

ACCORD CADRE

**PILOTAGE DU DISPOSITIF
« REMBOURSEMENT DES ORGANISMES COMPLEMENTAIRES » (ROC)
AUPRES DES ETABLISSEMENTS DE SANTE**

Adopté par le Comité stratégique lors de la séance du 12 décembre 2022

Table des matières

Préambule	4
Article 1 : Dispositions générales.....	5
1.1 Objet	5
1.2 Champ d'application.....	5
1.3 Principes généraux.....	6
Article 2 : Obligations générales des Parties	6
Article 3 : Gouvernance	6
3.1 Généralités.....	6
3.2 Comité stratégique	7
3.3 Comité de pilotage.....	8
Article 4 : Autres partenaires du dispositif ROC	9
4.1 La Cnam	9
4.2 Le GIE SESAM-Vitale	9
4.3 L'Association Inter-AMC	10
4.4 L'ANS.....	10
Article 5 : Engagement des Parties	10
Article 6 : Durée, résiliation, modification.....	11
6.1 Durée	11
6.2 Résiliation	11
6.3 Modification	11
Annexe 1 – Description générale du dispositif ROC :	12
A1-1 - Présentation du dispositif ROC	12
A1-2 - Prestations concernées par le dispositif ROC	13
A1-3 - Description générale du fonctionnement du dispositif ROC	13
A1-4 - Référentiel technique.....	13
A1-5 - Processus de déploiement.....	14
A1-6 - Supervision du dispositif.....	14
Annexe 2 – Principes généraux relatifs au contrat de tiers payant	16
Annexe 3 – Étude d'impact sur la vie privée et information des patients.....	17
Annexe 4 – Gouvernance mise en place par le présent accord-cadre	18

Le **Ministère de la Santé et de la Prévention**, au titre de la Direction Générale de l'Offre de Soins et la Direction de la Sécurité Sociale, représentées respectivement par Marie DAUDÉ (DGOS) en qualité de Directrice Générale et Franck VON LENNEP (DSS) en qualité de Directeur
ci-après dénommées respectivement « **DGOS** » et « **DSS** »,

Le **Ministère de l'Economie, des Finances et de la Souveraineté Industrielle et Numérique**, au titre de la Direction Générale des Finances Publiques, représentée par Jérôme FOURNEL en qualité de Directeur Général
ci-après dénommée « **DGFIP** » ,

La **Fédération Nationale de la Mutualité Française**, organisme régi par le Code de la mutualité, dont le siège social est situé à Paris, 255 rue de Vaugirard, représentée par Séverine SALGADO en qualité de Directrice Générale
ci-après dénommée « **FNMF** » ,

La **Fédération Française de l'Assurance**, syndicat professionnel régi par le Code du travail, dont le siège social est situé à Paris, 26 boulevard Haussmann, représentée par Franck LE VALLOIS en qualité de Directeur Général
ci-après dénommée « **FFA** » ,

Le **Centre Technique des Institutions de Prévoyance**, association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, dont le siège social est situé à Paris, 10 rue Cambacérès, représenté par Marie-Laure DREYFUSS en qualité de Déléguée Générale
ci-après dénommé « **CTIP** » ,

L'**Union Nationale des Organismes Complémentaires**, association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, dont le siège social est situé à Paris, 120 boulevard Raspail, représentée par Marc LECLERE en qualité de Président
ci-après dénommée « **UNOCAM** » ,

La **Fédération Hospitalière de France**, association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, dont le siège social est situé à Paris, 1 bis rue Cabanis, représentée par Zaynab RIET en qualité de Déléguée générale
ci-après dénommée « **FHF** » ,

La **Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne**, association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, dont le siège social est situé à Paris, 179, rue de Lourmel, représentée par Charles GUEPRATTE en qualité de Directeur général
ci-après dénommée « **FEHAP** » ,

La **Fédération nationale des Centres de lutte contre le cancer**, association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, dont le siège social est situé à Paris, 101, rue de Tolbiac, représentée par Sophie BEAUPERE en qualité de Déléguée générale
ci-après dénommée « **Fédération UNICANCER** » ,

La **Fédération nationale des Etablissement d'Hospitalisation à Domicile**, association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, dont le siège social est situé à Paris, 14, rue des Reculettes, représentée par Mathurin LAURIN en qualité de Délégué National,
ci-après dénommée « **FNEHAD** » ,

La **Fédération de l'hospitalisation privée**, association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, dont le siège social est situé à Paris, 106 rue d'Amsterdam, représentée par Christine SCHIBLER en qualité de Déléguée générale
ci-après dénommée « **FHP** »,

Appelés ci-après les « Parties »

Préambule

Cet accord cadre, conclu entre les Parties sus nommées, s'inscrit dans les objectifs de l'État en matière d'accès aux soins, d'amélioration de la qualité de service offerte aux patients et de simplification des démarches des établissements en matière de prise en charge de la part complémentaire.

