaires de réseaux de soins en France - Carte Blanche Partenaires, Itelis, Kalixia, Santéclair et Sévéane - qui ensemble sont au service de plus de 50 millions de Français et ont décidé de fonder une association à portée. Elle a vocation d'une part à contribuer à améliorer la compréhension de leur rôle dans l'accès aux soins des adhérents des organismes complémentaires d'assurance maladie, et d'autre part, de faciliter les relations avec les autres intervenants du secteur.

Contact presse

apfs@secretariat-general.fr

07.87.62.31.16



ASSEMBLÉE NATIONALE

14 octobre 2021

PLFSS POUR 2022 - (N° 4523)

ADOPTÉ

AMENDEMENT N°257 (Rect)

présenté par

*M. Mesnier, rapporteur au nom de la commission
des affaires sociales, Mme Firmin Le Bodo,
M. Christophe et Mme Chapelier*

ARTICLE ADDITIONNEL

APRÈS L'ARTICLE 45, insérer l'article suivant:

I. – Le titre VII du livre VIII du code de la sécurité sociale est complété par un article L. 871-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 871-2. – Aux fins de garantir l'application du mécanisme du tiers payant aux personnes relevant des garanties mentionnées à l'article L. 871-1, les organismes d'assurance maladie complémentaire mettent à la disposition des professionnels de santé, des établissements et centres de santé, pour les produits et prestations relevant des classes à prise en charge renforcée définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1, des services numériques répondant à des caractéristiques définies par décret. Ces caractéristiques portent notamment sur les conditions de mise à disposition des informations relatives aux droits et garanties des personnes couvertes par les contrats, sur les modalités et délais de délivrance de l'accord des organismes lorsque la prestation est soumise à accord préalable, ainsi que sur les délais et garanties de règlement des sommes dues. »

II. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard au 1^{er} juillet 2022.

EXPOSÉ SOMMAIRE

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 a posé le principe d'une obligation pour les organismes complémentaires en santé de garantir, à compter du 1^{er} janvier 2022, l'application d'un tiers payant intégral dans le champ du panier 100 % santé en dentaire, en optique et pour les audioprothèses.

La garantie de la bonne application de la dispense d'avance de frais constitue en effet une des conditions essentielles de réussite de cette réforme, compte tenu des montants potentiellement importants que peut représenter l'avance de certains soins ou dispositifs médicaux (l'avance d'une aide auditive prise en charge intégralement dans le cadre du 100 % santé est par exemple de 950 euros).

Pour assurer la pleine effectivité en 2022 de cette obligation, le présent amendement prévoit qu'un décret encadrera les services numériques devant être mis à disposition, afin de préciser les modalités d'application de cette obligation.