

Groupe de travail du mercredi 24 novembre sur le secteur public local

Le déploiement du dispositif ROC « Remboursement des organismes complémentaires »

I. ROC est un projet emblématique de la modernisation de la gestion publique dans un contexte d'attentes fortes exprimées lors du Ségur de la Santé

Le dispositif « Remboursement des Organismes Complémentaires » (ROC), initié en 2014, est une composante du programme SIMPHONIE (SIMplification du Parcours HOspitalier du patient et la Numérisation des Informations Echangées), programme porté par la Direction Générale de l'Offre de Soins et l'Agence du Numérique en Santé.

ROC simplifie et sécurise le tiers-payant sur la part complémentaire entre les établissements de santé et les complémentaires santé en faisant converger l'ensemble des acteurs vers un format national unique d'échange et des processus unifiés. Il permet d'automatiser les échanges entre l'établissement de santé, les organismes complémentaires et les trésoreries hospitalières chargées du recouvrement des créances.

Le processus de recouvrement de la part Assurance Maladie Complémentaire (AMC) des établissements de santé était marqué jusqu'à présent par un très faible taux de dématérialisation des échanges, ainsi qu'une absence de normalisation des processus entre les différents acteurs. La DGFIP s'est donc efforcée de rapprocher le système cible d'échanges de ROC avec celui mis en œuvre pour FIDES (Facturation individuelle des établissements de santé, qui consiste en une facturation individuelle et directe des données détaillées et fiabilisées des prestations auprès de l'assurance maladie obligatoire). Les comptables publics peuvent désormais mettre en œuvre des processus de recouvrement identiques à ceux relatifs à la facturation individuelle, à savoir :

- le rapprochement des flux Noémie figurant en bannette Hélios avec les virements financiers figurant sur le compte Banque de France ;
- la validation des flux Noémie ;
- l'apurement automatique des titres de recettes figurant en comptabilité ;
- l'apposition d'un code empêchement sur les titres de recettes ayant donné lieu à un rejet.

Par ailleurs, ROC permet à l'hôpital d'avoir une garantie de paiement dès l'admission du patient. Il prévoit, comme pour FIDES, un paiement dans les douze jours à compter de la réception de la facture par l'organisme complémentaire.

Le projet ROC a d'abord fait l'objet d'une expérimentation visant à vérifier la correcte intégration des flux dans la chaîne applicative de la DGFIP.


Les éditeurs hospitaliers concernés par cette expérimentation étaient, pour la sphère publique, le GIP Cpage, Intersystems et Maincare. Parmi les assurances maladie complémentaire (qui sont de trois types : mutuelles, instituts de prévoyance et assurances), les expérimentateurs étaient Malakoff Humanis (166 branches professionnelles, 10 millions d'assurés et ayants-droit), la Mutuelle nationale des hospitaliers (MNH, 1 million de bénéficiaires professionnels et ayants-droit), ainsi que plusieurs mutuelles et autres AMC en délégation complète de tiers payant auprès des groupes Almérys et ProBTP (2,9 millions de bénéficiaires). Les assureurs proposant des produits de complémentaire santé n'ont pas participé à l'expérimentation.

Six établissements hospitaliers ont expérimenté ROC : le CH d'Avignon, le CH de Chalon sur Saône, le CH de Troyes, le CH Périgueux, le Médipôle Lyon Villeurbanne et le GH du Havre.


Le bilan de cette expérimentation, lancée en avril 2019 s'est avéré positif : ainsi, on constate une bonne transmission de l'information, via l'application « Noémie », qui permet un émargement massif automatisé des titres de recettes payés dans Hélios.

Les trésoreries concernées ont fait un excellent retour sur les simplifications portées par ROC grâce à l'imputation automatique des versements des organismes complémentaires. Ce bon retour « réseau » est confirmé par les comptes-rendus informatiques de traitement, laissant apparaître un nombre très résiduel d'anomalies.