L'État et les fédérations d'organismes complémentaires (CTIP, FFA et FNMF) ont initié en 2012 les travaux de définition d'une solution technique de tiers payant complémentaire, adaptée aux modalités de fonctionnement des organismes complémentaires et des établissements de santé, dont l'aboutissement est le dispositif technique « Remboursement des Organismes Complémentaires » (ROC), objet du présent accord cadre.

Le dispositif technique ROC vise à simplifier l'application du tiers payant sur la part complémentaire dans les établissements de santé et pour ce faire à dématérialiser, standardiser, optimiser et industrialiser les échanges entre les établissements de santé (ES), les organismes complémentaires santé (AMC) et, s'agissant des établissements publics de santé, la DGFIP.

Les objectifs communs des acteurs du dispositif technique ROC sont les suivants :

- améliorer la qualité globale du service rendu au patient par l'établissement de santé et les organismes complémentaires ;
- éviter une avance de frais pour le patient ;
- réduire les coûts de gestion et les cas d'incidents liés à la facturation et au recouvrement des établissements de santé, de la DGFIP et des organismes complémentaires ;
- fiabiliser les montants de la part complémentaire et de la part patient facturés par l'établissement de santé.

Les objectifs spécifiques aux établissements de santé et à la DGFIP sont les suivants :

- fiabiliser la facturation des prestations ;
- fiabiliser le recueil des informations administratives du patient concernant sa couverture par un organisme complémentaire ;
- fournir une information au patient sur le niveau prévisionnel de son éventuel reste à charge ;
- améliorer la trésorerie des ES en émettant les demandes de remboursement au plus près de la sortie du patient, en optimisant les délais de règlement et en automatisant le traitement des remboursements reçus par les postes comptables ;
- améliorer le niveau de recouvrement sur la facturation des prestations en ES ;
- fluidifier la transmission des informations de paiement ou, le cas échéant, de rejet entre le comptable public chargé du recouvrement et les organismes complémentaires.

Les AMC ont comme objectif de disposer d'un dispositif technique partagé permettant :

- l'automatisation et l'uniformisation des processus de mise en œuvre du tiers payant ;

- la mise en place facile et coordonnée du tiers payant dans l'ensemble des ES et des AMC ;
- la transmission et le remboursement par les AMC de prestations supplémentaires à celles définies à l'article 1 ci-après, sur des bases contractuelles, dans le cadre de conventions bilatérales entre les ES et les AMC.

Après une phase d'expérimentation confirmant le bon fonctionnement et l'intérêt du dispositif ROC, l'État et les fédérations d'AMC ont souhaité formaliser le cadre de la généralisation de ce dispositif et y associer les fédérations hospitalières.

C'est dans ce contexte que les Parties sont convenues de ce qui suit.

Article 1 : Dispositions générales

1.1 Objet

Le présent accord a pour objet de définir les rôles et responsabilités des acteurs du dispositif « Remboursement des organismes complémentaires » (ROC) visant à dématérialiser les flux d'information et financiers dans le cadre du tiers payant, en mettant à disposition des établissements de santé et des AMC les outils nécessaires aux échanges liés à la facturation.

1.2 Champ d'application

Le dispositif ROC concerne le tiers payant sur la part complémentaire (ci-après dénommé « le tiers payant complémentaire ») mis en œuvre dans les établissements de santé.

Il concerne les acteurs suivants :

- Les établissements de santé mentionnés aux a), b), c) et d) de l'article L.162-22-6 du CSS ;
- Les comptables publics, en ce qui concerne les établissements publics de santé mentionnés au a de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;
- Les organismes d'assurance complémentaire (AMC), qui comprennent les entreprises d'assurances, les institutions de prévoyance et les mutuelles, membres ou non membres des trois fédérations d'AMC signataires, interagissant avec des établissements de santé, ainsi que leurs opérateurs de tiers payant et délégués de gestion.

Et s'applique aux domaines d'intervention suivants :

- Médecine, Chirurgie, Obstétrique, Odontologie (MCOO) ;
- Soins de suite et de réadaptation (SSR) ;
- Psychiatrie ;
- Hospitalisation à Domicile (HAD).

Les prestations visées sont les suivantes :

- Les actes et consultations externes facturés par l'établissement ;
- Les prestations de soins destinées à une patientèle hospitalisée ;
- Les prestations hospitalières non suivies d'hospitalisation ;
- Les prestations pour exigences particulières du patient, mentionnées à l'article R. 162-27 du CSS.

Les éventuelles évolutions du périmètre des prestations visées se traitent dans le cadre du présent accord et sont le cas échéant référencées dans le cadre technique du dispositif ROC, en annexe au présent accord-cadre.

L'activité libérale des praticiens hospitaliers est exclue de ce dispositif.

1.3 Principes généraux

Les actions conduites dans le cadre du dispositif ROC concernent l'ensemble des acteurs tels que définis à l'article 1.2 du présent accord et le résultat attendu de ces actions ne sera atteint que si l'ensemble des acteurs s'y engage pleinement dans le respect des règles définies et selon les modalités suivantes :

- l'établissement de santé signe le contrat de tiers payant type avec l'Association Inter-AMC, régissant les modalités de tiers payant de la part complémentaire ; l'Association Inter-AMC signe au nom et pour le compte des organismes d'assurance complémentaire ayant intégré le dispositif ROC ;
- l'établissement de santé s'acquitte de la vérification de sa conformité technique au dispositif ROC ;
- l'AMC adhère à l'Association Inter-AMC à laquelle il donne mandat pour contractualiser en son nom et pour son compte avec chaque établissement de santé dans le cadre du dispositif ROC ;
- l'AMC s'acquitte de la vérification de sa conformité technique au dispositif ROC selon les modalités définies par l'Association Inter-AMC ;
- l'établissement de santé et l'AMC utilisent le dispositif ROC pour échanger directement entre eux les différents flux permettant l'application du tiers payant.
- Chacun des acteurs, AMC ou établissement de santé, prend en charge pour ce qui le concerne le financement des coûts de mise en œuvre et de fonctionnement du dispositif ROC.

Article 2 : Obligations générales des Parties

Les Parties s'engagent sur les principes de loyauté, de transparence et de coopération dans le cadre de l'exécution du présent accord ainsi que des dispositions qui sont prises en application de celui-ci.

Ces engagements passent par une information réciproque régulière dans le cadre de la gouvernance définie à l'Article 3.

Les Parties sont tenues aux obligations imposées par le présent accord-cadre. Elles s'engagent à appliquer, pour ce qui les concerne, les décisions prises par les instances de la gouvernance prévue par le présent accord-cadre, ainsi qu'à les relayer, les expliquer et tout mettre en œuvre pour obtenir l'adhésion des acteurs qu'elles fédèrent.

Article 3 : Gouvernance

3.1 Généralités

Le dispositif ROC est piloté selon une gouvernance mise en place par le présent accord, et représentée en annexe 4. Cette gouvernance entre en vigueur à la signature du présent accord-cadre.

Les Parties s'engagent à participer activement aux instances instituées dans le cadre de cette gouvernance.

La gouvernance définie au présent article traite du dispositif technique ROC, à l'exclusion de toute autre question.

3.2 Comité stratégique

3.2.1 Composition du Comité stratégique

Le Comité stratégique (COSTRAT) se compose :

- De trois (3) collèges disposant chacun d'une voix délibérative :
 - o Le collège État regroupant la DGOS, la DSS et la DGFIP ;
 - o Le collège Assurance maladie complémentaire regroupant le CTIP, la FFA et la FNMF ;
 - o Le collège des établissements hospitalier regroupant les fédérations représentant les établissements ayant accès au dispositif ROC.
- De deux (2) membres disposant chacun d'une voix consultative : l'UNOCAM et la Cnam.

Chaque collège désigne, selon ses propres critères, un représentant titulaire et un ou plusieurs suppléants.

Les fonctions exercées au sein du Comité stratégique s'effectuent gratuitement.

3.2.2 Attributions du Comité stratégique

Le Comité stratégique est l'organe permettant de partager et de décider des orientations stratégiques du dispositif ROC.

Le Comité stratégique est aidé dans ses attributions par un Comité de pilotage, auprès duquel sont constituées des commissions techniques consultatives.

Le Comité stratégique se prononce sur les propositions soumises par le Comité de pilotage en cas de litige ou d'incident ; sa décision est exécutoire.

3.2.3 Présidence et secrétariat du Comité stratégique

La DGOS assure la présidence et le secrétariat du Comité stratégique.

3.2.4 Convocation du Comité stratégique

Le Comité stratégique est convoqué par son Président. Il se réunit au moins une fois par an et aussi souvent que nécessaire, le cas échéant à la demande d'un de ses membres.

3.2.5 Quorum du Comité stratégique

Le Comité stratégique peut valablement délibérer si chaque collège est représenté.

En cas d'absence de représentation d'un ou plusieurs collèges un nouveau Comité stratégique est réuni sur nouvelle convocation et après un délai minimal de 15 jours. Dans ce cas le quorum peut valablement délibérer si le collège État et le collège Assurance maladie complémentaire sont représentés.

3.2.6 Délibérations du Comité stratégique

Chaque collège peut inscrire un ou plusieurs points à l'ordre du jour du Comité stratégique.

Le Comité stratégique prend ses décisions à l'unanimité des voix délibératives exprimées.