ROC s'inscrit pleinement dans l'objectif de simplification de gestion de la facturation porté par le Secur de la Santé, notamment la simplification de prise en charge pour la partie AMC. Pour la DGFIP, ROC est porteur d'une avancée significative dans la performance du processus de recouvrement auprès des organismes complémentaires.




MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ




ROC


ROC : Un dispositif « gagnant-gagnant » de simplification du Tiers-Payant sur la part complémentaire à l'hôpital pour l'ensemble des acteurs

 **Pour les patients**

- **Garantir une prise en charge en Tiers-Payant** sur la part complémentaire à l'hôpital pour **toutes les prises en charge** des patients assurés, et ainsi faciliter l'accès aux soins
- **Simplifier le parcours administratif à l'hôpital**
 - absence d'avance de frais
 - absence de démarches administratives avec son AMC après sa sortie
 - un contact administratif unique
 - l'information en temps réel du montant pris en charge par sa complémentaire et d'un éventuel montant restant à sa charge


 **Pour les organismes complémentaires**

- **Réduire les coûts de gestion** grâce l'automatisation et l'uniformisation des échanges avec les établissements et les comptables publics
- Être informé de l'hospitalisation du patient dès son admission et être en mesure de **proposer et faire bénéficier** à son assuré **des services additionnels**

 **Pour les établissements et pour les comptables publics** (pour les EPS)

Remplacer tous les échanges papier ou dématérialisés avec les OC par un **format national unique d'échange en temps réel**

- **Confirmation en temps réel de la validité de la couverture** par l'AMC présentée par le patient
- **Connaissance en temps réel du montant de la part prise en charge par l'AMC** et la possibilité d'en informer le patient
- **Garantie de paiement des factures** par l'OC à l'établissement
- **Gains de trésorerie** grâce au délai de paiement de 12 jours maximum
- **Gain de temps** pour les équipes par la suppression du principe de la demande de prise en charge
- **Diminution drastique des rejets** de factures



PRIORITÉ
SECUR

II. Signature de l'accord cadre national le 18 mai dernier.

L'accord national, signé par Jérôme Fournel pour la DGFIP le 18 mai dernier entre l'État, les fédérations hospitalières et les fédérations représentant les organismes d'assurance maladie complémentaire, définit les rôles et responsabilités des acteurs du dispositif ROC.

Lors de la signature, le directeur général a salué cette avancée grâce à laquelle les comptables de la DGFIP vont pouvoir fluidifier la chaîne de la recette, l'accélération des procédures se faisant d'abord au bénéfice des patients.

Les autres signataires de l'accord-cadre sont :

- pour le ministère des Solidarités et de la santé, la directrice générale de l'offre de soins et le directeur de la sécurité sociale ;
- quatre fédérations représentant les organismes d'assurance maladie complémentaire ;
- cinq fédérations hospitalières, au premier rang desquelles la Fédération hospitalière de France.

III. La généralisation de ROC

Au 22 septembre 2021 (dernières statistiques communiquées lors du Comité stratégique ROC), 37 établissements sont entrés en production, 51 sont en préparation. 37 assurances maladies complémentaires sont entrées dans le dispositif. 20,5 % de la population protégée est couverte¹.

Au niveau des statistiques de flux ROC, on observe une accélération : au 31 octobre 2021, les statistiques mensuelles ROC des postes comptables laissent apparaître 4287 titres reçus pour 515.000 euros environ (avec un taux d'anomalie de 1,1%) contre 62 titres reçus pour 7.500 euros pour le mois d'octobre 2020 (taux d'anomalie à 0%).

Un « opérateur national de déploiement » a été mis en place auprès de la direction générale de l'offre de soins pour accompagner le déploiement de ROC, auprès des établissements et des AMC. Parmi les freins au déploiement de ROC, il convient de noter que les directeurs d'hôpitaux ne peuvent pas mettre en œuvre le dispositif si leur éditeur de gestion administrative des patients n'a pas été au préalable agréé.

1 Statistiques du Ministère des Solidarités et de la Santé