En l'absence d'unanimité et en cas d'incapacité des Parties à trouver un accord dans le cadre de cette instance, une commission extraordinaire d'arbitrage est convoquée. Cette commission réunit le Ministre en charge de la Santé, qui en assure la présidence, le Ministre en charge des Finances Publiques et les présidents de chaque fédération d'assurance maladie complémentaire, ou leurs représentants désignés, ainsi que les présidents des fédérations hospitalières, ou leurs représentants désignés.

Les délibérations font l'objet d'un compte-rendu et, le cas échéant, d'un relevé de décisions.

3.3 Comité de pilotage

3.3.1 Composition du Comité de pilotage

Le Comité de pilotage se compose de :

- Trois (3) membres pour l'État : la DGOS, la DSS et la DGFIP, disposant chacun d'une voix délibérative ;
- Trois (3) membres pour l'assurance maladie complémentaire : le CTIP, la FFA et la FNMF, disposant chacun d'une voix délibérative ;
- Un (1) représentant pour chaque fédération hospitalière Partie, l'ensemble des fédérations hospitalières disposant d'une voix délibérative.

Compte-tenu de la nature des attributions du Comité de pilotage, les Parties s'engagent à ce que leurs représentants aient une bonne connaissance des modalités techniques de fonctionnement du dispositif ROC.

En tant que de besoin, à titre consultatif, les membres du Comité de pilotage peuvent inviter à participer aux réunions du Comité de pilotage d'autres acteurs, comme la Cnam, le GIE SESAM-Vitale, l'ANS.

3.3.2 Attributions du Comité de pilotage

Le Comité de pilotage, rattaché au Comité stratégique, a pour mission de :

- s'assurer du bon fonctionnement du dispositif ROC ;
- s'assurer du respect des engagements inscrits au présent accord cadre ;
- s'assurer de la mise en œuvre des orientations arrêtées par le Comité stratégique ;
- rapporter au Comité stratégique l'état de fonctionnement du dispositif ROC ;
- remonter au Comité stratégique les points ne faisant pas l'objet d'un accord unanime ou relevant de questions stratégiques ;
- conseiller le Comité stratégique sur les évolutions du dispositif ROC ;
- piloter la mise en œuvre de ces évolutions, qu'elles soient techniques ou relatives à la montée en charge des établissements ;
- prendre les mesures conservatoires d'urgence en cas de dysfonctionnement du dispositif ROC et les rapporter au Comité stratégique ;
- décider de la publication des cahiers des charges ;
- proposer en tant que de besoin des modifications du contrat de tiers-payant pour validation par le Comité stratégique ;
- valider la liste des prestations hors soins identifiées par les organismes d'assurance maladie complémentaire ;
- s'assurer du maintien à jour de l'Etude d'Impact sur la Vie Privée (EIVP) de référence pour l'ensemble des responsables de traitement impliqués dans le dispositif ROC.

Il se prononce en tant que de besoin sur les mesures nécessaires à la résolution des litiges ou des incidents qui lui sont soumis. Tout en privilégiant la continuité de service, il peut proposer pour décision au Comité stratégique notamment :

- la mise en œuvre d'une conciliation entre l'établissement de santé et l'AMC concerné ;
- l'avertissement d'un acteur ;

- la diffusion par le CTIP, la FFA et la FNMF d'une part, par la DGOS d'autre part, d'une information relative au litige ou à l'incident, à destination respectivement des AMC et des établissements de santé qui utilisent le dispositif ROC.

Le Comité de pilotage est habilité à créer des commissions techniques consultatives, en particulier une commission de suivi opérationnel comportant en particulier des représentants des établissements de santé et des AMC. La participation d'experts extérieurs à ces commissions est possible, au vu de leurs compétences et de leur capacité d'expertise ou du rôle qu'ils peuvent avoir sur les sujets traités. Peuvent notamment être appelés à participer à ce titre des opérateurs de tiers payant et des éditeurs. Ces commissions, dont les attributions sont précisées par un règlement intérieur soumis à la validation du Comité Stratégique, lui sont rattachées.

3.3.3 Présidence et secrétariat du Comité de pilotage

La DGOS assure la présidence et le secrétariat du Comité de pilotage.

3.3.4 Fonctionnement du Comité de pilotage

Le Comité de pilotage se réunit au moins une fois par semestre, et aussi souvent que nécessaire, le cas échéant à la demande d'un de ses membres, et dans un délai de cinq (5) jours ouvrables suivant convocation en cas de situation d'urgence.

Chaque membre et représentant peut inscrire un ou plusieurs points à l'ordre du jour du Comité de pilotage.

Le Comité de pilotage prend ses décisions à l'unanimité des voix délibératives de ses membres présents ou représentés. En l'absence d'unanimité, et en cas d'incapacité des Parties à trouver un accord dans le cadre de cette instance, la décision est renvoyée au Comité Stratégique.

Les délibérations font l'objet d'un compte-rendu et, le cas échéant, d'un relevé de décisions.

Article 4 : Autres partenaires du dispositif ROC

La mise en place du dispositif ROC s'appuie également sur les compétences et le savoir-faire spécifique de plusieurs organismes. Ceux-ci interviennent par la mise à disposition de moyens, de ressources ou de services dédiés, à différents stades du dispositif ROC, selon les modalités définies ci-après. Les Parties font appel aux partenaires décrits ci-après dans le présent article et en tant que de besoin à d'autres partenaires.

4.1 La Cnam

Dans des conditions définies par convention, la Cnam met à disposition de l'Association Inter-AMC le fichier des établissements contenant notamment les coordonnées bancaires utilisées par les AMC pour procéder au paiement des demandes de remboursement de tiers payant.

Dans des conditions également définies par convention, la Cnam met à disposition de l'Association Inter-AMC un dispositif de vérification de conformité de l'intégration du dispositif ROC dans les logiciels hospitaliers.

4.2 Le GIE SESAM-Vitale

Le GIE SESAM-Vitale, dont le CTIP, la FFA et la FNMF sont membres, participe, conformément aux décisions de ses instances, à la mise en œuvre du dispositif ROC, et à ce titre assure notamment la rédaction des cahiers des charges fonctionnels et techniques destinés aux éditeurs des logiciels hospitaliers, la mise à disposition

du frontal de flux DRE-ES, et l'accompagnement des éditeurs pour leur intégration et déploiement du dispositif.

4.3 L'Association Inter-AMC

L'Association Inter-AMC, créée par les trois fédérations de complémentaires, CTIP, FFA et FNMF, et financée par ses membres, accueille l'ensemble des organismes d'assurance complémentaire (AMC), qui comprennent les entreprises d'assurances, les institutions de prévoyance et les mutuelles, membres ou non membres des fédérations d'AMC signataires du présent accord, ainsi que leurs opérateurs de tiers payant et délégataires de gestion. Elle met à disposition un ensemble de solutions et des services permettant de simplifier l'application du tiers payant entre les organismes d'assurance maladie complémentaire et les professionnels et établissements de santé, et notamment :

- Un dispositif de contractualisation simplifié pour les établissements de santé ;
- Un dispositif d'assistance aux établissements de santé ;
- Une plateforme de vérification de conformité des AMC ;
- Des outils mis à la disposition des établissements de santé et de leurs éditeurs de logiciels pour les besoins de vérification de leur conformité ;
- Un outil de diffusion des informations des établissements de santé vers les AMC.

4.4 L'ANS

Au regard des missions qui lui ont été confiées, l'Agence du Numérique en Santé – ANS – met à disposition des établissements de santé les moyens d'authentification nécessaires à la sécurisation des échanges par les services en ligne et apporte son expertise quant aux modalités d'intégration du dispositif ROC dans les systèmes d'information hospitaliers.

Article 5 : Engagement des Parties

Le dispositif ROC, ainsi que les prestations concernées, sont décrits en Annexe 1.

Pour mettre en œuvre ce dispositif les Parties mettent à la disposition des établissements de santé et de leurs éditeurs, et de la sphère complémentaire, un référentiel technique formalisé au sein d'un corpus documentaire opposable, dont la composition est décrite en Annexe 1. Les Parties s'engagent à faire évoluer ce dispositif en tant que de besoin, au bénéfice des établissements de santé et des AMC, et à définir et superviser conjointement le calendrier de déploiement des nouvelles versions, selon les modalités définies dans un document ad hoc du corpus documentaire.

Le CTIP, la FFA, la FNMF d'une part, les fédérations hospitalières d'autre part s'engagent à promouvoir les dispositions qui découlent du présent accord dans le cadre de leurs relations avec leurs partenaires, notamment ceux décrits à l'article 4 du présent accord et à apporter leur expertise du fonctionnement des AMC et des établissements de santé respectivement.

La DGFIP met en œuvre les mécanismes définis dans le dispositif ROC, dont la finalité est de permettre aux établissements publics de santé d'améliorer la gestion de leur facturation, et à l'ensemble des acteurs de réduire les contentieux avec les AMC. Pour ce faire, elle s'appuie sur un réseau de comptables publics. Ces comptables se réunissent régulièrement avec les directeurs financiers des établissements publics de santé. Elle tient compte des instructions que lui fournissent les établissements publics de santé en matière de recouvrement, notamment lorsque des titres de recette contestés par les AMC (pour cause, par exemple, de rejet ou d'annulation de demande de remboursement) font l'objet de saisies administratives à tiers détenteur.

En contrepartie, le CTIP, la FFA et la FNMF s'engagent à promouvoir auprès de leurs membres respectifs les solutions mises en place d'un commun accord avec la DGFIP pour permettre le traitement rapide, au niveau des acteurs de terrain, des situations litigieuses. La DGFIP met en place avec l'Association Inter-AMC les procédures et moyens convenus conjointement pour assurer la fiabilité du recouvrement, et, en particulier en ce qui concerne l'identification des comptes bancaires des établissements. Dans ce cadre, la DGFIP notifie pour information l'Association Inter-AMC en cas de modification des coordonnées bancaires d'un établissement public de santé et transmet au moins une fois par an à l'Inter-AMC les coordonnées bancaires nationales des établissements de santé, identifiés par leur FINESS juridique. Elle met également à disposition de l'Association Inter-AMC un contact permettant de réaliser des vérifications ou d'intervenir sur la chaîne des coordonnées bancaires en fonction des besoins opérationnels partagés.

Les Parties s'engagent à superviser conjointement le dispositif ROC, selon les modalités définies en Annexe 1. Elles portent dans ce cadre une attention toute particulière au respect des engagements de service, et notamment aux taux d'usage des différents codes retours normalisés des services en ligne, aux délais de réponse des services en ligne, aux taux de rejets de DRE-ES, aux délais de paiement et aux taux d'annulation de demandes de remboursement après paiement.

Article 6 : Durée, résiliation, modification

6.1 Durée

Le présent accord est conclu pour une durée de cinq ans à compter de sa date d'entrée en vigueur ; il est renouvelable par tacite reconduction par période de même durée, sauf résiliation six (6) mois au moins avant sa date d'échéance.

6.2 Résiliation

Le présent accord peut être résilié à tout moment, sous réserve du respect d'un préavis de douze (12) mois, soit par décision du ministère chargé de la Santé, soit par décision unanime et conjointe du CTIP, de la FFA et de la FNMF. Durant cette période de douze (12) mois le présent accord continue de s'appliquer. La demande de résiliation déclenche l'ouverture immédiate d'une période de discussion visant à conclure un nouvel accord.

6.3 Modification

Toute modification du présent accord fait l'objet d'un avenant entre les Parties.

*
* *
*

Annexe 1 – Description générale du dispositif ROC :

A1-1 - Présentation du dispositif ROC

Le dispositif de « remboursement des organismes complémentaires » (ROC) est porté par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et la Direction de la Sécurité Sociale (DSS) d'une part, par les fédérations représentantes des organismes complémentaires (Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF), Fédération Française de l'Assurance (FFA), Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP)) d'autre part, avec l'appui de la Direction Générale des Finances Publiques (DGFIP), de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM), de l'Agence du Numérique en Santé (ANS) et du Groupement d'Intérêt Économique SESAM-Vitale (GIE SESAM-Vitale).

Le dispositif ROC a pour but de simplifier et de fiabiliser le tiers payant sur la part complémentaire dans les établissements de santé en faisant converger l'ensemble des acteurs de l'écosystème vers un format national unique d'échange et des processus unifiés, et ainsi de favoriser l'accès aux soins pour les patients.

En pratique, ce dispositif permet en temps réel et en fonction du parcours administratif hospitalier d'un patient :

- de vérifier que le patient dispose d'une couverture par un organisme d'assurance maladie complémentaire ;
- à l'organisme d'assurance maladie complémentaire de calculer en temps réel les montants qu'il prend en charge ;
- à l'organisme d'assurance maladie complémentaire de fournir une garantie de paiement ;
- d'informer le patient de l'existence d'un éventuel reste à charge.

Dans ce cadre, ce dispositif modernise les échanges entre les établissements de santé et les organismes d'assurance maladie complémentaire pour :

- permettre la fourniture en temps réel aux patients et aux établissements de santé des montants pris en charge par les complémentaires et à ces dernières les montants qui seront facturés par les établissements de santé ;
- améliorer l'efficacité globale du tiers payant, tant pour les équipes des établissements de santé que pour celles des organismes d'assurance maladie complémentaire, en numérisant et automatisant l'ensemble des échanges de manière à diminuer drastiquement les motifs de rejets ;
- faciliter la facturation, le recouvrement et le rapprochement comptable de la part AMC via ces échanges dématérialisés, y compris avec les comptables publics pour les établissements publics de santé ;
- limiter les rejets et réduire drastiquement le contentieux entre établissements de santé, Trésor Public (pour les établissements publics de santé) et organismes d'assurance maladie complémentaire ;
- et in fine sécuriser les recettes des établissements de santé, notamment en mettant en œuvre une garantie de paiement des demandes de remboursement.

Le dispositif ROC a vocation à couvrir tous les organismes complémentaires (AMC – sociétés d'assurance, institutions de prévoyance et mutuelles) ainsi que leurs délégataires de gestion et / ou opérateurs. Il concerne l'ensemble des établissements mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale pour les domaines d'activité hospitalière de médecine – chirurgie – obstétrique – odontologie (MCOO), de soins de suite et de réadaptation (SSR), de psychiatrie et d'hospitalisation à domicile (HAD). Sa mise en œuvre opérationnelle mobilise en tant que de besoin les éditeurs de logiciels hospitaliers intervenant

dans le processus de prise en charge administrative du patient, ainsi que la DGFIP pour la facturation des établissements publics de santé.

A1-2 - Prestations concernées par le dispositif ROC

Lors d'une venue en externe les prestations prises en charge sont les actes et consultations externes (ACE) tels que listés à la nomenclature « *Codes Prestations_ROC* » référencée dans le corpus technique. Les activités prothétiques dentaires sont exclues du périmètre initial du dispositif ROC.

Lors d'une venue pour un séjour hospitalier sont pris en compte :

- la dépense réelle, la part prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), le reste à charge du patient, dont le montant est déterminé en fonction des règles en vigueur, dont en particulier le taux de prise en charge par l'AMO ;
- les prestations hors soins identifiées par les organismes d'assurance maladie complémentaire et incluses dans une liste partagée par les établissements de santé et les AMC et validée par le Comité de pilotage ;
- des informations sur des prestations supplémentaires à celles définies à l'article 1 dans le cadre d'une convention bilatérale entre l'établissement de santé et l'AMC.

A1-3 - Description générale du fonctionnement du dispositif ROC

Le dispositif ROC s'appuie sur un ensemble de services en ligne (SEL) permettant :

- de s'assurer en temps réel de la couverture AMC du patient et d'identifier l'existence d'un reste à charge lors de la préadmission ou de l'admission ;
- de simuler en amont de la facturation les montants et la part prise en charge par l'AMC et d'en informer le patient ;
- de calculer de manière définitive la part AMC et le reste à charge final du patient, de fournir une garantie de paiement à l'établissement de santé, et pouvoir procéder à une annulation en cas d'erreur.

Ces SEL sont mis en œuvre sous la responsabilité des organismes d'assurance maladie complémentaire.

Le processus dématérialisé de facturation – paiement met en œuvre des échanges asynchrones s'appuyant à l'aller sur une déclinaison de la norme B2 de l'AMO, dite DRE-ES, et au retour sur une déclinaison de la norme NOEMIE, dite NOEMIE-R. Le détail du contenu des échanges, y compris la codification des actes, sont définis dans le cadre du dispositif ROC.

A1-4 - Référentiel technique

Le dispositif ROC se fonde opérationnellement sur un référentiel technique définissant un processus et un standard d'échange dématérialisé du tiers-payant entre les établissements de santé, les organismes d'assurance maladie complémentaire et la DGFIP s'agissant des établissements publics de santé. Ce référentiel est formalisé au sein d'un corpus documentaire à destination des organismes complémentaires santé (AMC) et d'un corpus documentaire à destination des éditeurs de logiciels hospitaliers.

Ce référentiel est constitué en particulier :

- des principes généraux explicitant l'ensemble du processus et décrivant les moyens à mettre en œuvre ;

- du cahier des charges décrivant le contenu de la norme d'échange des SEL ainsi que les règles de gestion associées ;
- du cadre d'interopérabilité Inter-AMC décrivant les modalités techniques de la mise en œuvre de la pré-facturation à travers les SEL ;
- du cahier des charges facturation – paiement – retour décrivant les modalités de mise en œuvre de la facturation sous norme DRE-ES s'appuyant sur la norme B2 de l'AMO à l'aller et NOEMIE au retour ;
- du package ROC (fiabiliser et facturer la part complémentaire) contenant les éléments pour les éditeurs.

Ce corpus est mis à jour en tant que de besoin. Ces modifications s'imposent à l'ensemble des acteurs, selon un calendrier validé en comité de pilotage.

Ce corpus fixe dans les normes qui s'imposent aux établissements mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et aux comptables publics des établissements mentionnés au a du même article les mesures de sécurité applicables à la facturation des soins aux organismes d'assurance maladie complémentaire de manière dématérialisée.

Il comprend une liste d'engagements de services comportant les indicateurs et les valeurs seuil permettant de s'assurer de leur respect.

Il comprend la description du processus d'accrochage au dispositif ROC des établissements de santé et des AMC.

Il liste les principaux documents exigibles par les AMC auprès des établissements de santé, utilisés notamment dans le cadre des processus de contrôle et de certification annuelle des comptes. Il définit également un format standard d'échange pour la communication aux établissements de santé par les AMC de la liste des demandes de remboursement concernées, le délai maximal de réponse des établissements ainsi que les modalités de transmission dématérialisées par les établissements de santé aux AMC des documents demandés.

A1-5 - Processus de déploiement

Le processus de déploiement du dispositif ROC, tant pour les AMC que pour les établissements de santé, est réalisé conformément aux modalités décrites dans les cahiers des charges ad hoc du corpus documentaire.

Le suivi du processus de déploiement est effectué par le Comité de pilotage pour l'ensemble des acteurs concernés (AMC, établissements de santé, éditeurs).

A1-6 - Supervision du dispositif

Les échanges mis en œuvre dans le cadre du dispositif ROC sont supervisés au long cours pour s'assurer de leur qualité et pour identifier les évolutions à apporter au dispositif ROC dans un objectif d'amélioration continue.

La supervision du dispositif ROC est basée sur la remontée et l'agrégation d'indicateurs fournis par les acteurs (établissements de santé, AMC et DGFIP). Ils ont en particulier pour objectif de :

- contrôler l'accrochage de l'ensemble des acteurs au dispositif ROC ;
- contrôler le respect des engagements en matière de disponibilité, de temps de réponse, de délais de paiement... ;
- contrôler la qualité des informations échangées ;
- identifier les dysfonctionnements et les acteurs qu'ils concernent ;

- déclencher les actions correctives auprès des acteurs concernés.
- s'assurer du respect par l'ensemble des acteurs des mesures de sécurité applicables à la facturation des soins aux organismes d'assurance maladie complémentaire de manière dématérialisée.

Annexe 2 – Principes généraux relatifs au contrat de tiers payant

Le contrat de tiers payant a pour objet d'organiser la procédure de délégation de paiement commune à tous les AMC et Débiteurs et de garantir à l'établissement le remboursement de la part complémentaire sur les dépenses engagées par les bénéficiaires, au titre de leur couverture complémentaire.

Il lie juridiquement chaque établissement à chaque AMC dans le cadre du dispositif ROC au regard, notamment, de l'engagement de paiement.

La multiplicité des acteurs, tant coté établissement que coté AMC, nécessite de mettre en place un dispositif unifié et simplifié pour la signature d'un contrat unique de tiers payant. Pour ce faire, une architecture via la technique de mandat est mise en place, afin que l'établissement signe une seule fois le contrat de tiers payant, avec l'ensemble des AMC ayant donné mandat à l'Association Inter-AMC pour ce faire.

L'Association Inter-AMC est au cœur de ce dispositif juridique ; elle reçoit les mandats de chaque AMC, et signe avec chaque établissement hospitalier le contrat de tiers payant au nom et pour le compte de chaque AMC. Ainsi, l'établissement, en signant le contrat de tiers payant avec l'Association Inter-AMC, contractualise avec tous les AMC et, le cas échéant, les Opérateurs AMC Débiteurs, ayant donné mandat à l'Association, que ceux-ci aient donné mandat, avant, ou après la signature par l'établissement.

L'Association Inter-AMC accueille tous les AMC, qu'ils soient membres ou non d'une fédération signataire de l'accord cadre. Elle accueille tous les acteurs gestionnaires, qui contractualisent aujourd'hui avec les professionnels de santé ou les établissements. Il peut s'agir de porteurs de risques, (sociétés d'assurances, institutions de prévoyance ou mutuelles), de leurs délégataires de gestion ou opérateurs de tiers payant.

L'objectif du contrat de tiers payant est de décrire les engagements liant l'établissement, l'AMC, le cas échéant l'Opérateur AMC Débiteur, l'Association Inter-AMC et le cas échéant le comptable public.

Ce contrat contient notamment les rubriques suivantes :

- le champ d'application du contrat de tiers payant ;
- les engagements réciproques des AMC, des établissements de santé et de l'Association Inter-AMC ;
- les modalités de gestion des données concernant les établissements de santé, en distinguant les données fournies par la Cnam de celles fournies par l'établissement de santé ;
- les engagements de respect des modalités de facturation des prestations AMC et de retraitement par les établissements de santé des demandes de remboursement rejetées ;
- les modalités de mise en œuvre de la garantie de paiement qui repose en particulier sur la mise en œuvre des services en ligne et le « Numéro d'engagement » véhiculé dans la demande de calcul de la prise en charge AMC, ainsi que le délai maximum de paiement à compter de la réception de la demande de remboursement ;
- les modalités de modification du contrat de tiers payant et de ses annexes ;
- l'effet du contrat de tiers payant sur les conventions de tiers payant préexistant à sa signature.

Il contient également les modalités d'accès de l'établissement à la liste à date des AMC intégrés au dispositif ROC, et donc engagés juridiquement avec l'établissement.

Annexe 3 – Étude d’impact sur la vie privée et information des patients

L’étude d’impact sur la vie privée (EIVP) du dispositif ROC est mise à disposition du délégué à la protection des données des établissements de santé, ainsi qu’un kit de communication à destination des patients.

Annexe 4 – Gouvernance mise en place par le présent accord-cadre

